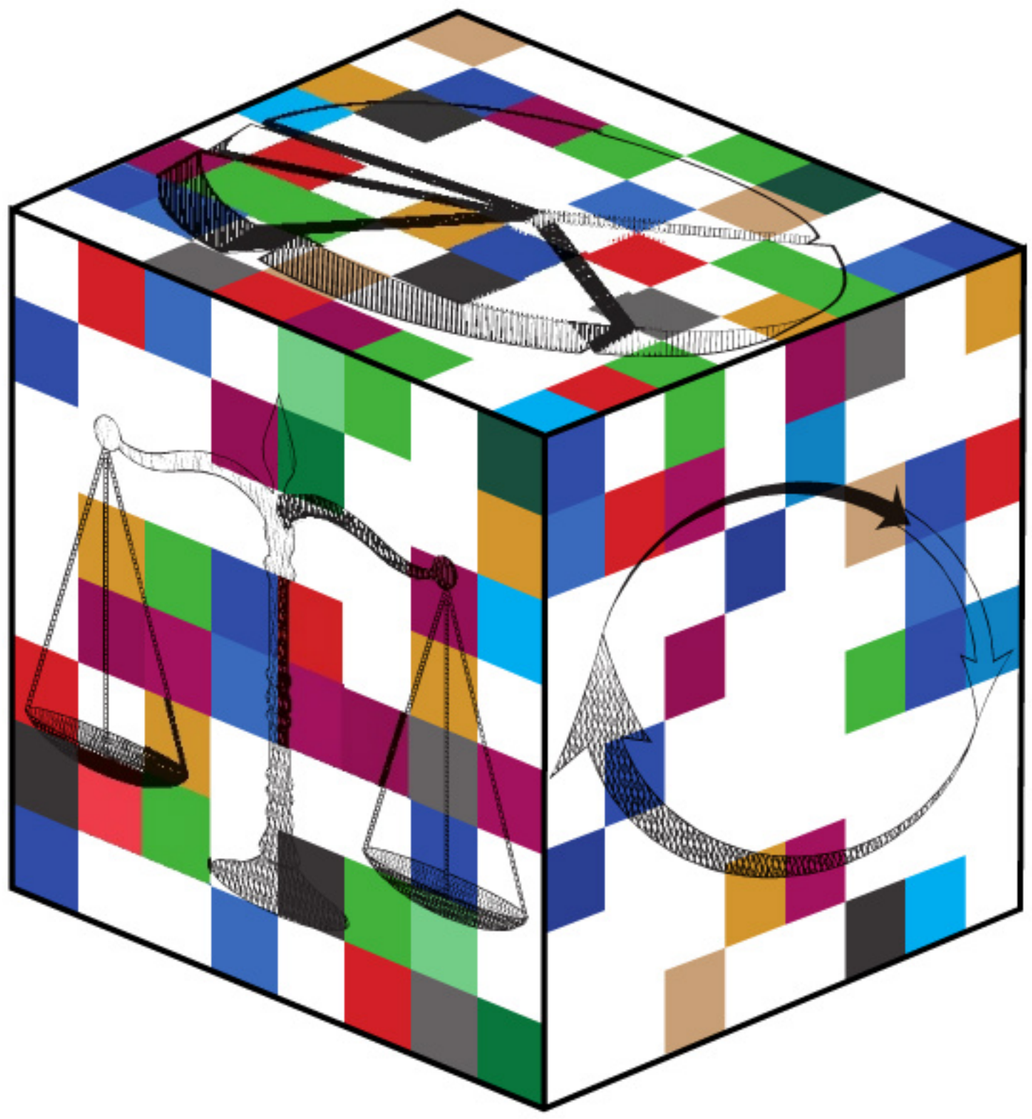
Manual CTO
de Medicina y Cirugía

10.ª edición



ET/EPI

ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

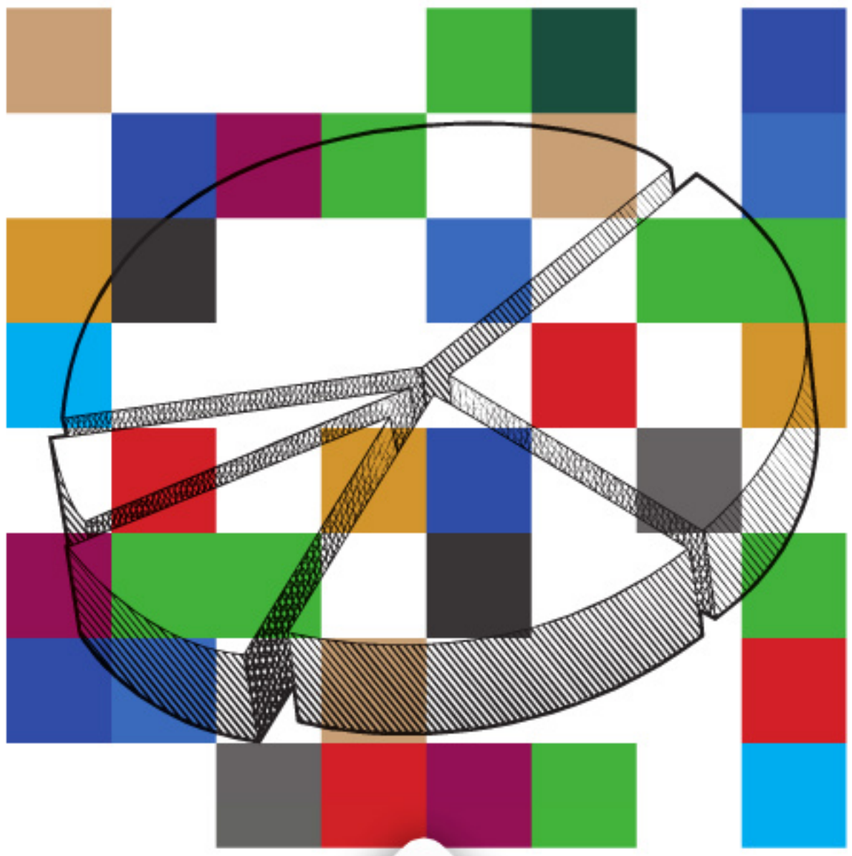
www.Booksmedicos06.com

Grupo CTO Editorial

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Manual CTO
de Medicina y Cirugía

10.ª edición



ET/EPI

ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

Autores

Antonio Martín Conejero
José Ignacio Leal Lorenzo
Gonzalo Martínez-Alés García
Toni Soriano Colomé

Director de la obra

Juan José Ríos Blanco

Grupo CTO Editorial

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06

NOTA

La medicina es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia. Los editores de esta obra han contrastado sus resultados con fuentes consideradas de confianza, en un esfuerzo por proporcionar información completa y general, de acuerdo con los criterios aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, debido a la posibilidad de que existan errores humanos o se produzcan cambios en las ciencias médicas, ni los editores ni cualquier otra fuente implicada en la preparación o la publicación de esta obra garantizan que la información contenida en la misma sea exacta y completa en todos los aspectos, ni son responsables de los errores u omisiones ni de los resultados derivados del empleo de dicha información. Por ello, se recomienda a los lectores que contrasten dicha información con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se aconseja revisar el prospecto informativo que acompaña a cada medicamento que deseen administrar, para asegurarse de que la información contenida en este libro es correcta y de que no se han producido modificaciones en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para la administración. Esta recomendación resulta de particular importancia en relación con fármacos nuevos o de uso poco frecuente. Los lectores también deben consultar a su propio laboratorio para conocer los valores normales.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ningún otro formato o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo de los titulares del *copyright*.

© CTO EDITORIAL, S.L. 2018

Diseño y maquetación: CTO Editorial

C/ Albarracín, 34; 28037 Madrid
Tfno.: (0034) 91 782 43 30 - Fax: (0034) 91 782 43 43
E-mail: ctoeditorial@ctomedicina.com
Página Web: www.grupocto.es

ISBN Obra completa: 978-84-17095-00-0
ISBN Estadística y epidemiología: 978-84-17095-04-8
ISBN Planificación y gestión: 978-84-17095-05-5
ISBN Bioética y Medicina legal: 978-84-16932-65-8
Depósito legal: M-19398-2017

www.Booksmedicos06.com

Manual CTO
de Medicina y Cirugía

10.ª edición

ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

Autores

Antonio Martín Conejero
José Ignacio Leal Lorenzo
Gonzalo Martínez-Alés García
Toni Soriano Colomé

Director de la obra

Juan José Ríos Blanco

Grupo CTO
Editorial

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Índice

01. Estudio de un test. Parámetros de uso **1**

1.1. Estudio de un test 1
1.2. Relación entre prevalencia y valores predictivos 2
1.3. Aceptabilidad de un método diagnóstico 3
1.4. Cribado 3
1.5. Evaluación de la concordancia 3

02. Conceptos y uso de la epidemiología **5**

2.1. Concepto de epidemiología 5
2.2. Indicadores de riesgo. Causas de enfermedad 5

03. Medidas de frecuencia de la enfermedad **7**

3.1. Formas básicas de medida 7
3.2. Medidas de frecuencia de la enfermedad 7

04. Medidas de asociación **9**

4.1. Riesgo relativo 9
4.2. *Odds ratio* (razón de desventaja) 9
4.3. Razón de prevalencia 9
4.4. Interpretación de las medidas de asociación 10

05. Medidas de impacto o del efecto **11**

5.1. Diferencia de incidencias o riesgo atribuible 11
5.2. Fracción atribuible en expuestos o fracción etiológica del riesgo 11
5.3. Reducción absoluta del riesgo 11
5.4. Reducción relativa del riesgo 11
5.5. Número de sujetos necesario para tratar 11
5.6. Número de sujetos necesario para dañar 11
5.7. Significación de las medidas de impacto 12

06. Tipos de estudios epidemiológicos **13**

6.1. Tipos de estudio 13
6.2. Estudios descriptivos 13
6.3. Estudios analíticos 14

07. Validez y fiabilidad de los estudios epidemiológicos **17**

7.1. Tipos de error 17
7.2. Validez y fiabilidad 18
7.3. Validez de un test diagnóstico 18

08. Ensayo clínico **20**

8.1. Introducción 20
8.2. Etapas en la realización de un ensayo clínico 21
8.3. Tipos de ensayos clínicos 23
8.4. Recomendaciones para la publicación de ensayos clínicos (recomendaciones CONSORT) 25

09. Metanálisis **28**

9.1. Introducción 28
9.2. Etapas del metanálisis 28

10. Niveles de calidad de la evidencia científica **31**

10.1. Factores determinantes de la calidad de la evidencia científica 31
10.2. Escalas de gradación de la evidencia científica 31

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06

Índice

ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

11. Estadística. Generalidades **33**

11.1. Tipos de estadística 33
11.2. Población y muestra 33
11.3. Variables 33

12. Estadística descriptiva **35**

12.1. Representación gráfica 35
12.2. Síntesis de los datos 36
12.3. Asimetría y curtosis 37

13. Principales leyesde distribución de variables aleatorias **39**

13.1. Distribución binomial 39
13.2. Distribución de Poisson 39
13.3. Distribución normal o de Gauss 39

14. Estimación de parámetros. Estadística inferencial **41**

14.1. Estimación de medias 41
14.2. Estimación de medidas de asociación 42

15. Contraste de hipótesis **43**

15.1. Hipótesis nula, hipótesis alternativa y grado de significación estadística 43
15.2. Errores α y β 43
15.3. Pruebas de significación estadística 44
15.4. Pruebas a una cola y a dos colas 45

16. Análisis de correlación y de regresión **47**

16.1. Análisis multivariante 47
16.2. Regresión lineal 47
16.3. Regresión logística 48
16.4. Regresión de COX 48

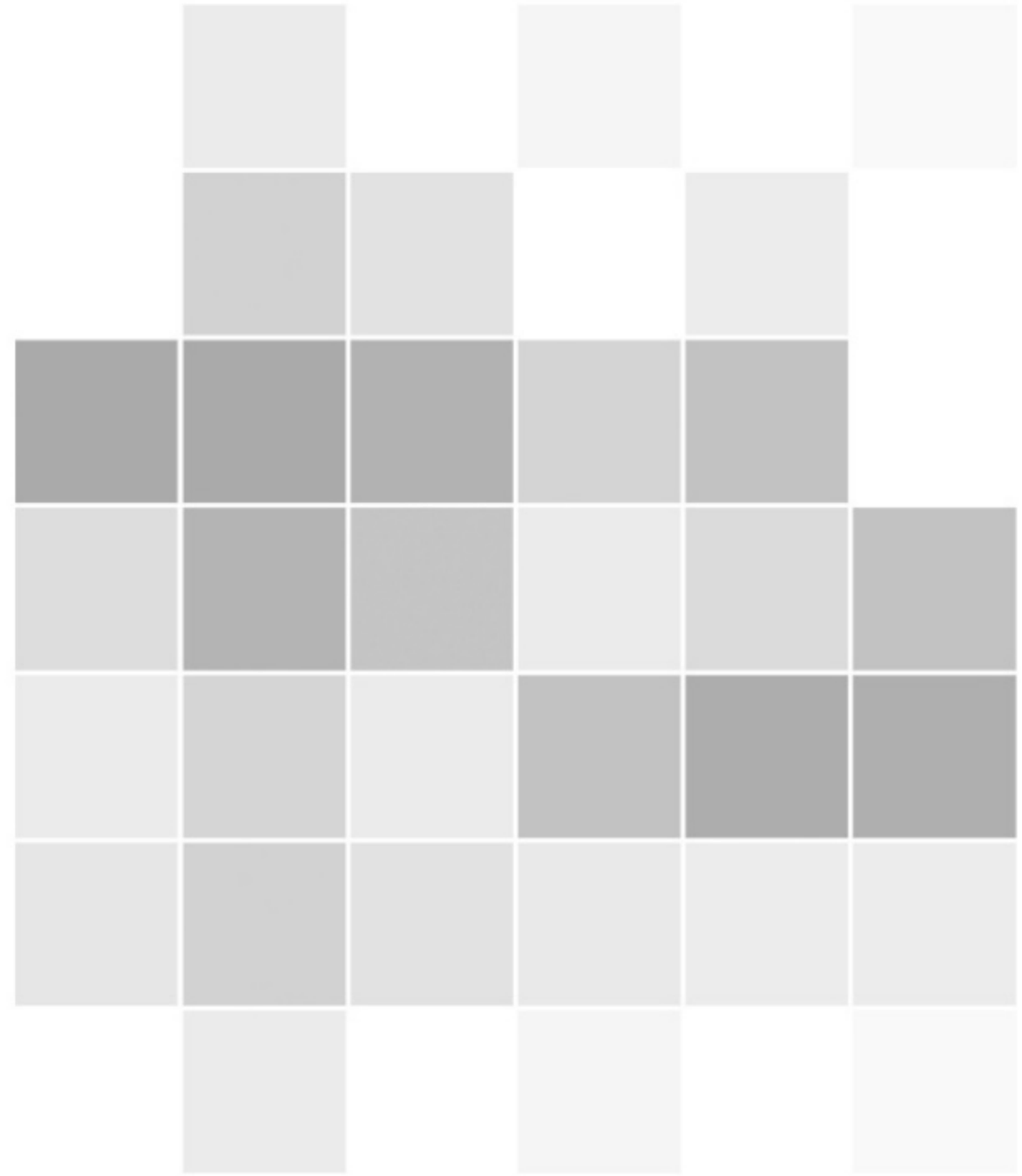
17. Tamaño muestral **50**

17.1. Tamaño muestral 50

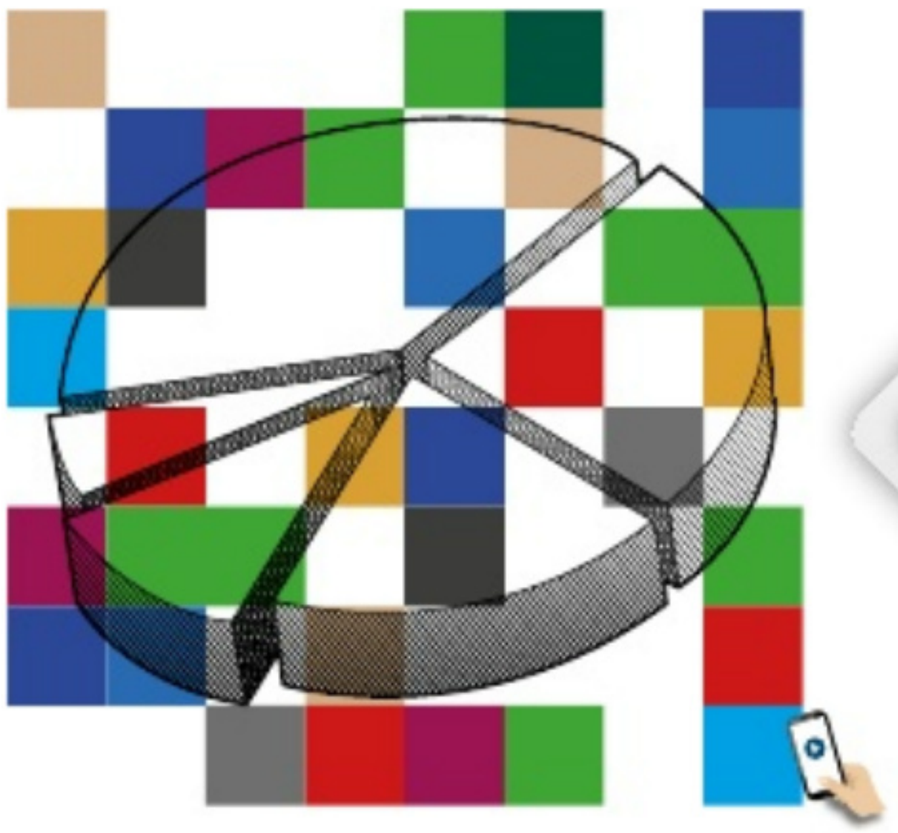
Bibliografía **51**

www.Booksmedicos06.com

www.Booksmedicos06.com



facebook : Booksmedicos06



Estudio de un test. Parámetros de uso

01

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Este es un tema importante y sencillo. Hay que conocer los diferentes conceptos, así como resolver tablas que incluyan los conceptos que se resumen en las *Ideas clave*.

1.1. Estudio de un test

La actividad epidemiológica estudia la frecuencia de enfermedad. Sin embargo, todas sus medidas son realmente de la frecuencia de diagnósticos de enfermedad, de ahí la importancia de conocer la auténtica correspondencia entre el diagnóstico y la realidad patológica.

Muy pocas pruebas diagnósticas, quizá ninguna, identifican con certeza si el paciente padece o no la enfermedad.

La eficacia de una prueba diagnóstica depende de su capacidad para detectar correctamente la presencia o la ausencia de la enfermedad que se estudia, lo que se expresa matemáticamente mediante los cuatro índices siguientes: sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Los dos primeros marcan lo que se denomina validez interna del test y los dos segundos, la validez externa; esto es, la que se obtiene al aplicar esa prueba en un entorno poblacional determinado.

Los citados índices se obtienen a partir del análisis de una serie de pacientes a los que se les realiza una prueba diagnóstica (prueba problema), comparándose los resultados con los de una prueba de superior rendimiento diagnóstico (prueba de referencia). Los resultados obtenidos se expresan de la siguiente manera **(MIR 10-11, 189; MIR 09-10, 196)** (Tabla 1):

Tabla 1

	Enfermo	Sano	Total
Positivo	VP (a)	FP (b)	Total de positivos (a + b)
Negativo	FN (c)	VN (d)	Total de negativos (c + d)
	Total de enfermos (a + c)	Total de sanos (b + d)	Total de individuos (a + b + c + d)

Verdaderos positivos: resultados positivos en sujetos enfermos
Verdaderos negativos: resultados negativos en sujetos sanos
Falsos positivos: resultados positivos en sujetos sanos
Falsos negativos: resultados negativos en sujetos enfermos

Resultado de la prueba diagnóstica evaluada

- **Sensibilidad (S).** Se define como la probabilidad de que un individuo enfermo tenga un test positivo. La sensibilidad indica la proporción del total de enfermos que el test es capaz de detectar **(MIR 14-15, 235; MIR 12-13, 198; MIR 11-12, 194; MIR 08-09, 215).**

$$S = \frac{\text{Individuos enfermos con test (+)}}{\text{Total enfermos}} = \frac{VP}{VP + FN} = \frac{a}{a + c}$$

- **Especificidad (E).** Es la probabilidad de que un individuo sano tenga un test negativo. La especificidad indica la proporción de individuos sanos confirmados como tales por el resultado negativo del test **(MIR 13-14, 189; MIR 13-14, 191; MIR, 08-09, 211; MIR 07-08, 217).**

$$E = \frac{\text{Individuos sanos con test (-)}}{\text{Total sanos}} = \frac{VN}{VN + FP} = \frac{d}{b + d}$$

- **Tasa de falsos negativos (TFN).** Es la probabilidad de que un individuo, estando enfermo, sea clasificado como sano.

$$TFN = \frac{\text{Individuos enfermos con test (-)}}{\text{Total enfermos}} = \frac{FN}{VP + FN} = \frac{c}{a + c}$$

- **Tasa de falsos positivos (TFP).** Mide la probabilidad de que a un individuo sano se le clasifique como enfermo.

$$TFP = \frac{\text{Individuos sanos con test (+)}}{\text{Total sanos}} = \frac{FP}{VN + FP} = \frac{b}{b + d}$$

- **Razón de probabilidad o verosimilitud positiva.** Compara la probabilidad de que un individuo enfermo presente un resultado positivo frente a la probabilidad de que el resultado positivo se presente en un individuo sano **(MIR 15-16, 205; MIR 12-13, 196).** Es un parámetro muy útil porque dice cuánto es más probable que aparecido un test positivo, dicho resultado provenga de un enfermo y no de un sano. Interesa, por tanto, que sea siempre mayor de 1, lo que indicará que la probabilidad de que venga el resultado positivo del enfermo es mayor que del sano, y cuanto mayor, mejor, porque aumenta dicha probabilidad a favor del enfermo.

$$RP\,(+) = \frac{\text{Probabilidad test (+) en enfermos}}{\text{Probabilidad test (+) en sanos}} = \frac{VP/\text{enfermos}}{FP/\text{sanos}}$$

$$RP\,(+) = \frac{S}{1 - E}$$

- **Razón de probabilidad o verosimilitud negativa.** Se relaciona la probabilidad de que un individuo enfermo presente un resultado negativo

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

con la probabilidad de que el resultado negativo se dé en un individuo sano. El parámetro hace referencia a la probabilidad de que aparecido un test negativo, éste venga de un enfermo con respecto a la probabilidad de que sea sano. Interesa, por tanto, que este parámetro sea siempre menor de 1 (aparecido un negativo será más probable que venga de un sano), y cuanto más pequeño, mejor.

$$RP(-) = \frac{\text{Probabilidad test (-) en enfermos}}{\text{Probabilidad test (-) en sanos}} = \frac{FN/enfermos}{VN/sanos}$$

$$RP(-) = \frac{1 - S}{E}$$

- **Valor predictivo positivo.** Se trata de la proporción de verdaderos positivos entre aquéllos que han sido identificados como positivos en una prueba de test **(MIR 16-17, 129; MIR 14-15, 195; MIR 11-12, 192; MIR 10-11, 175; MIR 10-11, 190).**

$$VPP = \frac{VP}{VP + FP} = \frac{a}{a + b}$$

- **Valor predictivo negativo.** Se trata de la proporción de verdaderos negativos entre aquéllos que han sido identificados como negativos en un test **(MIR 12-13, 195; MIR 11-12, 193).**

$$VPN = \frac{VN}{VN + FN} = \frac{d}{c + d}$$

- **Valor global (eficacia) del test.** Indica la proporción de resultados válidos entre el conjunto de resultados.

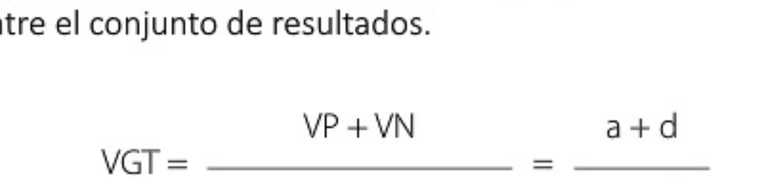
$$VGT = \frac{VP + VN}{VP + VN + FP + FN} = \frac{a + d}{Total}$$

- Sensibilidad + tasa de falsos negativos = 100%.
- Especificidad + tasa de falsos positivos = 100%.

RECUERDA

La sensibilidad y la especificidad clasifican a los sujetos en función del estatus de enfermedad. Los valores predictivos lo hacen en función del resultado del test.

El resultado de un test puede ser continuo (p. ej., niveles de glucemia en mg/dl) y entonces hay que decidir cuál se considerará como resultado positivo del mismo, por lo que es necesario elegir un punto de corte.

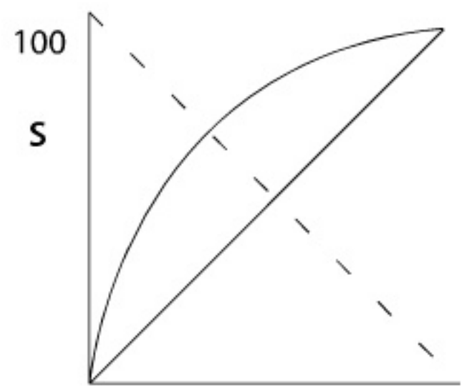


El punto de corte escogido determinará la sensibilidad y la especificidad de la prueba (si se elige 70, la prueba será muy sensible y poco específica; si se selecciona 140, será poco sensible y muy específica). Los test diagnósticos cuantitativos cambian su sensibilidad y especificidad de forma inversa y siempre dependiendo de cómo varía el punto de corte del test que se está evaluando.

Apuntes del profesor

Variación de S y E en las variables cuantitativas, en función de cambios en el punto de corte

Para determinar el punto de corte, se pueden utilizar las curvas de características operativas para el receptor (COR). Se seleccionan varios puntos de corte y se estima la sensibilidad y la especificidad para cada uno de ellos. Posteriormente, se representa gráficamente la sensibilidad en función de (1-Especificidad). La prueba ideal se sitúa en el ángulo superior izquierdo (S y E = 1). En general, para hacer la elección del mejor punto de corte se suele emplear lo que se denomina área bajo la curva COR (o ROC en su terminología inglesa), a mayor área bajo la curva, mejor capacidad de discriminación de esa prueba.



Una prueba sin ningún valor sigue la diagonal que va del ángulo inferior izquierdo al ángulo superior derecho (cada incremento de la sensibilidad se asocia a una pérdida de igual magnitud de la especificidad). De esta forma, la sensibilidad y la especificidad son valores interdependientes, de manera que si aumenta la sensibilidad, disminuye la especificidad y viceversa.

Si se adoptan criterios de diagnóstico muy estrictos, decrece la sensibilidad (hay menos enfermos que cumplen estos criterios), y paralelamente se incrementa la especificidad (pocos sanos cumplen los criterios citados) **(MIR 07-08, 217).**

1.2. Relación entre prevalencia y valores predictivos

Los valores predictivos de un test son variables, dependen de la prevalencia de la enfermedad en la población. La sensibilidad y la especificidad son características propias del test y no se modifican con cambios en la prevalencia **(MIR 15-16, 206; MIR 09-10, 195).**

Si la prevalencia de la enfermedad aumenta, se incrementa el valor predictivo positivo, mientras que disminuye el valor predictivo negativo **(MIR 11-12, 191).**

Esto es fácil de entender, por ejemplo, en el caso del VPP; si en una población la prevalencia de una enfermedad es elevada, tendrá mayor probabilidad de hacer test a individuos realmente enfermos, lo que disminuirá la tasa de falsos positivos y, por ello, aumentará el VPP.

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Por el contrario, si la prevalencia de una enfermedad es muy pequeña, se puede tener una alta probabilidad de realizar test que den resultados falsos positivos, porque en la mayor parte el test se estará aplicando sobre individuos sanos, incluso con cifras de buena sensibilidad del test, el VPP disminuye, en ocasiones notablemente. Por eso es tan importante conocer no sólo los valores de sensibilidad y especificad sino el ámbito en el que se aplican para entender los conceptos de VPP y VPN.

Por el contrario, si la prevalencia de la enfermedad decrece, aumenta el valor predictivo negativo y se reduce el valor predictivo positivo.

RECUERDA

- ↑ Prevalencia: ↑ VPP y ↓ VPN
- ↓ Prevalencia: ↓ VPP y ↑ VPN

1.3. Aceptabilidad de un método diagnóstico

No existe un parámetro guía útil para todas las situaciones. La aceptabilidad de un test depende de la patología estudiada y de las condiciones reales en el medio y en la colectividad.

Si lo que interesa es detectar el mayor número posible de enfermos, se debe usar un test con alta sensibilidad. Así se escaparán pocos enfermos, aunque con un coste de obtención de bastantes "falsos positivos".

Se elegirá un test sensible cuando:

- La enfermedad sea grave y no pueda pasar desapercibida.
- La enfermedad sea tratable.
- Los resultados falsamente positivos no supongan un trauma psicológico en los individuos examinados.

RECUERDA

Como un test sensible genera muchos falsos positivos, la rentabilidad del mismo es que su resultado sea negativo.

Si lo que se quiere es "asegurar" el diagnóstico, se ha de emplear un test cuya especificidad sea máxima. Se utilizará un test lo más específico posible cuando:

- La enfermedad sea importante, pero difícil de curar o incurable.
- Los resultados falsamente positivos puedan suponer un trauma psicológico para el individuo examinado.
- El tratamiento de los falsos positivos pudiera tener graves consecuencias.

1.4. Cribado

El cribado *o screening* es una estrategia de detección precoz de la enfermedad. Lo ideal es aplicar primero un test muy sensible (que detecta todos los casos posibles de enfermedad; por tanto, se obtienen muchos FP y pocos FN) y en una segunda fase, aplicar un test muy específico (con el que se confirma el diagnóstico de esos posibles enfermos; se obtienen muy pocos FP) **(MIR 12-13, 197).** En la puesta en marcha de un programa de *screening* deben tenerse en cuenta los criterios dependientes de la enfermedad, del test y de la población diana que se detallan a continuación.

Criterios dependientes de la enfermedad

Los criterios dependientes de la enfermedad son los siguientes:

- La enfermedad debe ser común y grave.
- Ha de conocerse la historia natural de la enfermedad.
- El tratamiento, en el estado presintomático, tiene que reducir la morbimortalidad en mayor medida que el tratamiento después de la aparición de los síntomas.

Criterios dependientes del test

Los criterios dependientes del test deben ser:

- De fácil aplicación.
- Coste razonable dentro del presupuesto de salud.
- Inocuo para la población.
- Confiabilidad o capacidad de repetición.
- Validez. Se refiere a la capacidad del test de medir lo que realmente se desea medir. El concepto de validez incluye los de sensibilidad, especificidad y valor predictivo; ya se han mencionado previamente los conceptos de validez interna y externa.

Criterios dependientes de la población diana

Estos criterios se detallan a continuación:

- El riesgo de ser afectado por la enfermedad debe ser alto.
- La información demográfica tiene que estar disponible en la comunidad.
- La comunidad ha de sentir la necesidad de programas de salud pública.

Clasificación de los cribados

- **Cribado simple** (para una enfermedad) o **múltiple** (para varias enfermedades). Lo habitual es que el cribado se dedique a una sola enfermedad.
- **Cribado monofásico** (de una etapa) o **multifásico** (de varias etapas). Las pruebas que normalmente se utilizan suelen ser muy sensibles pero no tan específicas, por lo que los positivos dados por la prueba de cribado han de confirmarse posteriormente con otras. La mayoría de los cribados son, en consecuencia, multifásicos.
- **Cribado ocasional** (cuando un individuo acude por otro motivo a un servicio sanitario) o **sistemático** (dirigido al conjunto de la población).
- **Cribado no selectivo** (dirigido a toda la población) o **selectivo** (dirigido a grupos de especial riesgo elevado). Sirva como ejemplo la mamografía a mujeres por encima de 50 años (no selectivo) y mamografía a mujeres más jóvenes, con antecedentes de familiares de primer grado de cáncer de mama, en edades tempranas.
- **Cribado precoz** (búsqueda de la enfermedad en su estadio inicial) o **tardío** (búsqueda de casos "olvidados" en la población). La mayor parte de los cribados intentan ser precoces **(MIR 14-15, 194).**

1.5. Evaluación de la concordancia

Coeficiente de correlación intraclase

Para el caso de variables *cuantitativas*, es habitual que el análisis de la concordancia se aborde mediante técnicas estadísticas inapropiadas.

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

Con frecuencia, se ha utilizado el cálculo del coeficiente de correlación lineal (r) de Pearson como índice de concordancia, así como la correlación de Spearman. Sin embargo, éstas no resultan una medida adecuada del grado de acuerdo entre dos mediciones, ya que si dos instrumentos miden sistemáticamente cantidades diferentes uno del otro, la correlación puede ser perfecta (r = 1), a pesar de que la concordancia sea nula. Como se analizará más adelante, el coeficiente de correlación de Pearson no proporciona información sobre el acuerdo observado, y solamente mide la asociación lineal entre dos variables.

Desde el punto de vista matemático, el índice más apropiado para cuantificar la concordancia entre diferentes mediciones de una variable numérica es el coeficiente de correlación intraclase (CCI). Como toda proporción, los valores del CCI pueden oscilar entre 0 y 1, de modo que la máxima concordancia posible corresponde a un valor de CCI = 1. En este caso, toda la variabilidad observada se explicaría por las diferencias entre sujetos y no por las diferencias entre los métodos de medición o los diversos observadores. Por otro lado, el valor CCI = 0 se obtiene cuando la concordancia observada es igual a la que se esperaría que ocurriera sólo por azar **(MIR 10-11, 192).**

Coeficiente kappa

El índice kappa (kappa de Cohen) relaciona el acuerdo que exhiben los observadores, más allá del debido al azar, cuando la variable de análisis es *cualitativa*. Se calcula la diferencia entre la proporción de acuerdo observado y la proporción de acuerdo esperado por azar; si ésta es igual a 0, entonces el grado de acuerdo que se ha observado puede atribuirse enteramente al azar; si la diferencia es positiva, ello indica que el grado de acuerdo es mayor que el que cabría esperar si solo estuviera operando el azar y viceversa: en el caso (ciertamente improbable) en que la diferencia fuera negativa, entonces los datos estarían exhibiendo menos acuerdo que el que se espera sólo por concepto de azar.

Una situación especial es aquella en las que las variables cualitativas son ordinales. En este caso es apropiado el empleo del índice *kappa ponderado.* Supóngase que las categorías de clasificación son, por ejemplo, "sano", "posiblemente enfermo" y "claramente enfermo". A la hora de valorar el grado de discrepancia entre dos observadores, no es lo mismo que uno clasifique a un sujeto como "posiblemente enfermo" y el otro lo declare "sano", a que uno lo clasifique como "sano" y el otro como "claramente enfermo". La "distancia" entre ambas discrepancias no es la misma. El índice kappa ponderado tiene en cuenta el peso de las diferencias entre las distintas categorías de la variable ordinal.

No obstante, existen **limitaciones del estadístico kappa:**

- El valor de kappa se ve afectado por la prevalencia del rasgo estudiado. Por tanto, es necesario ser cuidadoso a la hora de generalizar los resultados de comparación de observadores en situaciones con prevalencias diferentes; esto quiere decir que kappa es un estadístico descriptivo útil, pero de limitada validez externa.
- Kappa es dependiente del número de categorías. Cuantas más se estén considerando, más difícil será clasificar correctamente los sujetos de observación, lo que habitualmente implica valores de kappa más bajos **(MIR 12-13, 176).**

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 16-17, 129**
- ✓ **MIR 15-16, 205, 206**
- ✓ **MIR 14-15, 194, 195, 235**
- ✓ **MIR 13-14, 189, 191**
- ✓ **MIR 12-13, 176, 195, 196, 197, 198**
- ✓ **MIR 11-12, 191, 192, 193, 194**
- ✓ **MIR 10-11, 175, 189, 190, 192**
- ✓ **MIR 09-10, 195, 196**
- ✓ **MIR 08-09, 211, 215**
- ✓ **MIR 07-08, 217**

Ideasclave

- ✓ La sensibilidad y la especificidad se refieren respectivamente a la capacidad del test para detectar correctamente a los individuos enfermos y a los sanos. La sensibilidad y la especificidad no dependen de la prevalencia.
- ✓ Los valores predictivos dependen de la prevalencia. El VPP se refiere a la probabilidad de ser enfermo cuando el test es positivo, y el VPN a la probabilidad de estar sano cuando el test ha sido negativo.
- ✓ Los test sensibles sirven para descartar enfermedad. Los específicos, para confirmar enfermedad.
- ✓ Las curvas COR representan la relación recíproca entre sensibilidad y especificidad. Cuanto mayor es el área bajo la curva COR, mejor será el test.
- ✓ La prevalencia va a determinar el tipo de test más útil en una comunidad. Si la prevalencia es alta, se realizará un test sensible. Si es baja, uno específico.

Casosclínicos

La probabilidad preprueba de padecer cáncer de mama en mujeres mayores de 50 años es del 20%, mientras que es del 10% en las que tienen más de 40 años. Señale la correcta:

1) La sensibilidad de la mamografía es mayor en las mujeres de más de 50 años.
2) El VPP será mayor en las mujeres de más de 40 años.
3) El VPN será menor en las mujeres de más de 50 años.
4) La especificidad varía de forma recíproca a la prevalencia.

RC: 3

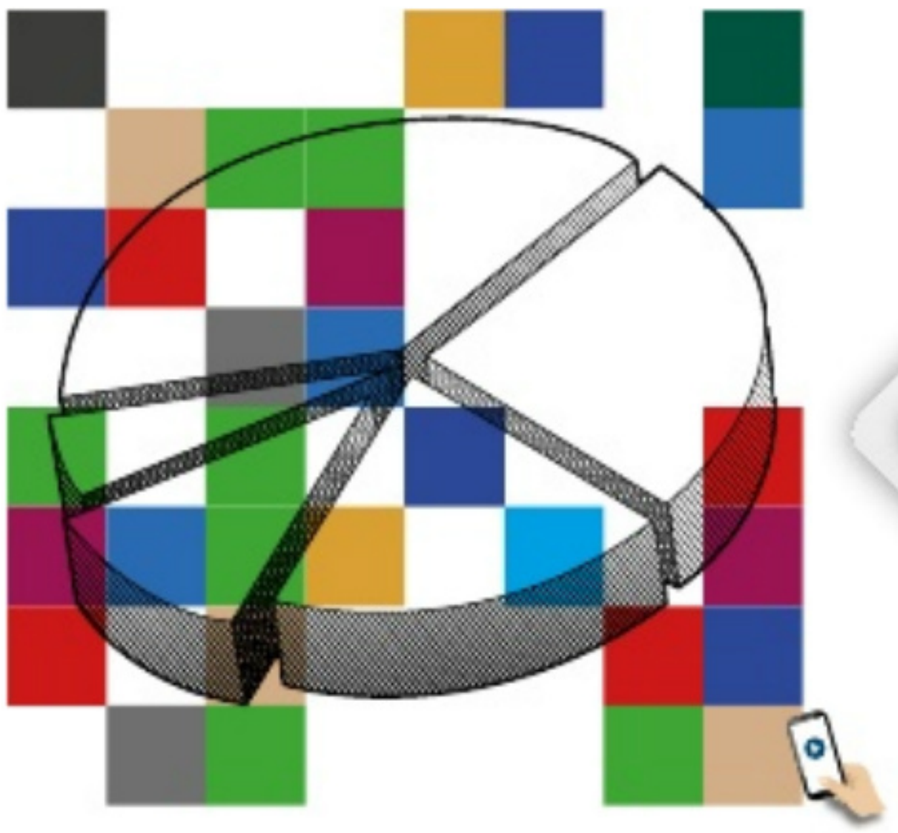
Si se hace el diagnóstico de insuficiencia renal crónica con un aclaramiento de creatinina plasmática de 60 en vez de 80, se habrá hecho un test con mayor:

1) Sensibilidad.
2) Especifidad.
3) No se modificará ni sensibilidad ni especificidad.
4) VPN.

RC: 2

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06



Conceptos y uso de la epidemiología

02

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Tema poco importante en el MIR. Lo único que hay que conocer son los criterios de causalidad; en especial, la demostración experimental y la secuencia temporal.

2.1. Concepto de epidemiología

Etimológicamente, la palabra epidemiología procede del griego y significa tratado sobre el pueblo (*epi*: sobre, *demo*: pueblo, *logos*: tratado).

Se puede definir la **epidemiología** como la ciencia que estudia la distribución y los determinantes del fenómeno salud-enfermedad en las poblaciones humanas. La comunidad sustituye al individuo a la hora de buscar la respuesta a ciertas preguntas sobre la etiología y la prevención de la enfermedad, así como acerca de los recursos necesarios para los cuidados de salud de esa población.

La epidemiología se ocupa de dos aspectos fundamentales:

- Estudiar la distribución de las enfermedades en relación con las variables lugar, tiempo y persona. Es lo que se denomina **epidemiología descriptiva.**
- Buscar los factores que determinan la distribución encontrada e identificar las asociaciones causales. Es lo que hace la llamada **epidemiología analítica.**

Las principales posibilidades de aplicación de la epidemiología son:

- Establecer el diagnóstico de salud de una comunidad.
- Conocer los factores causales de una enfermedad y las probabilidades de enfermar.
- Evaluar la eficacia/efectividad/eficiencia de los procedimientos preventivos y terapéuticos de los servicios de salud.

Los pasos fundamentales dentro del método epidemiológico son:

1. Observar un fenómeno.
2. Elaborar una hipótesis.
3. Probar la hipótesis.
4. Emitir un informe o ley.

2.2. Indicadores de riesgo. Causas de enfermedad

Conceptos

- **Riesgo.** Es la probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuesto a ciertos factores.
- **Causa.** Es la condición que, sola o acompañada de otras condiciones, inicia o permite iniciar una secuencia de acontecimientos que producen un determinado efecto.
- **Factor de riesgo.** Variable endógena o exógena al individuo, controlable, que precede al comienzo de la enfermedad y que está asociada a un incremento de la probabilidad de aparición de la misma, y a la que se puede atribuir "responsabilidad" en la enfermedad (p. ej., tabaco como factor de riesgo de cáncer de pulmón).
- **Marcador de riesgo.** Variable no controlable, endógena al individuo (constitucional), y cuya presencia anuncia a los individuos particularmente vulnerables (p. ej., sexo femenino como marcador de riesgo de cáncer de mama).
- **Indicador de riesgo.** Variable sin relación causal con el problema, pero cuya presencia alerta precozmente sobre el padecimiento (p. ej., manchas de Koplik como signo precursor de la aparición del sarampión).

Criterios epidemiológicos de causalidad

La existencia de asociación estadística no es sinónimo de causalidad, sino que para que se dé, deben cumplirse los denominados criterios de causalidad, que son los que se definen a continuación:

- **Fuerza de asociación.** Es un criterio muy importante, consistente en cuántas veces más riesgo de enfermedad tienen las personas expuestas al factor estudiado que las no expuestas (véase *Capítulo 04).*
- **Efecto dosis-respuesta.** Es decir, que la asociación tenga coherencia interna, que al incrementarse la presencia del factor de riesgo aumente la de la enfermedad.
- **Secuencia temporal.** La exposición al presunto factor de riesgo debe preceder al efecto **(MIR 07-08, 224).**
- **Coherencia externa o consistencia de los resultados.** Los resultados deben ser concordantes con los obtenidos en otros estudios (reproductibilidad).
- **Ausencia de distorsiones metodológicas en el estudio.** Se deben a sesgos.
- **Ausencia de explicaciones alternativas.** Esto es, ausencia de otras hipótesis que expliquen los resultados.
- **Plausibilidad biológica.** Que los resultados sean compatibles con el marco de los conocimientos científicos previos.
- **Efecto de la cesación o reversibilidad.** Es decir, que exista una disminución del riesgo tras la reducción de la exposición al presunto factor de riesgo.
- **Demostración experimental.** Es la prueba causal por excelencia, pero su realización plantea, en ocasiones, problemas éticos.

Modelos causales

Son los siguientes:

- **Determinista o unicausal.** Este modelo propugna que siempre que se presente la causa (causa suficiente) y sólo cuando se presente la causa (causa necesaria), ocurre el efecto. Hay especificidad de causa (el efecto tiene una única causa) y también de efecto (cada causa produce un único efecto).

www.Booksmedicos06.com

- **Multicausal.** Postula que hay pluralidad de causas y multiplicidad de efectos, formando redes causales, de forma que diferentes causas producen el mismo efecto y una única causa ocasiona varios efectos.
- **Determinista modificado (Rothman).** En este modelo se distinguen tres tipos de causas:
  - **Causa suficiente.** Es aquélla que inevitablemente produce el efecto cuando se presenta.
  - **Causa complementaria o contribuyente.** Son aquellas causas que forman parte de una causa suficiente.
  - **Causa necesaria.** Es la que debe estar presente inevitablemente para que se produzca el efecto. Por tanto, ha de formar parte de todas las causas suficientes de una enfermedad.

PREGUNTAS MIR

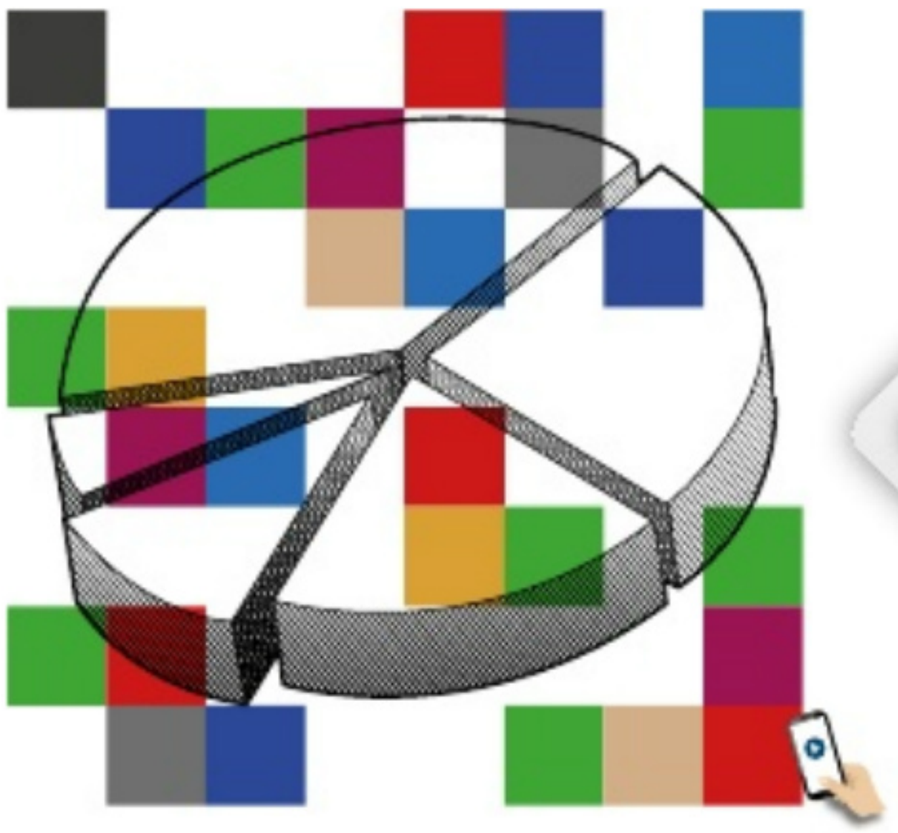
✓ MIR 07-08, 224

Ideasclave

✓ La demostración experimental supone la mejor evidencia de causalidad.

✓ El principal inconveniente de la demostración experimental son los problemas éticos.

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06



Medidas de frecuencia de la enfermedad

03

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

En este tema es importante conocer los conceptos de incidencia, prevalencia y densidad de incidencia.

3.1. Formas básicas de medida

Son las siguientes:

- **Número.** Es un valor absoluto. Al no conocer el denominador no se puede saber la importancia relativa del problema.
- **Razón.** Es el cociente en el que el numerador no está incluido en el denominador, es decir, cociente entre dos entidades que poseen caracteres distintos. Sus valores oscilan entre 0 e infinito.
  - Fórmula: R = a / b
  - Ejemplo: razón de hombres / mujeres.

- **Proporción.** Es el cociente en el cual el numerador está incluido en el denominador. Sus valores oscilan entre 0 y 1. Es adimensional.
  - Fórmula: P = a / a + b
  - Ejemplo: proporción de aprobados en un examen.

- **Tasa.** Mide la ocurrencia de un suceso durante un periodo de tiempo en una población determinada. Es un cociente en el que el numerador está incluido en el denominador, pero donde, a diferencia de la proporción, el tiempo también está incluido en éste. Tiene, por tanto, dimensión temporal.
  - Fórmula: T = a / persona x tiempo.
  - Ejemplo: 300 cánceres de pulmón / 100.000 personas-año.

3.2. Medidas de frecuencia de la enfermedad

Las medidas de frecuencia de la enfermedad se llevan a cabo con los siguientes indicadores:

- **Prevalencia (Pv).** Es el número total de casos entre el total de la población. No hace distinción entre casos antiguos y casos nuevos y describe la situación en un momento determinado del tiempo. Su valor es más alto a mayor incidencia y duración de la enfermedad.

$$Pv = \frac{\text{N.º total de casos de enfermedad}}{\text{Población en ese momento}}$$

- **Incidencia acumulada (IA).** Se define como el número de casos nuevos de una enfermedad que se producen en un periodo de tiempo. Es la probabilidad de que un individuo desarrolle la enfermedad en ese periodo.

$$IA = \frac{\text{N.º casos nuevos en un periodo de tiempo}}{\text{Población en riesgo al inicio de ese periodo}}$$

- **Densidad de incidencia (DI).** Se define como el número de casos nuevos de la enfermedad que se producen en un periodo de tiempo, teniendo en cuenta la información que aporta el sumatorio de riesgo de cada uno de los individuos.

$$DI = \frac{\text{N.º casos nuevos}}{\text{Sumatorio de personas x tiempo}}$$

Personas x tiempo. Es una unidad de medida de la población en riesgo. Se obtiene sumando la cantidad de tiempo que cada individuo ha estado expuesto al factor de estudio.

Por ejemplo:

Durante el seguimiento de 10 sujetos expuestos a un factor de riesgo, se ha observado:

Sujeto	Aparece la enfermedad	Tiempo de seguimiento
1	No	5
2	No	5
3	Sí	4
4	No	3
5	Sí	5
6	Sí	1
7	Sí	3
8	No	5
9	No	5
10	No	5

Se puede comprobar que 4 sujetos han desarrollado la enfermedad, pero que no todos los incluidos en el estudio han tenido el mismo tiempo de seguimiento, por lo que la densidad de incidencia será:

$$DI = 4 \text{ casos nuevos} / ((6 \times 5) + (1 \times 4) + (2 \times 3) + (1 \times 1)).$$

La forma de calcular la DI es, por tanto, dividir el número de eventos nuevos durante el periodo de estudio, entre el tiempo total observado

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

para todas las personas del estudio. Por ejemplo, 10 casos por cada 1.000 personas/año sería el resultado de encontrar 10 casos en 1.000 personas seguidas durante un año o en 500 personas seguidas durante 2 años.

La densidad o tasa de incidencia, por tanto, expresa los casos nuevos de enfermedad que se producen en un periodo de tiempo que corresponde al sumatorio de los periodos individuales de riesgo **(MIR 13-14, 209; MIR 09-10, 194).**

Este concepto se conoce también con el nombre de fuerza de la morbilidad.

RECUERDA

Hay que observar que en las preguntas en las que a partir de datos se pide calcular incidencias, en el denominador habrá que restar los enfermos al inicio del periodo, mientras que no habrá que restarlos si lo que se pregunta es la prevalencia.

A modo de resumen de lo explicado, la **Tabla 2** enumera las medidas de frecuencia de la enfermedad.

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 13-14, 209**
- ✓ **MIR 09-10, 194**

Ideasclave

- ✓ La incidencia es sinónimo de riesgo, porque se refiere a los nuevos casos debidos a una enfermedad. Como incidencia es riesgo, todos los parámetros que incluyen el término riesgo (RR, RAE, RRR, RAR) se calculan utilizando incidencias.
- ✓ La prevalencia o probabilidad pretest se refiere a la cantidad de enfermos en una población, no sólo a los casos nuevos.
- ✓ Es importante conocer los aspectos de incidencia, prevalencia y densidad de incidencia.

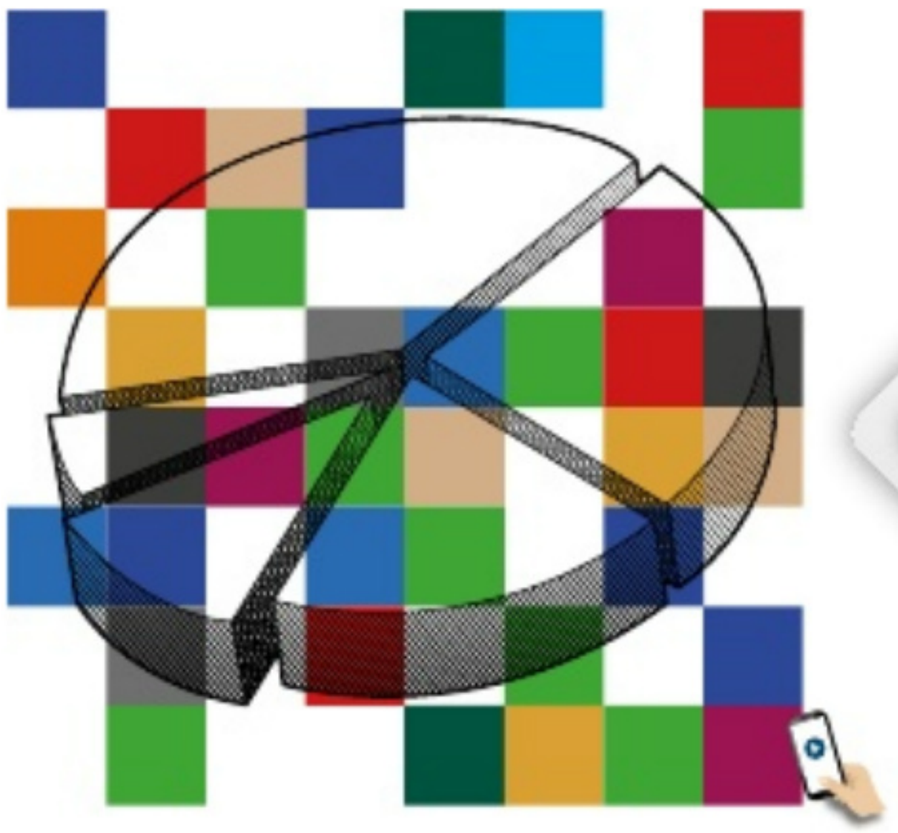
Tabla 2

Medida de frecuencia	Cálculo	Significado
Prevalencia	$\frac{\text{Casos existentes}}{\text{Población total}}$	Proporción de individuos enfermos en una población en un momento concreto
Incidencia acumulada	$\frac{\text{Casos nuevos observados}}{\text{Población susceptible al comienzo del periodo}}$	Riesgo individual de enfermar
Densidad de incidencia	$\frac{\text{Casos nuevos observados}}{\text{Suma de los periodos de riesgo}}$	Velocidad con que determinada enfermedad aparece en una población

Medidas de frecuencia de la enfermedad

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06



Medidas de asociación

04

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Las preguntas de este tema son muy reiterativas. Sin duda, lo más importante es el concepto de riesgo relativo.

Las medidas de asociación sirven para cuantificar cuánto y cómo se asocia un factor de riesgo a una enfermedad, a partir de la frecuencia con la que aparece el evento resultado en un grupo expuesto a un factor de riesgo, frente al grupo que no está expuesto a dicho factor. Es decir, se emplean para indicar si un factor analizado es protector o de riesgo y se utilizan para cuantificar la asociación entre factor de riesgo y evento resultado.

4.1. Riesgo relativo

El riesgo relativo (RR) es la medida de asociación en los estudios de cohortes. Mide la "fuerza de la asociación" entre el factor de riesgo y la enfermedad **(Tabla 3).** Puede variar entre 0 e infinito **(MIR 14-15, 181; MIR 13-14, 193; MIR 12-13, 181; MIR 11-12, 182).**

El RR responde a la pregunta: ¿cuánto más frecuente es la enfermedad entre los expuestos a un factor de riesgo respecto a los no expuestos?

Su significado varía dependiendo del valor que tome:

- RR > 1: factor de riesgo (FR).
- RR = 1: es indiferente; la incidencia es igual en expuestos y en no expuestos.
- RR < 1: factor de protección.

$$RR = \frac{\text{Incidencia en expuestos}}{\text{Incidencia en no expuestos}}$$

- Incidencia en expuestos: $I_e = a / a + b$
- Incidencia en no expuestos: $I_o = c / c + d$

$$\frac{I_e}{I_o} = \frac{a/a+b}{c/c+d}$$

Tabla 3

	Enfermos	Sanos	Total
FR	a	b	a + b
No FR	c	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

Cálculo del RR

4.2. *Odds ratio* (razón de desventaja)

La *odds ratio* (OR) es una razón. Constituye la medida básica de los estudios casos-controles.

Su significado es idéntico al del RR, aunque no puede calcularse como éste, ya que en los estudios casos-controles no es posible valorar la incidencia de la enfermedad **(Tabla 4).**

Para que la OR sea un buen estimador del RR, es necesario que los controles sean representativos de la población de la cual han surgido los casos y que la enfermedad tenga una prevalencia baja, inferior al 10% **(MIR 14-15, 189; MIR 13-14, 195; MIR 07-08, 203).**

$$OR = \frac{\text{Odds de exposición en los casos}}{\text{Odds de exposición en los controles}} = \frac{\frac{\text{Casos expuestos}}{\text{Casos no expuestos}}}{\frac{\text{Controles expuestos}}{\text{Controles no expuestos}}}$$

Tabla 4

	Casos (enfermos)	Controles (sanos)	Total
FR	a	c	a + b
No FR	b	d	c + d
Total	a + c	b + d	a + b + c + d

Cálculo de la OR

$$OR = \frac{a/b}{c/d} = \frac{a \times d}{b \times c}$$

4.3. Razón de prevalencia

La razón de prevalencia (RP) es la medida de asociación de los estudios transversales. Su interpretación es similar a la del RR, es decir, el número

www.Booksmedicos06.com

de veces más que padecen la enfermedad los expuestos frente a los no expuestos.

$$RP = \frac{\text{Enfermos expuestos}}{\text{Enfermos no expuestos}}$$

4.4. Interpretación de las medidas de asociación

La lectura de una OR, un RR y una RP es idéntica y basta con aplicar las palabras "veces más" o "por cada 1", por ejemplo, si un fármaco con respecto al placebo produce un RR de 4, significa que el fármaco es 4 veces mejor que el placebo. Si se tratara de un estudio de casos y controles y se encuentra una OR de 3 entre tabaco y cáncer, se dirá que el grupo de fumadores tiene 3 veces el riesgo de cáncer del no fumador.

Este tipo de resultados se suele acompañar del intervalo de confianza (IC), que es la expresión de lo que la variabilidad debida al azar puede hacerlo oscilar en la población real (expresa los límites que con una cierta seguridad contendrán ese verdadero valor).

Generalmente los IC se calculan con una seguridad del 95%, y solo deja una probabilidad del 5% de que el verdadero valor de la OR no se halle en ese intervalo.

¿Cómo se sabe si es estadísticamente significativo? Los intervalos de confianza no son significativos si se incluyen en valor nulo, que en el caso de las medidas de asociación es el 1, o valor que no permite saber si el factor de estudio es protector o de riesgo.

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 14-15, 181, 189**
- ✓ **MIR 13-14, 193, 195**
- ✓ **MIR 12-13, 181**
- ✓ **MIR 11-12, 182**
- ✓ **MIR 07-08, 203**

Ideasclave

- ✓ El RR es la medida de asociación de los estudios prospectivos, es decir, de cohortes y de los ensayos clínicos.
- ✓ Es importante conocer los valores posibles, así como el significado de RR menor, igual o mayor de 1.
- ✓ Cuando en una pregunta, además del RR, se proporcione un intervalo de confianza, hay que fijarse en este último. Si el intervalo incluye el 1, entonces se dice que el RR no ha sido significativo.
- ✓ La OR es la medida de asociación de los diseños retrospectivos o de casos y controles. Su mayor utilidad es cuando la enfermedad de estudio es poco prevalente.

Casosclínicos

En un estudio sobre el cáncer de pulmón y la exposición al sílice se han obtenido los siguientes resultados: riesgo relativo de padecer cáncer de pulmón por exposición a sílice en no silicóticos: 0,96; IC 95% (0,81-1,15). Riesgo relativo de padecer cáncer de pulmón por exposición a sílice en silicóticos: 2,37; IC 95% (1,98-2,84). Usted concluye que:

1) La exposición al sílice es un factor de riesgo (FR) de cáncer independientemente de si el sujeto es silicótico.
2) La exposición al sílice es protectora del cáncer en los no silicóticos.
3) En los silicóticos, la exposición al sílice es un FR de cáncer.
4) Los intervalos están mal calculados por ser asimétricos respecto al valor muestral.

RC: 3

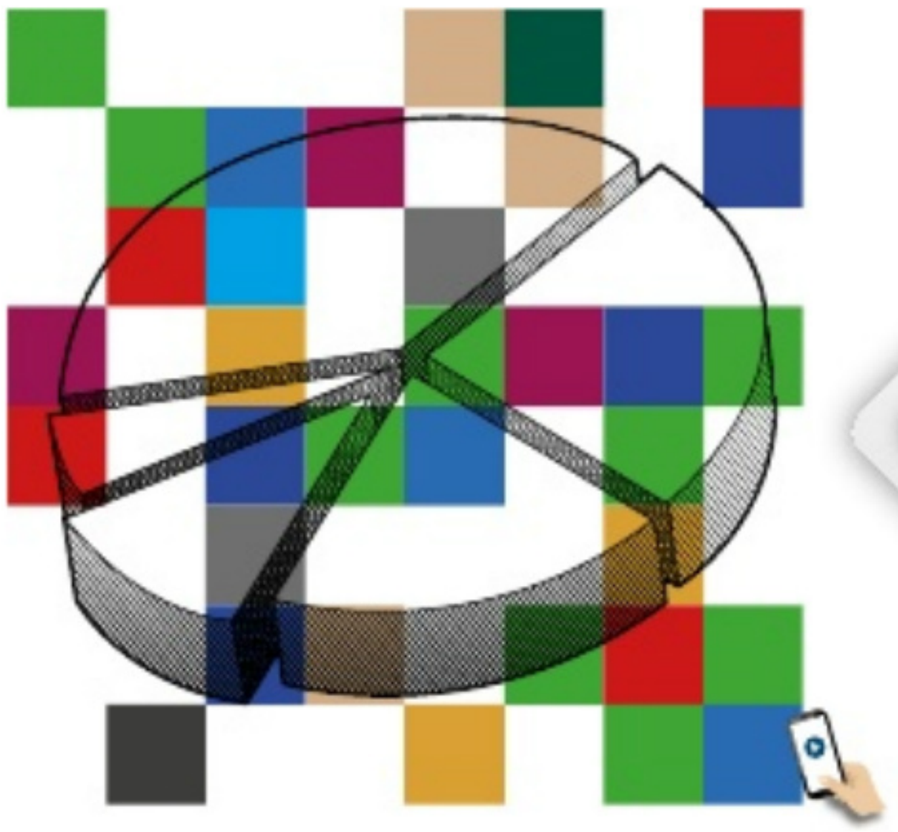
La incidencia de hepatocarcinoma en un determinado país, en sujetos alcohólicos, es de 10 casos nuevos por cada 1.000 bebedores. Sin embargo, el riesgo de hepatocarcinoma es de 2 por cada 2.000 no bebedores. ¿Cuánto más riesgo de hepatocarcinoma tienen los alcohólicos con respecto a los no alcohólicos?

1) 1.
2) 10.
3) 100.
4) 1000.

RC: 2

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06



Medidas de impacto o del efecto

05

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Dentro de este tema, los conceptos más importantes son el NNT, la RAR y la RRR. Lo fundamental es darse cuenta de cómo se hacen las preguntas que se responden con cada uno de los parámetros.

5.1. Diferencia de incidencias o riesgo atribuible

El riesgo atribuible (RA) es una medida que informa sobre el exceso de riesgo en los individuos expuestos frente a los no expuestos al factor de riesgo. Indica la incidencia acumulada en el grupo de expuestos que se debe exclusivamente al factor de riesgo. Representa el descenso en el número de casos nuevos entre los expuestos si se evitara el FR **(MIR 16-17, 134; MIR 14-15, 181).**

$$RA = I_e - I_o$$

5.2. Fracción atribuible en expuestos o fracción etiológica del riesgo

La fracción atribuible en expuestos (FAE) es la proporción de la enfermedad que se debe a la exposición, es decir, la proporción de casos nuevos de enfermedad, entre los expuestos, que se evitaría si se eliminase el factor de riesgo. Por tanto, estas dos medidas son muy importantes a la hora de evaluar, en términos de salud pública, cuál puede ser el impacto con determinadas medidas, calcular los costes y determinar prioridades.

$$FAE = \frac{I_e - I_o}{I_e}$$

5.3. Reducción absoluta del riesgo

Cuando se evalúa una medida preventiva, como un factor protector o el resultado de un fármaco frente a placebo en un ensayo clínico, el beneficio de dicha medida se cuantifica como una reducción del número de enfermos nuevos. Este concepto está representado por la reducción absoluta del riesgo (RAR) **(MIR 10-11, 188).**

$$RAR = I_o - I_e$$

5.4. Reducción relativa del riesgo

De nuevo se emplea para calcular el beneficio de una medida preventiva. En el caso de la reducción relativa del riesgo (RRR), se expresa como porcentaje de casos evitados por haber sido expuestos a dicho factor protector **(MIR 13-14, 205; MIR 08-09, 208).**

$$RRR = \frac{I_o - I_e}{I_o}$$

5.5. Número de sujetos necesario para tratar

A partir de los parámetros anteriores, puede calcularse el número de sujetos que deberían exponerse al factor preventivo o terapéutico para conseguir una curación, esto es, el número de sujetos necesario para tratar (NNT) **(MIR 16-17, 118; MIR 12-13, 182; MIR 10-11, 179; MIR 07-08, 211).**

$$NNT = \frac{100}{I_o - I_e}$$

5.6. Número de sujetos necesario para dañar

El NND (o *numbers needed to harm,* NNH en inglés), se calcula de forma similar al NNT pero, a diferencia de este último, se emplea para conocer cuántos sujetos se deben tratar para que aparezca un efecto adverso. En este sentido, mientras que el NNT interesa que sea pequeño, el NNH interesará que sea grande **(MIR 14-15, 198).**

www.Booksmedicos06.com

5.7. Significación de las medidas de impacto

Como en las medidas de asociación, en las medidas de impacto los resultados se suelen acompañar del intervalo de confianza (IC). Generalmente, los IC se calculan con una seguridad del 95%. ¿Cómo se sabe si es estadísticamente significativo? Los intervalos de confianza no son significativos si incluyen el valor nulo, que en el caso de las medidas de impacto es el 0.

PREGUNTAS MIR

- ✓ MIR 16-17, 118, 134
- ✓ MIR 14-15, 181, 198
- ✓ MIR 13-14, 205
- ✓ MIR 12-13, 182
- ✓ MIR 10-11, 179, 188
- ✓ MIR 08-09, 208
- ✓ MIR 07-08, 211

Ideasclave

- ✓ El NNT siempre se pregunta de la misma forma: *¿a cuántos pacientes se debería tratar para conseguir un evento?*
- ✓ El NNT es tanto mejor cuanto menor sea.
- ✓ La RRR y la RAR sirven para cuantificar la relevancia clínica de una medida terapéutica. Su cálculo se realiza mediante una resta de incidencias.
- ✓ El RA y la FAE cuantifican cuánto de la enfermedad se debe a un factor de riesgo, en el grupo de sujetos expuestos a dicho factor.

Casosclínicos

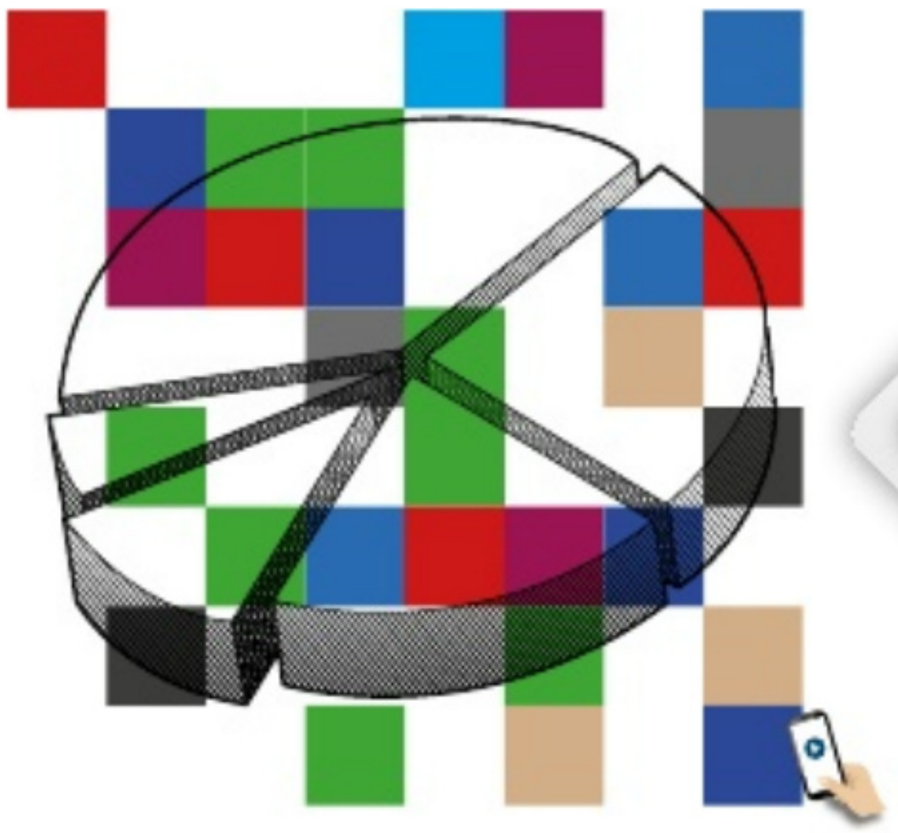
En un ensayo clínico que compara un anorexigénico frente a placebo en la reducción de IAM, se ha comprobado un riesgo de un 5% de infarto en los que tomaban el fármaco, mientras que era del 10% en los que recibieron placebo. Calcule cuántos sujetos deben tomar el fármaco para evitar un IAM:

1) 2.
2) 5.
3) 10.
4) 20.

RC: 4

facebook : Booksmedicos06

www.Booksmedicos06.com



Tipos de estudios epidemiológicos

06

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Este es, sin duda, el tema más importante de la asignatura, y probablemente de todo el MIR. Hay dos tipos de preguntas características. Por una parte, las que se refieren a temas concretos o aspectos teóricos de los diferentes tipos de estudios. Por otra, un tipo de preguntas más "clínico": a partir de un estudio, se pide que se indique de qué tipo de estudio se trata.

6.1. Tipos de estudio (Tabla 5)

Tabla 5

Finalidad del estudio	Descriptivo	Describir una característica o enfermedad en una población
	Analítico	Evaluar presunta relación causa-efecto
Control de la asignación del FE	Experimental	Asignación controlada por el investigador
	Observacional	No hay asignación por parte del investigador
Secuencia temporal	Transversal	Evaluación en un tiempo concreto de la relación FE-E
	Longitudinal	Existe un tiempo entre las distintas variables. Puede establecerse una secuencia temporal entre éstas. Pueden ser prospectivos o retrospectivos
Relación temporal FE-E	Prospectivo	Desde el FE hacia la E
	Retrospectivo	Desde la E hacia el FE

Tipos de estudios epidemiológicos (FE: factor de estudio; E: enfermedad)

6.2. Estudios descriptivos

Los objetivos de los estudios descriptivos son los siguientes:

- Describir las características y la frecuencia de un problema de salud, en función de las características de la **persona** (edad, sexo, estado civil...), del **lugar** (área geográfica...) y del **tiempo** de aparición del problema y su tendencia **(MIR 14-15, 197).**
- Servir de base para estudios analíticos.

Series de casos clínicos

Describen las características de un grupo de enfermos. Son estudios longitudinales ya que contienen información adquirida a lo largo del tiempo. Su principal ventaja es que permiten generar nuevas hipótesis, mientras que el mayor inconveniente es que no presentan grupo control, por lo que cualquier FR puede ser un hallazgo casual.

Estudios ecológicos

Los conglomerados pueden estar constituidos por grupos poblacionales, comunidades, regiones, o países. La característica principal de este tipo de estudios es que se cuenta con información sobre la exposición o el evento para el conglomerado en su totalidad, desconociéndose la información a nivel individual para cada uno de los miembros del grupo. Son estudios en los que la unidad de análisis son grupos de individuos, no individuos (p. ej., clases de una escuela, ciudades, regiones).

Son útiles cuando no se puede hacer mediciones de exposición individuales (contaminación del aire, ruidos...). En este tipo de estudios es común asignar la misma exposición (exposición promedio) a todo el conglomerado, no considerando la variación individual de cada miembro del mismo. Igual sucede con la medición del evento; dado que sólo se cuenta con el número de eventos registrados para el conglomerado, no es posible discernir los eventos que se presentaron en los sujetos expuestos de los que ocurrieron en los no expuestos, por lo que es frecuente atribuir la totalidad de eventos a la exposición promedio que se registró en el interior del conglomerado.

Los estudios ecológicos permiten estudiar grandes grupos poblacionales en poco tiempo y con un coste relativamente muy bajo ya que, en general, utilizan estadísticas existentes recolectadas con otros fines. Sin embargo, dado que son uno de los peores estudios en la escala de causalidad, deben ser considerados únicamente para sugerir hipótesis, que tendrán necesariamente que ser verificadas mediante otros estudios más rigurosos de base individual, realizados posteriormente **(MIR 15-16, 192; MIR 12-13, 183; MIR 10-11, 173).**

Ventajas

Permiten describir diferencias en poblaciones que habrán de ser estudiadas con más detalle posteriormente.

Limitaciones

Los datos son promedios de poblaciones. Se usan medidas aproximadas de exposición (impuestos por alcohol, ventas de cajetillas de cigarrillos...) y de enfermedad (mortalidad en vez de incidencia...), lo que limita el valor de los hallazgos. Los principales problemas de este tipo de estudios son que se ignora la variabilidad individual de los integrantes de los conglomerados y que no es posible corregir por diferencias en otras variables que pudieran estar también asociadas con la exposición y el evento en estudio.

Estudios transversales o de prevalencia

Son estudios descriptivos y transversales, ya que analizan la relación entre una enfermedad y algunas variables en un momento concreto del tiempo. Buscan hallar una posible relación entre un FR y una enfermedad, que luego habrá de ser verificada por estudios analíticos **(MIR 15-16, 193; MIR 12-13, 178; MIR 08-09, 207).**

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Características

Es de "corte" o transversal, ya que enfermedad y características se miden simultáneamente.

Ventajas

No tienen problemas éticos, son de duración mínima, su coste es bajo y son de fácil reproducibilidad. Son útiles para el estudio de enfermedades crónicas en la población.

Inconvenientes

No es útil para estudiar enfermedades raras, ya que no permite ver el mecanismo de producción de la enfermedad y no sirve para comprobar una hipótesis previa de causalidad (es imposible conocer la secuencia temporal porque la información sobre el factor de riesgo y la enfermedad se recogen a la vez).

Análisis de las medidas de enfermedad

Con el estudio de prevalencia, la medida que se obtiene es la razón de prevalencia de individuos expuestos **(MIR 09-10, 182).**

6.3. Estudios analíticos

Los estudios analíticos intentan establecer una relación de causalidad entre el factor de riesgo y la enfermedad; se pueden clasificar en experimentales y observacionales. En los primeros es el investigador el que asigna el factor de estudio (qué fármaco, vacuna, campaña de educación…, cuánto tiempo, cuándo, cuánta dosis recibirán los individuos…) **(MIR 11-12, 178),** mientras que en los segundos, el investigador se limita a observar qué es lo que sucede en un grupo de individuos, sin manipular el estudio.

Estudios analíticos experimentales

Se dice que un estudio es experimental cuando cumple las dos condiciones siguientes:

- Asignación por parte del investigador del factor de estudio.
- Aleatorización de la muestra de modo que los participantes son adscritos al azar a uno u otro grupo de estudio.

Limitaciones. Los problemas éticos son el principal inconveniente de este tipo de estudios. No es admisible exponer a unos sujetos a un factor de riesgo que presumiblemente es el causante de una enfermedad.

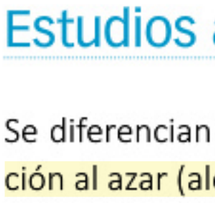
Ventajas:

- Son los estudios que mejor valoran la utilidad de una intervención y aportan mayor evidencia causal **(MIR 09-10, 181).**
- Permiten un gran control sobre cualquier efecto que no sea el estudiado.
- Posibilitan el empleo de técnicas de enmascaramiento.

Los tipos de estudios analíticos experimentales se exponen a continuación.

Ensayo clínico aleatorio

Es, con mucho, el estudio experimental más frecuente. La asignación aleatorizada del factor de estudio (un fármaco o una intervención sanitaria) se hace sobre los individuos. Es el mejor para demostrar causalidad y la eficacia de una actuación. Por ejemplo, la asignación aleatorizada de un antirretroviral o un placebo a un grupo de pacientes con VIH **(MIR 13-14, 208; MIR 11-12, 232; MIR 10-11, 181; MIR 07-08, 198)** (para ampliar el estudio, se remite al lector al *Capítulo 08*).



RECUERDA

No siempre que se evalúan dos tratamientos se está ante un ensayo clínico. Si los pacientes no fueron asignados por el investigador y éste no introdujo el factor de estudio, se estaría ante un estudio de cohortes.

Ensayo de campo

Es un estudio que valora la eficacia de una medida preventiva. En general, estos estudios son más caros que los ensayos clínicos y requieren mayor número de individuos. Las principales diferencias respecto a los ensayos clínicos son:

- Se hacen sobre individuos sanos.
- Valoran la eficacia de las medidas preventivas.

Por ejemplo, la evaluación de la eficacia de una campaña de vacunación en 10.000 niños, de forma que 5.000 reciben aleatoriamente una vacuna y los otros 5.000, un placebo.

Estudios analíticos cuasiexperimentales

Se diferencian de los estudios experimentales puros en que no hay asignación al azar (aleatorización).

Ensayo comunitario de intervención

Es una variedad de los ensayos de campo:

- Se trabaja con individuos sanos.
- Valora la eficacia de medidas preventivas.
- No se aplica aleatorización individual.

Por ejemplo, una campaña sanitaria de agua fluorada en una comunidad y de agua clorada en la otra, comparando la frecuencia de caries en los dos grupos.

Ensayos antes-después

En este tipo de estudios, el fármaco (o medida en general) se administra a los individuos y se compara el resultado con la situación basal. Los estudios antes-después tienen la ventaja de que son más fáciles de hacer, pero poseen el inconveniente grave de que, al no disponer de grupo de control, los resultados son difíciles de interpretar.

Por ejemplo, a un grupo de pacientes cardiópatas se les administra un IECA, comparando la presión arterial (PA) media en el conjunto antes y después de administrar el tratamiento.

Estudios controlados no aleatorios

Se realizan cuando la asignación aleatoria no ofrece ventajas o no se puede hacer. Por ejemplo, se quiere hacer un ensayo en pacientes cardiópatas. A un grupo se le administra IECA (se trata de pacientes no dislipidémicos) y al otro (que además son dislipidémicos), IECA más estatinas. Aquí no hay asignación aleatorizada, sino que la inclusión en uno u otro grupo de estudio se ha hecho tomando como base los factores de riesgo que presentan los pacientes.

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Estudios analíticos observacionales

Los tipos de estudios analíticos observacionales son los que se enumeran a continuación.

Estudio de cohortes (Figura 1)

Partiendo de un grupo de individuos expuestos al FR (cohorte expuesta), y de otro conjunto comparable en todo pero cuyos individuos no están expuestos al FR (cohorte no expuesta), se estudia la incidencia de la enfermedad en ambas cohortes. Por ejemplo, se sigue a un grupo de fumadores y a otro de no fumadores a lo largo del tiempo, observando el número de casos nuevos de cáncer de pulmón que aparecen en cada grupo de pacientes **(MIR 14-15, 182; MIR 12-13, 179; MIR 11-12, 179; MIR 10-11, 177; MIR 09-10, 180; MIR 09-10, 185; MIR 08-09, 205; MIR 08-09, 216).**

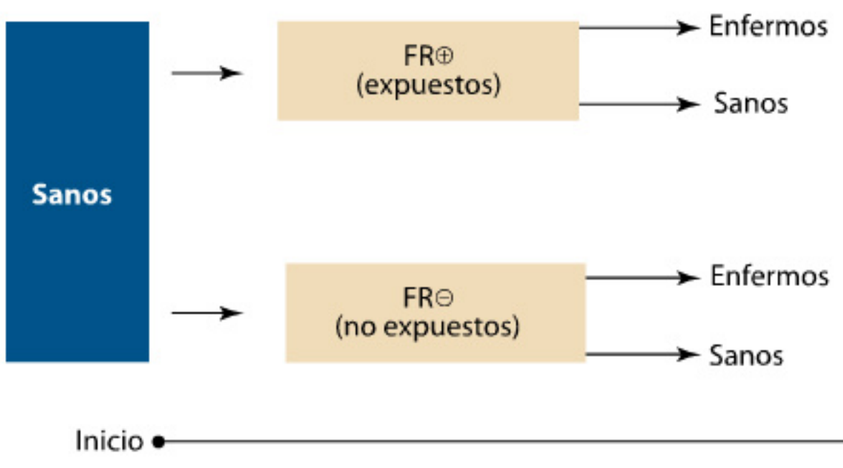
- **Características:**
  - Son estudios longitudinales, de seguimiento.
  - Es prospectivo (excepto en los estudios de cohortes históricas).
  - Va de la causa al efecto (enfermedad).

- **Ventajas:**
  - Es el mejor estudio para comprobar hipótesis previas de causalidad cuando, por razones éticas, no es posible realizar un estudio experimental.
  - Es el mejor para el estudio de la "multiefectividad del factor de riesgo" (todos los efectos del factor de riesgo).
  - La posibilidad de sesgos es baja.
  - Sirve para el estudio de exposiciones raras.

- **Inconvenientes:**
  - No es bueno para el estudio de enfermedades raras.
  - No es adecuado para el estudio de enfermedades de largo periodo de incubación.
  - El coste es alto.
  - No sirve para el estudio de la "multicausalidad de la enfermedad".
  - Es difícilmente reproducible.

- **Análisis de las medidas de la enfermedad.** Los estudios de cohortes son los que permiten saber cuál es la incidencia de la enfermedad. Las medidas que se obtienen son:
  - **Riesgo relativo.** Es la medida de la fuerza de la asociación.
  - **Diferencia de incidencias o riesgo atribuible.** Informa sobre el exceso de riesgo de enfermar.
  - **Fracción atribuible.** Estima la proporción de la enfermedad entre los expuestos que es debida al factor de riesgo.

Figura 1



Estudio de cohortes

RECUERDA

Es necesario darse cuenta de que como en un estudio de cohortes todos los sujetos están sanos en el momento inicial, los enfermos que vayan apareciendo serán nuevos; es decir, incidentes. Por ello, la medida de frecuencia es la incidencia y la de asociación, el riesgo relativo **(MIR 07-08, 199)**

Estudio de cohortes históricas (retrospectivas)

El investigador identifica, mediante registros, una cohorte expuesta en el pasado a un factor de riesgo, y otra cohorte no expuesta. Mediante dichos registros (p. ej., historias clínicas) sigue la evolución de ambas cohortes, comparando los resultados.

Por ejemplo, se selecciona una muestra de 100 historias clínicas de un hospital que se divide en dos grupos en función del antecedente de tabaquismo o no. Se observa en cada grupo la frecuencia de cáncer de laringe **(MIR 12-13, 186).**

Estudio de casos-controles (Figura 2)

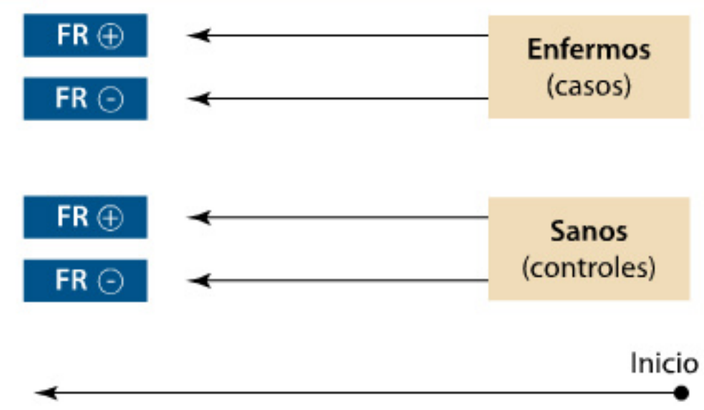
Partiendo de un grupo de individuos enfermos (casos), y de otro comparable a ellos en todo, pero que no tienen la enfermedad (controles), se estudia la exposición, en ambos casos, a distintos factores de riesgo. Por ejemplo, se comparan los factores de riesgo a los que ha estado expuesto un grupo de pacientes con cáncer de páncreas frente a los factores a los que ha estado expuesto un grupo de individuos sanos **(MIR 16-17, 120; MIR 16-17, 131; MIR 16-17, 133; MIR 14-15, 183; MIR 13-14, 198; MIR 11-12, 180; MIR 11-12, 184; MIR 10-11, 191; MIR 10-11, 196; MIR 09-10, 183; MIR 09-10, 186; MIR 08-09, 196; MIR 08-09, 219; MIR 07-08, 199; MIR 07-08, 200; MIR 07-08, 202).**

- **Características:**
  - Es un estudio longitudinal.
  - Es retrospectivo.
  - Va del efecto (enfermedad) a la causa.

- **Ventajas:**
  - Es de corta duración.
  - Es ideal para el estudio de enfermedades raras.
  - Es el mejor para el estudio de enfermedades de largo periodo de inducción.
  - El coste es bajo.
  - Es el más adecuado para el estudio de la multicausalidad de la enfermedad (los posibles factores de riesgo de una determinada enfermedad).
  - Es el mejor para formular nuevas hipótesis etiológicas **(MIR 11-12, 183; MIR 08-09, 209; MIR 07-08, 202).**

- **Inconvenientes:**
  - No es adecuado para comprobar hipotesis previas de causalidad.
  - No permite el estudio de la "multiefectividad del factor de riesgo".
  - La posibilidad de sesgos es muy alta, su control difícil.

Figura 2



Estudio de casos-controles

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

- **Análisis de las medidas de la enfermedad.** En los estudios de casos-controles no es posible obtener información sobre la incidencia de la enfermedad, ya que se parte de una población seleccionada. Tampoco se tiene información acerca de la prevalencia, pues el número de pacientes sólo depende de los que se elijan. Debido a ello, la fuerza de la asociación no se puede calcular directamente, como en el estudio de cohortes, sino de forma indirecta mediante la *odds ratio*.

Casos-controles anidados

Es el tipo de estudio de casos-controles en el que la serie de controles está muestreada aleatoriamente de la cohorte que da origen a los casos **(MIR 16-17, 132; MIR 12-13, 184).** De esta forma, al originarse tanto casos como controles de una cohorte común, se minimiza la probabilidad de sesgos.

En la **Tabla 6** se exponen las diferencias fundamentales entre los dos tipos de estudios analíticos observacionales.

Tabla 6

Características	Cohortes	Casos-controles
Población en riesgo	Definida	Indefinida
Cálculo de la incidencia	Sí	No
N.º de efectos medibles	Varios	Uno
N.º de exposiciones posibles a estudiar	Una	Varias
Enfermedades raras	Poco útil	Muy útil
Exposiciones raras	Muy útil	Poco útil
Sesgos posibles	Pocos	Muchos
N.º de sujetos en estudio	Muchos	Pocos
Coste	Elevado	Bajo
Duración	Larga	Corta
Evidencia causal	Regular	Mala

Diferencias entre los estudios de cohortes y los de casos-controles

PREGUNTAS MIR

- ✓ MIR 16-17, 120, 131, 132, 133
- ✓ MIR 15-16, 192, 193
- ✓ MIR 14-15, 182, 183, 197
- ✓ MIR 13-14, 198, 208
- ✓ MIR 12-13, 178, 179, 183, 184, 186
- ✓ MIR 11-12, 178, 179, 180, 183, 184, 232
- ✓ MIR 10-11, 173, 177, 181, 191, 196
- ✓ MIR 09-10, 180, 181, 182, 183, 185, 186
- ✓ MIR 08-09, 196, 205, 207, 209, 216, 219
- ✓ MIR 07-08, 198, 199, 200, 202

Ideasclave

- ✓ Los estudios experimentales son aquéllos en los que el investigador forma parte "activa" del estudio al asignar el factor de estudio. La aleatorización de la muestra es otra condición indispensable.
- ✓ Los estudios observacionales son aquéllos en los que el investigador se limita a "observar" a los sujetos enfermos-sanos (estudio de casos-controles), a sujetos expuestos-no expuestos (cohortes), o a observar cuántos sujetos están enfermos en una comunidad (transversal).
- ✓ Los estudios de cohortes son prospectivos porque se empieza a partir del factor de riesgo (FR hacia enfermedad). Es decir, que a tiempo 0, nadie presenta el evento final de estudio. Son los mejores estudios de entre los observacionales para verificar la causalidad. La medida de asociación es el RR.
- ✓ Los estudios de casos-controles son retrospectivos porque la selección de pacientes se hace en función de si están enfermos o no (enfermedad hacia FR). En este estudio a tiempo 0, ya hay sujetos portadores del evento final de estudio. Son los mejores para enfermedades raras y su principal limitación es la relativa validez por la facilidad para cometer sesgos. La medida de asociación es la OR.
- ✓ Los estudios transversales o de prevalencia se caracterizan por la ausencia de seguimiento. En estos estudios solamente "se ve" a los sujetos una única vez. La medida de frecuencia de enfermedad es la prevalencia.

Casosclínicos

Para tratar de establecer una relación causal entre el consumo de talidomida durante el embarazo y el riesgo de focomelia, se seleccionaron madres de recién nacidos con focomelia y se compararon con madres de recién nacidos sanos, en cuanto a los antecedentes de toma de talidomida. ¿Cuál es el tipo de diseño de estudio empleado?

1) Casos-controles.
2) Estudio de cohortes.
3) Ensayo clínico aleatorizado.
4) Estudio ecológico.

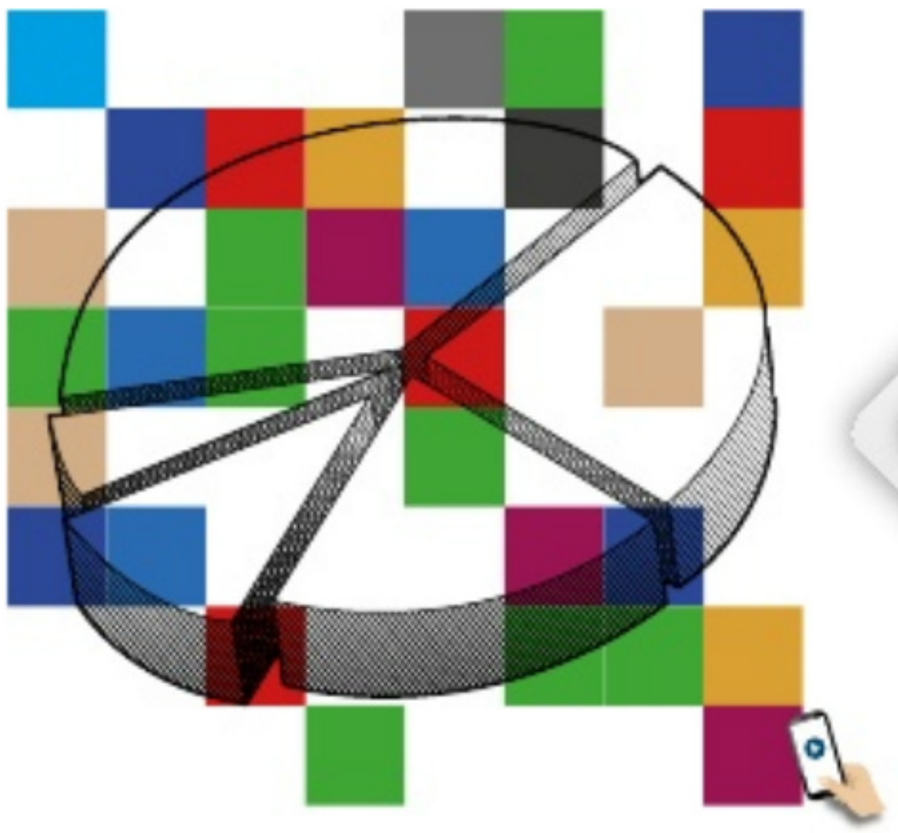
RC: 1

Se realiza un muestreo aleatorio de historias clínicas para estudiar la relación entre tabaco y cáncer de pulmón. Dichas historias clasifican inicialmente según el antecedente personal de tabaquismo. ¿De qué estudio se trata?

1) Casos-controles.
2) Estudio de cohortes.
3) Ensayo clínico aleatorizado.
4) Estudio ecológico.

RC: 2

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06



Validez y fiabilidad de los estudios epidemiológicos

07

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Suelen presentarse estudios en los que se ha cometido algún error sistemático y puede no ser sencillo identificar el posible sesgo que se ha cometido. El tipo de sesgo más preguntado es el de confusión. De éste, hay que saber en qué consiste y cómo se puede evitar.

Cuando se realiza un estudio de investigación clínica, casi nunca se trabaja con poblaciones completas. Lo que se hace es, partiendo de observaciones realizadas en un grupo reducido de personas (la llamada muestra), generalizar o extrapolar los resultados obtenidos a colectivos más amplios. El hecho de que no se trabaje con poblaciones completas, sino con muestras, puede introducir en las observaciones errores producidos por el azar, a los que se les llama errores aleatorios. Existen además otros tipos de errores no relacionados con el hecho de trabajar con muestras, y que son conocidos como errores sistemáticos o sesgos.

7.1. Tipos de error

Los tipos de error son los siguientes:

- **Error aleatorio.** Es el error que puede atribuirse a la variabilidad aleatoria que conlleva siempre un proceso de muestreo. El azar hace que la muestra con la que se va a trabajar no sea representativa. El error aleatorio no afecta a la validez interna de un estudio, pero reduce la posibilidad de elaborar conclusiones sobre la relación exposición-enfermedad, aunque no altera el sentido de la asociación. Los errores aleatorios, a diferencia de los errores sistemáticos, se pueden minimizar aumentando el tamaño de la muestra.
- **Errores sistemáticos o sesgos.** Son los errores producidos cuando hay un fallo en el diseño, o en la ejecución del estudio, que hace que los resultados de la muestra sean diferentes de la población de la que proceden. No se relacionan con el tamaño de la muestra y, cuando no se controlan, tienden a invalidar las condiciones de un estudio; es decir, la existencia de sesgos conduce a la elaboración de conclusiones incorrectas sobre la relación entre una exposición y una enfermedad **(MIR 10-11, 234; MIR 08-09, 198; MIR 07-08, 201).**

RECUERDA

La mayoría de los sesgos acontecen habitualmente en los estudios de casos-controles (retrospectivos).

Tipos de errores sistemáticos

Sesgo de selección

Se produce cuando se asignan sujetos al grupo control que difieren significativamente, en alguna característica clave, del grupo problema. Este tipo de sesgos se puede controlar mediante un proceso de aleatorización en la constitución de los distintos grupos de estudio.

Son ejemplos de este tipo de sesgo los siguientes:

- **Sesgo de autoselección o del voluntario.** La participación o autoderivación del individuo al estudio compromete su validez.
- **Sesgo diagnóstico o sesgo de Berkson.** Es el que se produce cuando, para saber qué ocurre en la población, se elige una muestra hospitalaria de esa población y el factor de riesgo que se está estudiando se asocia a una mayor probabilidad de hospitalización. También se incluye en este tipo de sesgo aquel que puede surgir al seleccionar como control a pacientes con alguna enfermedad que también se asocia al factor de exposición estudiado.
- **Sesgo del obrero sano.** La salida del trabajador enfermo del mercado laboral compromete la validez del estudio.
- **Falacia de Neyman.** Se produce en los estudios de casos-controles al seleccionar casos prevalentes (ya existentes) en vez de casos incidentes (casos nuevos). Esto conlleva que en los casos sea menos frecuente la exposición a aquellos FR que disminuyen la supervivencia; esto es, los casos representarían a individuos con rasgos de mayor resistencia a la enfermedad o formas menos graves de ésta.
  Por ejemplo, se quiere estudiar si la actividad física tiene algún efecto sobre la frecuencia de la insuficiencia coronaria. Se compara a personas con actividad y a personas sedentarias. Un sesgo de selección sería cuando la inactividad de los sedentarios fuese a consecuencia de padecer la enfermedad cardíaca.

Sesgo de información

Tiene lugar cuando hay un error sistemático en la medición de alguna variable clave del estudio. La clasificación incorrecta puede o no afectar de igual manera a todos los grupos de estudio. Los sesgos de información debidos al investigador o a los participantes en el estudio se controlan mediante técnicas de enmascaramiento.

- **Clasificación incorrecta diferencial.** La probabilidad de clasificación errónea de la exposición (en un estudio de casos-controles) afecta de forma desigual a sanos y enfermos o la clasificación de enfermo o no enfermo (en un estudio de cohortes) se hace de manera distinta, según se esté o no expuesto al factor de estudio. Este tipo de sesgo produce una subestimación o sobreestimación del efecto del factor de exposición en la enfermedad. Dentro de este grupo cabe destacar:
  - **Sesgo de memoria.** Se produce en los estudios de casos-controles. El hecho de padecer la enfermedad hace que se esté más motivado para recordar posibles antecedentes de exposición **(MIR 13-14, 194; MIR 08-09, 203).**
  - **Sesgo de atención o efecto Hawthorne.** Los participantes en un estudio pueden modificar su comportamiento si saben que están siendo observados.
- **Clasificación incorrecta no diferencial.** La probabilidad de clasificación errónea ocurre en todos los grupos de estudio de forma similar. El error

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

de clasificación no diferencial ocasiona una infraestimación (hace que la medida de asociación tienda a 1) del efecto del factor de exposición estudiado en la enfermedad **(MIR 16-17, 121; MIR 07-08, 201).**

Por ejemplo, se quiere estudiar el efecto del tabaco sobre la aparición de bronquitis crónica, comparándose a un grupo de fumadores y a otro de no fumadores. Existe la posibilidad de que los fumadores sean diagnosticados más fácilmente de bronquitis crónica que los no fumadores, simplemente por el hecho de que fumar se considera que está asociado a esta patología **(Tabla 7).**

Factor de confusión *(confounding)*

(MIR 13-14, 196; MIR 11-12, 177)

Un factor de confusión (FC) es una variable extraña al estudio que modifica los resultados que se obtienen. Todo FC debe cumplir tres condiciones:

- Ser un factor de riesgo para la enfermedad.
- Estar asociado con la exposición.
- No ser un paso intermedio entre la exposición y la enfermedad.

Para prevenir los sesgos de confusión, existen distintas técnicas:

- **Fase de diseño.** Aleatorización (estudios experimentales), apareamiento y restricción **(MIR 10-11, 174; MIR 07-08, 198).**
- **Fase de análisis estadístico.** Análisis estratificado (se dividen los datos globales en dos grupos, según la presencia o no del factor de confusión) y análisis multivariante. El análisis multivariante será desarrollado en la parte de *Estadística* cuando se expliquen los modelos de regresión.

Tabla 7

Tipo de error	Características	Afecta a la validez interna	Solución o control
Error aleatorio	• Simétrico • Incorregible • Impredecible • Estimable por estadística	No	↑ tamaño muestral
Sesgo o error sistemático	• Asimétrico • Corregible • Predecible • Prevención y control por epidemiología	Sí	• Sesgo de selección: aleatorización • Sesgo de clasificación: enmascaramiento • Factor de confusión: – Aleatorización – Apareamiento – Restricción – Estratificación – Análisis multivariante

Tipos de error

Figura 3

	Cáncer	No cáncer	
Fuma			
No fuma			
			100

OR cruda: 2,5

Toma alcohol

	Cáncer	No cáncer	
Fuma			
No fuma			
			30

OR toma alcohol

No toma alcohol

	Cáncer	No cáncer	
Fuma			
No fuma			
			70

OR no toma alcohol

2,5	Alcohol no FC	2,5
1,8	Alcohol FC	1,8
3,6	Alcohol F. modificador	1,3

Interpretación del análisis estratificado

A continuación se expone un ejemplo de análisis estratificado en el que se estudia la relación entre el tabaco y el cáncer de esófago, pero se sospecha que el alcohol puede ser un factor confusor. Se estratifica según los sujetos tengan o no el supuesto FC (alcohol en el ejemplo). Tras la estratificación pueden obtenerse las tres situaciones que se muestran en el gráfico **(Figura 3).**

7.2. Validez y fiabilidad

Se definen los siguientes conceptos:

- **Validez.** El estudio cuantifica lo que realmente se propone medir. Es el grado de ausencia de error sistemático. También recibe el nombre de exactitud.
  - **Validez interna.** Consiste en el grado de validez del resultado para los pacientes del estudio. Se dice que un estudio tiene validez interna cuando los resultados del mismo son aplicables a los individuos del citado estudio **(MIR 13-14, 190; MIR 11-12, 181).**
  - **Validez externa.** Un estudio tiene validez externa cuando los resultados del mismo son aplicables a otros individuos distintos de los del estudio **(MIR 10-11, 184).**
- **Fiabilidad.** Es el grado de reproductibilidad de un estudio, esto es, el grado de similitud que presentarían los resultados si se repitiese el estudio en condiciones similares. En otras palabras, es el grado de ausencia de error aleatorio.

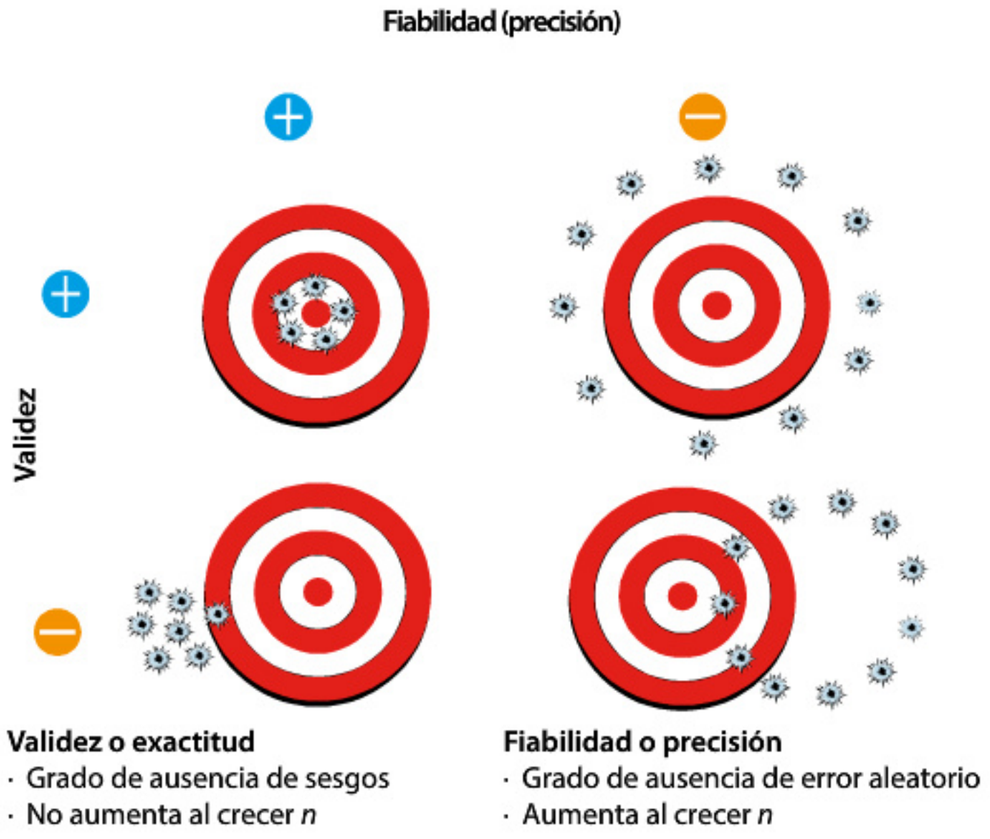
7.3. Validez de un test diagnóstico

Para conocer si una prueba diagnóstica es útil, se comparan sus resultados con los de otra prueba que actúa como patrón de referencia *(gold*

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

standard). El grado en el que las medidas de la prueba evaluada se correlacionan con las medidas de referencia, se denomina validez de criterio **(Figura 4).**

Figura 4



Validez y fiabilidad

La prueba de referencia debe haber sido aceptada como tal por la comunidad científica; se ha de aplicar a toda la serie de casos estudiados y no puede incorporar información procedente de la prueba que evalúa.

El valor real de la prueba sólo podrá ser establecido si el estudio se lleva a cabo en condiciones semejantes a la práctica clínica habitual; es decir, incorporando un amplio espectro de pacientes a los que en condiciones normales se les aplicaría dicho procedimiento diagnóstico.

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 16-17, 121**
- ✓ **MIR 13-14, 190, 194, 196**
- ✓ **MIR 11-12, 177, 181**
- ✓ **MIR 10-11, 174, 184, 234**
- ✓ **MIR 08-09, 198, 203**
- ✓ **MIR 07-08, 198, 201**

Ideasclave

- ✓ Los errores aleatorios son errores producidos por el azar. Son una falta de precisión, no afectan a la validez interna y se corrigen aumentando el tamaño de la muestra.
- ✓ Los errores sistemáticos o sesgos no se deben al azar, afectan a la validez de los estudios y no se corrigen aumentando el tamaño de la muestra.
- ✓ Los sesgos de selección se deben al hecho de elegir mal la muestra del estudio, bien por escoger controles hospitalarios (Berkson), por disponer de pocos casos enfermos al estudiar enfermedades de rápida mortalidad (Neyman), o por seleccionar voluntarios.
- ✓ Los errores de clasificación se deben a un error al incluir a los pacientes en los diferentes grupos de estudio, ya sea porque los sanos (controles) no recuerdan el antecedente de la exposición (sesgo de memoria), o porque varían su comportamiento al sentirse observados.
- ✓ En los ensayos clínicos se pueden controlar los sesgos de clasificación mediante las técnicas de ciego o enmascaramiento; y los de selección, por medio de la aleatorización.
- ✓ El sesgo de confusión se debe a la existencia de un factor de confusión, que es esencialmente un factor que está desigualmente distribuido entre los dos grupos de pacientes del estudio, y que se relaciona etiológicamente con la enfermedad final. Los sesgos de confusión se controlan mediante asignación aleatoria, apareamiento, restricción, análisis multivariante y análisis estratificado.

Casosclínicos

En un estudio de casos-controles se encontró una asociación entre la ingesta de alcohol y el desarrollo de cáncer esofágico. Dado que el consumo de tabaco se encontró asociado tanto a la ingesta de alcohol como al desarrollo de cáncer de esófago, el consumo de tabaco en este estudio debe considerarse como:

1) Un factor (sesgo) de confusión.
2) Un sesgo de información.
3) Un sesgo de memoria.
4) Un sesgo de selección.

RC: 1

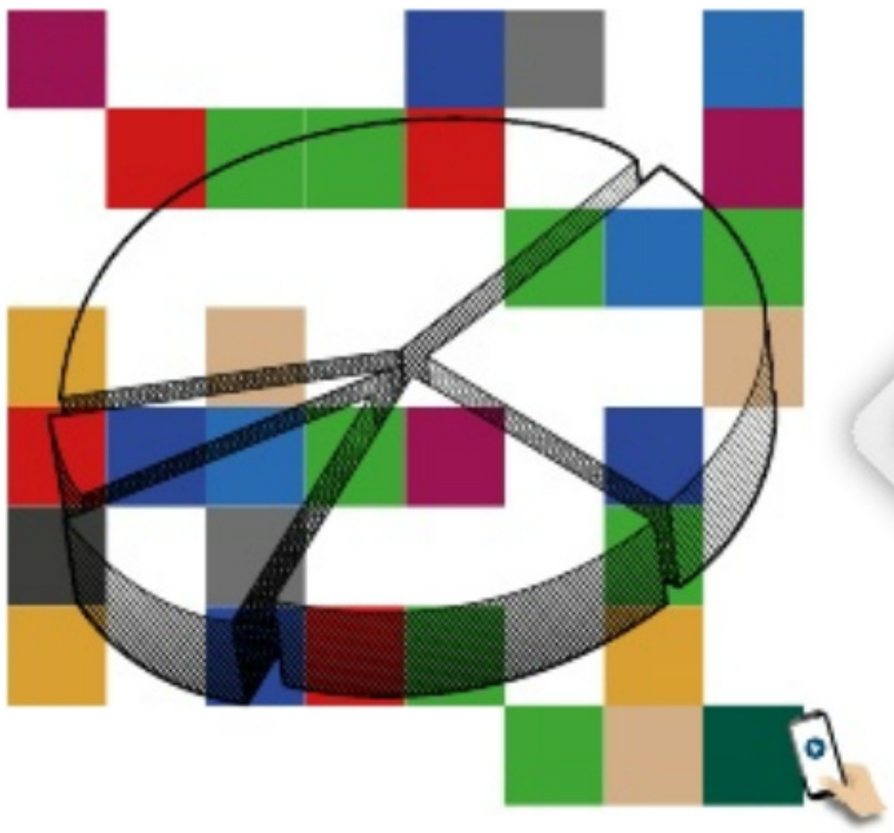
En un estudio de cohortes se compara la eficacia de dos terapias antirretrovirales en la reducción de la carga viral de VIH. Para saber si la coinfección por virus C puede ser un factor que determine la respuesta antirretroviral, usted NO deberá hacer:

1) Aleatorización.
2) Apareamiento.
3) Restricción.
4) Análisis multivariante.

RC: 1

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

facebook : Booksmedicos06



Ensayo clínico

08

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Como ya se ha comentado anteriormente, uno de los temas más importantes del MIR es el ensayo clínico. En el examen preguntan todo tipo de aspectos, sin embargo, lo más habitual es que o bien pregunten conceptos teóricos, o bien pongan un ensayo clínico y pregunten de qué tipo de ensayo se trata.

8.1. Introducción

Un ensayo clínico (EC) es un experimento cuidadosa y éticamente diseñado con el fin de dar respuesta a preguntas que tienen que ver con la utilidad de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos en el ser humano. La autorización de la Agencia Española de Medicamentos es necesaria para el desarrollo de cualquier EC con medicamentos en un centro sanitario, junto con un informe favorable del Comité Ético de Investigación Clínica del centro sanitario **(MIR 11-12, 187-BL).**

Los EC son estudios prospectivos y experimentales en los que, una vez seleccionada la muestra, se divide aleatoriamente en dos grupos de pronóstico comparable que idealmente sólo se diferencian en la intervención terapéutica que van a recibir **(MIR 09-10, 184; MIR 09-10, 189; MIR 08-09, 200; MIR 08-09, 201; MIR 08-09, 220; MIR 07-08, 205; MIR 07-08, 208; MIR 07-08, 212).**

Teniendo en cuenta los objetivos perseguidos en el desarrollo de un medicamento, se distinguen cuatro fases **(MIR 08-09, 195)** (Tabla 8):

- **Ensayo en fase I.** Es la primera vez que un fármaco se administra a humanos. Generalmente, se realiza con voluntarios sanos (n = 20- 80) y sin grupo control. Suelen ser EC abiertos, no aleatorizados y, muchas veces, no comparativos. El principal objetivo es evaluar la toxicidad y conocer la dosis única aceptable no tóxica. Se limitan al terreno experimental y/o a sus efectos farmacocinéticos y farmacodinámicos **(MIR 14-15, 179; MIR 10-11, 197).**
- **Ensayo en fase II.** El principal objetivo es aportar información sobre la relación dosis-respuesta, proporcionando una información preliminar acerca de la eficacia. Se lleva a cabo en pacientes (n = 100 - 200). No necesariamente tienen que ser comparativos. Generalmente, este tipo de EC es controlado y con asignación aleatoria del tratamiento. Algunas clasificaciones distinguen a su vez una fase IIa (estudios piloto realizados en pocos pacientes con criterios de inclusión/exclusión más estrictos) y una fase IIb (que evalúa la eficacia y la seguridad en un mayor número de pacientes y representa una demostración más rigurosa de la eficacia del nuevo compuesto) **(MIR 16-17, 116; MIR 13-14, 203; MIR 12-13, 190; MIR 09-10, 187).**
- **Ensayo en fase III.** Es el prototipo del EC. Suele ser comparativo con la terapéutica de referencia o con un placebo. Es la investigación clínica más extensa y rigurosa sobre un tratamiento médico. Sirve para establecer la eficacia de un nuevo fármaco y la existencia de efectos adversos frecuentes. Un paciente debe conocer que probablemente ha recibido placebo, pero no si lo ha recibido con certeza o no. Lo ideal es comparar frente al mejor tratamiento, a la mejor alternativa existente. Se realiza en un grupo mayor de pacientes (varias decenas de miles), seleccionados con unos criterios de inclusión/exclusión más laxos, que normalmente se encuentran polimedicados y que permitan hacer una extrapolación de los resultados al resto de la población (validez externa). Es posible, a su vez, distinguir las fases IIIa y IIIb. La primera incluye los EC que se llevan a cabo una vez determinada la eficacia terapéutica, pero antes de ser enviada a las autoridades reguladoras la solicitud de aplicación del nuevo compuesto, y constituyen la evidencia de efectividad terapéutica que se exige para la tramita-

Tabla 8

	Característica principal	Objetivo	Muestra
Fase I	Primeros pasos en la investigación de un fármaco en seres humanos	• Estimación inicial de tolerancia, seguridad, farmacocinética y farmacodinámica • No estimación de eficacia	• Habitualmente sólo pocos voluntarios sanos (n = 20 - 80) • No suelen tener grupo control ni enmascaramiento
Fase II*	Ensayo terapéutico, pero sólo exploratorio	Información preliminar sobre eficacia, patrón dosis-respuesta, tolerancia y ampliación de los datos de seguridad obtenidos en fase I	• Ensayos pequeños (n = 100 - 200) en pacientes con la enfermedad de interés • Preferentemente con grupo control
Fase III	• El más frecuente en publicaciones médicas • Dirigido a lograr la aprobación o comercialización del fármaco	• Demostrar un efecto terapéutico (eficacia) • Valorar la seguridad del nuevo fármaco frente a alternativas disponibles	• Muestra más amplia de pacientes con una única enfermedad concreta • Controlados y aleatorizados
Fase IV	Vigilancia poscomercialización y a largo plazo	Evaluar seguridad y efectividad, nuevas indicaciones, efectos secundarios, morbilidad y mortalidad a largo plazo	Preferentemente controlados y aleatorizados

*Algunos autores dividen la fase II en IIa y IIb. En general, durante la fase IIa se realizan estudios piloto con pocos participantes y criterios de inclusión/exclusión muy estrictos. Se evalúa el efecto farmacológico, y pueden participar tanto individuos enfermos como sanos. En la fase IIb se incluye un mayor número de participantes; el objetivo es medir el patrón dosis-respuesta y lo fundamental es valorar la eficacia, por lo que sólo se incluyen sujetos enfermos

Tipos de ensayos clínicos según la fase de investigación

www.Booksmedicos06.com

ción del expediente del nuevo compuesto. Con frecuencia son considerados como *pivotal trials* **(MIR 09-10, 192).** La segunda fase (IIIb), comprende estudios que se realizan una vez aceptada la tramitación y antes de la aprobación y comercialización del nuevo compuesto **(MIR 12-13, 191; MIR 09-10, 191-BL).**

- **Ensayo en fase IV.** También se denomina farmacovigilancia, y consiste en el seguimiento, posterior a la comercialización del fármaco, de un número muy elevado de pacientes con el fin de detectar efectos adversos poco frecuentes o de aparición tardía. La fase IV también sirve para evaluar interacciones entre medicamentos y sugerir nuevas indicaciones de fármacos ya aceptados para otro fin.
  Así, la farmacovigilancia es la recogida de datos sobre seguridad de fármacos una vez que se autoriza su comercialización. Su objetivo es detectar reacciones adversas poco frecuentes que no han sido identificadas durante el desarrollo del ensayo, dado que éste se ha realizado en una población limitada (generalmente n < 2.000).

Pero los EC fase IV no son la única forma de evaluación poscomercialización. Se entiende por EPA (estudio postautorización) cualquier estudio realizado con medicamentos según su ficha técnica, en condiciones normales de uso. Como se ha comentado en ocasiones, son EC, pero lo habitual es que se trate de estudios observacionales en los que el investigador se limita a observar la realidad del fármaco en condiciones habituales de uso **(MIR 16-17, 119).**

Los objetivos fundamentales de los EPA persiguen lograr, en condiciones reales:

- Determinar la efectividad del fármaco.
- Conocer la efectividad percibida por el paciente.
- Identificar factores de riesgo.
- Establecer nuevas indicaciones.

El Sistema Español de Farmacovigilancia recibe información de diferentes fuentes, entre ellas, y principalmente, de la notificación espontánea de reacciones adversas.Ésta supone la recogida y la notificación, mediante las tarjetas amarillas, de las reacciones adversas que aparecen durante la práctica clínica.

En general, se acepta cualquier reacción adversa. Sin embargo, las de mayor interés son las reacciones adversas graves, inesperadas o raras y aquéllas de fármacos de comercialización reciente (menos de 3 años). El programa de notificación espontánea está dirigido especialmente a médicos, aunque incluye a otros profesionales sanitarios.

8.2. Etapas en la realización de un ensayo clínico

En los siguientes apartados se desarrollan los pasos a seguir para la realización de un EC en fase III con dos grupos de intervención **(MIR 08-09, 220).**

Selección de la cohorte de estudio

Consiste en la elección de un grupo de sujetos adecuados para la evaluación del medicamento, de los cuales se extrapolarán los resultados del EC. Mediante la formulación de los criterios de inclusión, se establecen las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes en los que se empleará el fármaco. Los criterios de exclusión se usan para rechazar a aquellos pacientes con criterios de inclusión pero que presentan alguna contraindicación, condiciones que pueden afectar a la variable resultado o alguna característica que haga complicado su estudio.

En función de los criterios de inclusión, los EC se pueden dividir en dos grandes grupos:

- **EC pragmáticos.** Se acercan lo más posible a la población general. Los criterios de inclusión son muy laxos (prácticamente los únicos son los diagnósticos) **(MIR 14-15, 180; MIR 08-09, 212; MIR 07-08, 207; MIR 07-08, 216).**
- **EC explicativos.** Los criterios de inclusión son muy estrictos, por lo que la muestra no es exactamente igual a la población general.

Si los criterios de inclusión son muy estrictos, el EC presenta una muestra más homogénea y se necesita menor tamaño muestral para detectar las diferencias. Además, hay mayor validez interna. Sin embargo, existe una clara limitación a la hora de generalizar los resultados y de reclutar a los pacientes. Se utilizan, sobre todo, en las fases II y III. En cambio, cuando no son estrictos, el reclutamiento se verá facilitado, se podrán generalizar los resultados con mayor facilidad y tendrá mayor validez externa. No obstante, la muestra será heterogénea, por lo que se necesita un mayor tamaño muestral y los resultados son confusos si sólo es eficaz en subgrupos de pacientes. Se emplean en las fases III y IV.

En esta etapa, también hay que determinar el tamaño muestral. Éste ha de ser suficiente para obtener un IC del 95% de la eficacia cuyos límites sean clínicamente relevantes **(MIR 07-08, 216).**

Medición de variables basales

Consiste en determinar una serie de variables en los sujetos que cumplen los criterios de inclusión y que han aceptado participar en el estudio (consentimiento informado), con los siguientes propósitos:

- Definir las características de la población a la que podrá extrapolarse el resultado del ensayo clínico.
- Aportar una serie de datos que permitan posteriormente verificar que la aleatorización ha sido eficaz y hacer el análisis estratificado (p. ej., por edad), en caso de diferencias entre los dos grupos.
- Demostrar que el evento resultado, cuya frecuencia se pretende disminuir con el fármaco estudiado, no está presente al comienzo del estudio.
- Registrar posibles predictores del evento interés, de modo que se pueda evaluar su interacción con el fármaco estudiado, si la aleatorización no los ha distribuido homogéneamente entre los distintos grupos de estudio.

Aleatorización

La aleatorización consiste en asignar por azar, sin que influya ningún factor, los pacientes de la muestra a los dos grupos de intervención, de modo que, si el tamaño muestral es suficientemente grande, se consiga una distribución homogénea de las variables predictoras en ambos grupos **(MIR 12-13, 180; MIR 10-11, 182; MIR 10-11, 186).** Se puede realizar de tres formas diferentes **(MIR 07-08, 204):**

- **Aleatorización simple.** Cada paciente tiene la misma probabilidad de ser asignado a cualquiera de los grupos de tratamiento. Con este método, existe riesgo de desigualdad numérica entre grupos.
- **Aleatorización por bloques.** Se establecen bloques de aleatorización, de modo que en cada uno de ellos la mitad de los pacientes reciba el tratamiento experimental y la otra mitad, el control. Con este tipo de

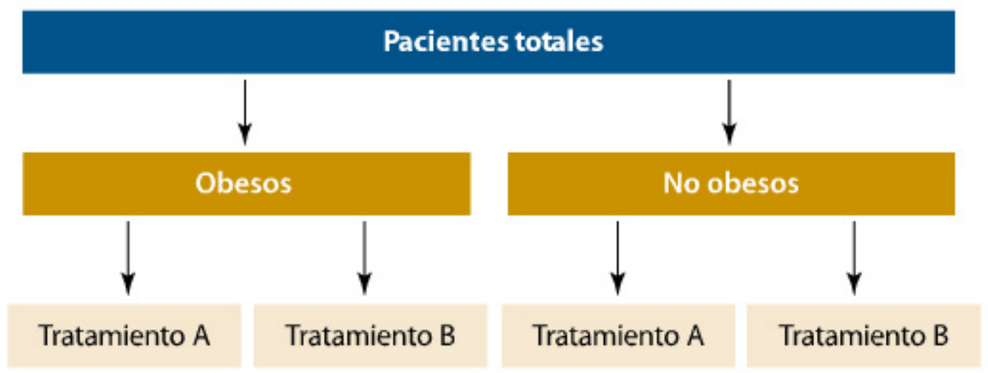
www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

aleatorización se evita la desigualdad numérica entre los distintos grupos, por lo que es especialmente útil cuando el tamaño muestral no es muy grande.

- **Aleatorización estratificada.** Los pacientes son divididos en grupos (estratos) homogéneos respecto a alguna variable de interés pronóstico y posteriormente son asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos de intervención (Figura 5) **(MIR 11-12, 186).**

En general, la aleatorización debe conseguir asignar los tratamientos de forma desconocida e impredecible, tiene que ser un proceso reproducible y estar documentado; ha de basarse en propiedades matemáticas conocidas, no debe ser prevista la secuencia de los tratamientos y, finalmente, ha de ser posible detectar los fallos de la asignación. Para evitar sesgos en la aleatorización, es importante que quien decide la inclusión de los pacientes en el ensayo y la persona que lleva a cabo la aleatorización desconozcan la secuencia de aleatorización hasta que se aplique a cada uno de los pacientes reclutados. En caso de no hacerse ocultación de la secuencia de aleatorización, existe la posibilidad de seleccionar incorrectamente a los sujetos del ensayo y perder la comparabilidad de los dos grupos de tratamiento. La ocultación de la secuencia de aleatorización se puede conseguir mediante un sistema de aleatorización centralizado en un lugar distinto a aquél en el que se lleva a cabo el ensayo, o mediante sobres numerados secuencialmente, opacos y lacrados, que contengan el tratamiento y que sólo se abran tras la inclusión del paciente en el EC.

Figura 5



Aleatorización estratificada

Aplicación de la intervención

Es importante evitar que tanto investigadores como otros proveedores de cuidados traten de forma diferente a los dos grupos de intervención. Para evitar este hecho, llamado sesgo de cointervención, y que la medición de la variable-resultado pueda estar sesgada por el mismo motivo, se utiliza el enmascaramiento. Los tipos de enmascaramiento son los siguientes:

- **Simple ciego.** El paciente desconoce el grupo de tratamiento al que está asignado.
- **Doble ciego.** Paciente, personal sanitario-evaluador de la variable resultado lo desconocen **(MIR 12-13, 187; MIR 12-13, 189; MIR 11-12, 190).**
- **Triple ciego.** Además de los anteriores, el analista de los datos no sabe el tipo de tratamiento de cada uno de los grupos.

En los casos en los que no se puede enmascarar, no queda más remedio que hacer un estudio abierto, aunque se puede intentar recurrir a un evaluador ciego. Esto quiere decir que, aunque investigadores y participantes conozcan la asignación al grupo de intervención o de placebo, la persona que analiza las variables desconoce esta asignación.

Tanto las reacciones adversas específicas como la falta de eficacia y los cambios analíticos específicos pueden desenmascarar un EC. Otro aspecto a considerar en esta fase del ensayo clínico es que siempre que exista un tratamiento eficaz, hay que administrarlo al grupo control, así que lo que se determinará con el EC será la eficacia relativa del nuevo fármaco. En caso de no existir alternativa terapéutica previa, se medirá la eficacia en términos absolutos.

Análisis de los resultados (Tabla 9)

En este punto se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Las pérdidas de sujetos incluidos en el EC ocurridas antes de la aleatorización van a afectar a la capacidad de generalización de los resultados, mientras que las pérdidas postaleatorización pueden afectar a la validez interna.
- El análisis estadístico de los EC es muy parecido al de los estudios de cohortes, pero es más frecuente el uso de métodos no paramétricos y, al tener importancia no sólo que ocurra la variable-resultado, sino cuándo ocurre, es frecuente el empleo de análisis de supervivencia.

Tabla 9

Pragmáticos	Muestra heterogénea, validez externa
Explicativos	Muestra homogénea, validez interna
Cruzado	Cada grupo toma ambos fármacos con periodo de lavado
Paralelo	Cada grupo toma un único fármaco
Por intención de tratar	Todos los sujetos incluidos son analizados
Por protocolo	Sólo se analizan los que terminan el estudio
De tamaño predeterminado	Tamaño muestral conocido a priori
Secuenciales	Incorporación progresiva de pacientes al estudio
De superioridad	Demostrar que un fármaco es mejor que otro
De no inferioridad	Se supone una eficacia similar, el nuevo fármaco tiene otras ventajas
Enmascarados	Empleo de técnicas de ciego para evitar sesgos
Abiertos	No enmascarados **(MIR 11-12, 188)**

Clasificación de los ensayos clínicos

- Comparaciones múltiples. Al aumentar el número de comparaciones, se incrementa la posibilidad de resultados falsamente positivos **(MIR 07-08, 206).**
- Análisis de subgrupos. Puede ocasionar problemas, especialmente cuando no se tiene previsto desde el principio. Produce comparaciones múltiples, aumenta la probabilidad de resultados espurios y, por tanto, sus resultados deben interpretarse con precaución.
- Análisis por intención de tratar frente a análisis por protocolo **(MIR 12-13, 188):**
  - **Por protocolo.** Incluye únicamente a aquellos pacientes que han cumplido los requisitos del protocolo y/o han finalizado el estudio**.**
  - **Por intención de tratar.** El análisis incluye a todos los pacientes que han sido seleccionados y en el grupo en el que fueron asignados, aunque no hayan finalizado el estudio o hayan cambiado de grupo.

- Los análisis intermedios se realizan durante las fases III y IV del estudio. Están justificados para evitar que los pacientes del grupo control no se beneficien del tratamiento. Sin embargo, el realizar muchos análisis intermedios, aumenta el riesgo de cometer un error tipo I; debe estar previsto en el protocolo del estudio, se ha de mantener la confidencialidad de los resultados y tiene que haber una penalización estadística porque, de nuevo, se están realizando comparaciones múltiples **(MIR 14-15, 193).**
- La magnitud del efecto del tratamiento en los ensayos clínicos se puede expresar de varias formas:
  - **Riesgo relativo** (RR). Cociente entre el riesgo de sufrir un determinado evento en el grupo expuesto a un determinado tratamiento

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

y el de sufrir el mismo evento en el grupo control (no expuesto al tratamiento).

- **Reducción absoluta del riesgo** (RAR). Es la diferencia entre el porcentaje de eventos en el grupo control y el mismo porcentaje en el grupo experimental.
- **Reducción relativa del riesgo** (RRR). Se define como la diferencia entre el porcentaje de eventos en el grupo control y el mismo porcentaje en el grupo experimental, dividido por el porcentaje de eventos en el grupo control.
- **Número necesario de pacientes a tratar** (NNT). Se obtiene como el inverso de la RAR multiplicado por 100, y es el número de pacientes que se deben tratar para prevenir un suceso indeseable adicional **(MIR 07-08, 206).**

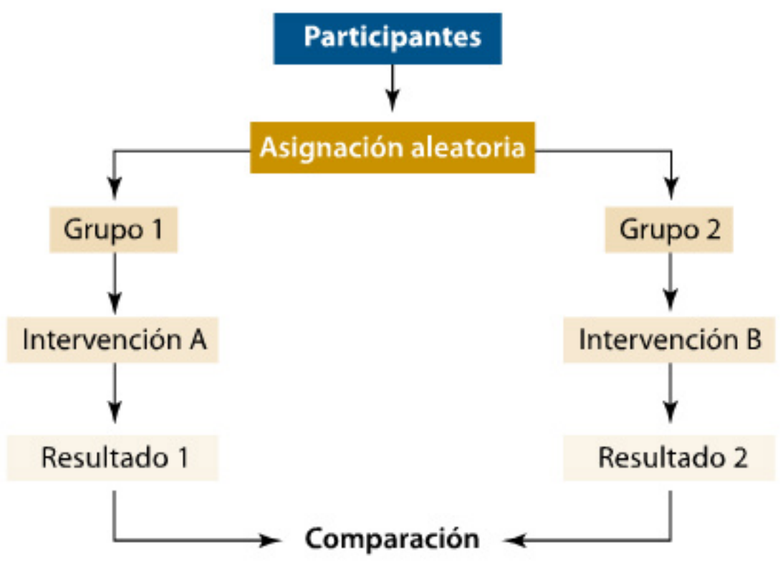
8.3. Tipos de ensayos clínicos

Los tipos de ensayos clínicos se exponen en los siguientes apartados.

Diseño clásico o en paralelo

El grupo control recibe el tratamiento a la vez que el grupo experimental, con el fin de controlar el efecto de factores pronósticos que pudieran cambiar a lo largo del tiempo. El análisis de los datos consiste en comparar la diferencia en la variable-resultado entre ambos grupos con la variabilidad esperable dentro de cada grupo por el mero efecto del azar. Es muy apropiado en los casos de enfermedades agudas (Figura 6) **(MIR 16-17, 117; MIR 14-15, 196; MIR 11-12, 189).**

Figura 6



Ensayo clínico paralelo

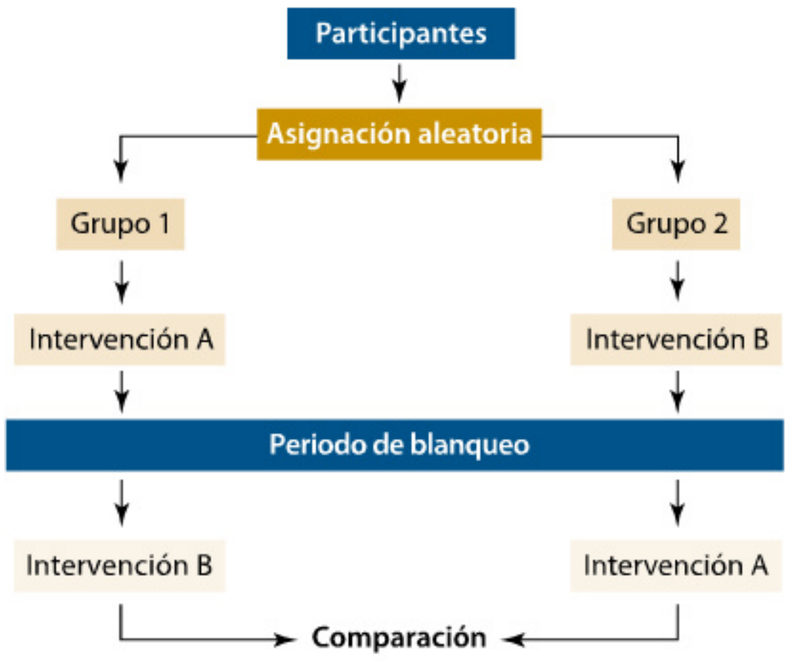
Diseño cruzado o intrapaciente

Consiste en que un mismo paciente va a recibir los dos tratamientos objeto de comparación en dos momentos distintos, de modo que el propio paciente sirve de control a sí mismo, lo que permite llevar a cabo el estudio con un tamaño muestral menor al del diseño clásico al reducir la variabilidad (Figura 7).

La principal ventaja del ensayo cruzado es eliminar la variabilidad *entre*-individuos en la respuesta a la intervención, pues estos ensayos valoran el efecto *intra*-individuo **(MIR 08-09, 218).** Sus inconvenientes son:

- Al observar el efecto de un tratamiento se asume la ausencia de efectos residuales del tratamiento anterior *(carryover)*. Debe existir un periodo de blanqueo o lavado suficientemente largo como para asegurar que no permanecen los efectos residuales del primer tratamiento asignado.
- La secuencia con la que se administran los diferentes tratamientos puede asociarse a respuestas diferentes (efecto periodo).
- Este diseño no es posible cuando la nueva terapia es quirúrgica o el primer tratamiento está dirigido a curar definitivamente la enfermedad (p. ej., en enfermedades agudas).
- Resulta difícil adjudicar los efectos secundarios tardíos.
- El análisis estadístico es más complejo que para grupos paralelos y requiere el uso de métodos apareados o de medidas repetidas.

Figura 7



Ensayo clínico cruzado

Diseño secuencial

Consiste en introducir pares de pacientes aleatorizados a los dos tratamientos hasta que la diferencia entre los distintos tratamientos favorezca a uno u otro (exceso de preferencias), momento en el que el ensayo clínico se detiene.

Diseño factorial

En ese tipo de diseño se evalúan simultáneamente dos tratamientos distintos en una misma muestra de sujetos, asignándose aleatoriamente los sujetos a uno de los cuatro grupos posibles: A, B, A + B y placebo **(Tabla 10).** En los ensayos factoriales, los placebos que se utilizan tienen que parecerse externamente al tratamiento activo asignado en cada secuencia. Es la razón por la que se habla de "placebo de A" y "placebo de B" para los dos tratamientos, A y B respectivamente. El diseño factorial habitualmente se utiliza cuando se quiere estudiar la eficacia de terapias combinadas. En este caso, los medicamentos utilizados pueden tener efectos diferentes cuando se combinan, y al final interesará comparar por separado los tres grupos con algún tratamiento activo frente al que sólo recibe placebos (Figura 8) **(MIR 14-15, 178; MIR 11-12, 185).**

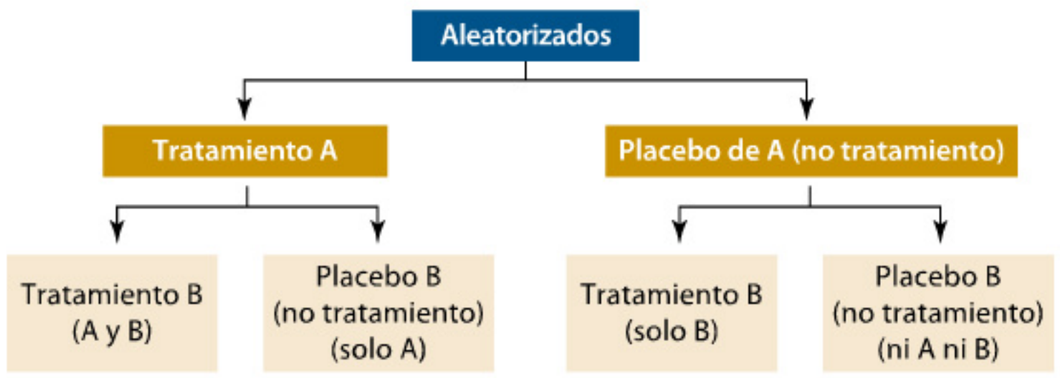
Tabla 10

Tratamiento	A	Placebo
B	A + B	B
Placebo	A	Placebo
Cada paciente se asigna a uno de los 4 grupos resultantes		

Ensayo clínico de diseño factorial

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

Figura 8



Ejemplo de asignación de tratamiento en el ensayo clínico factorial

Diseño de no-inferioridad

Habitualmente los EC se realizan con el fin de demostrar la superioridad de un fármaco con respecto a otro. Sin embargo, puede ser útil probar que dos fármacos son al menos igualmente eficaces, con lo cual se podrá emplear, por ejemplo, el más barato. Es decir, importa que NO sea inferior, de manera que si es igual o superior se considera que el fármaco experimental es "no-inferior" comparado con el grupo control.

Se denomina equivalente terapéutico a un fármaco diferente en su estructura química del original, pero del que se espera un efecto terapéutico y un perfil de efectos adversos similares cuando se administra a un paciente **(MIR 15-16, 29; MIR 15-16, 190; MIR 14-15, 190; MIR 13-14, 204; MIR 10-11, 193; MIR 09-10, 188).**

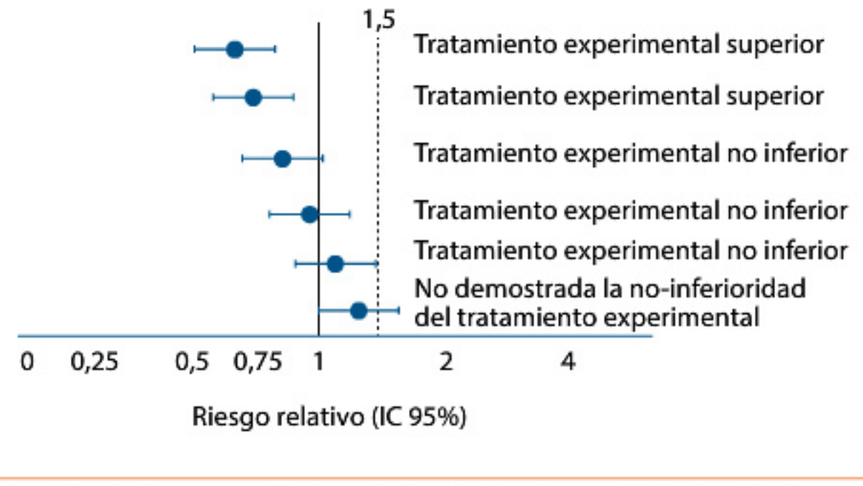
Los ensayos de equivalencia valoran si dos terapias son iguales y se basan en este margen de mínima diferencia clínicamente importante (MCID o delta) que se fija a priori. Se considera que éste es el límite a partir del cual una diferencia tendrá importancia desde el punto de vista práctico o clínico.

El objetivo es demostrar que la diferencia entre la nueva terapia y la convencional estará completamente dentro de ese margen. Se calculará un intervalo de confianza al 95% para la diferencia entre ambos grupos, y se demostrará la igualdad siempre y cuando ese intervalo de confianza de la diferencia entre tratamientos esté totalmente incluido dentro del margen delta, que suele ser muy pequeño. Debido a este planteamiento, los ensayos de equivalencia requieren mayor tamaño muestral, pues a mayor tamaño muestral más estrecho será el intervalo de confianza. Los ensayos de equivalencia intentan probar que una nueva terapia obtiene un resultado similar al tratamiento estándar, esto es, que el efecto del nuevo tratamiento está entre -delta y +delta. Los ensayos de no-inferioridad intentan probar que la nueva terapia es igual, o si fuese peor que el tratamiento habitual, la diferencia entre ambos sería muy pequeña e inferior a delta.

Tal y como se ha comentado, la equivalencia terapéutica se define a partir de los estudios de no-inferioridad. En estos estudios es importante tener en cuenta dos aspectos **(Figura 9):**

- **Valor delta.** Es la máxima diferencia clínica que se acepta para definir dos tratamientos como equivalentes, que es distinta para cada tipo de fármaco analizado.
- **Análisis de las variables.** El análisis que suele realizarse es "por protocolo". Este análisis permite aumentar las diferencias entre los tratamientos, lo que dificulta poder concluir que dos tratamientos son equivalentes, manteniendo la posición más cauta en la interpretación de los resultados **(MIR 08-09, 210).**

Figura 9



Interpretación de los resultados del estudio de no-inferioridad

Estudios de bioequivalencia

Son EC en los que su objetivo es la demostración de la similitud en biodisponibilidad de dos formulaciones de un mismo principio activo a partir de la comparación de sus características farmacocinéticas. En la mayoría de los casos, el diseño de los estudios de bioequivalencia es el de un EC cruzado y con asignación aleatoria de dos secuencias de tratamiento.

Con el fin de reducir la variabilidad de la muestra, se suelen elegir para participar en el estudio voluntarios sanos (no persiguen, por tanto, comparar la eficacia de dos formas de tratamiento **(MIR 16-17, 36).**

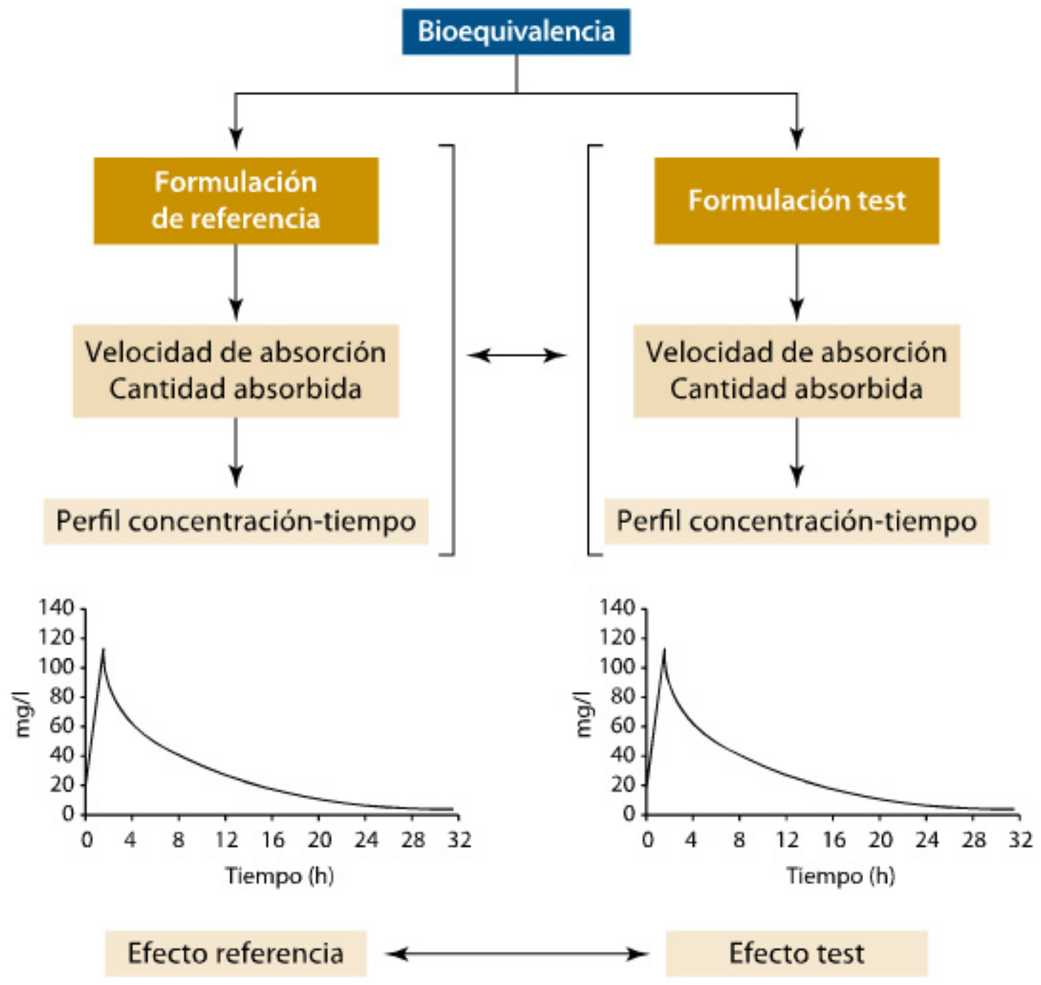
La demostración de bioequivalencia se obtiene mediante la comparación de los perfiles farmacocinéticos de los fármacos estudiados. Para ello, después de la administración de cada formulación, es necesario saber qué cantidad de fármaco existe en el organismo y cómo va variando a lo largo del tiempo. El procedimiento más habitual consiste en la obtención de sucesivas muestras de sangre. Es mucho menos frecuente que sea necesaria la determinación del fármaco en orina o en otras muestras biológicas.

Como medida de la cantidad de fármaco absorbido se utiliza el área bajo la curva concentración-tiempo (AUC, del inglés *area under curve*), y como indicador de la velocidad de absorción se mide la concentración máxima (Cmax) alcanzada en la curva concentración-tiempo y el tiempo que tarda en alcanzarse (Tmax). Se entiende por bioequivalencia entre dos productos cuando presentan una biodisponibilidad comparable en condiciones experimentales apropiadas.

De acuerdo con las normas de consenso (EMEA, FDA), se considera que dos formulaciones son bioequivalentes cuando la diferencia en la velocidad y la magnitud de la absorción entre ellas es inferior al 20% (diferencias medias entre formulaciones comprendidas entre 0,8-1,2), en términos del intervalo de confianza (IC 90%) para la proporción entre las medias de las dos formulaciones comparadas (AUC test/AUC referencia y Cmax test/Cmax referencia) **(Figura 10 y Figura 11) (MIR 15-16, 38; MIR 11-12, 200).**

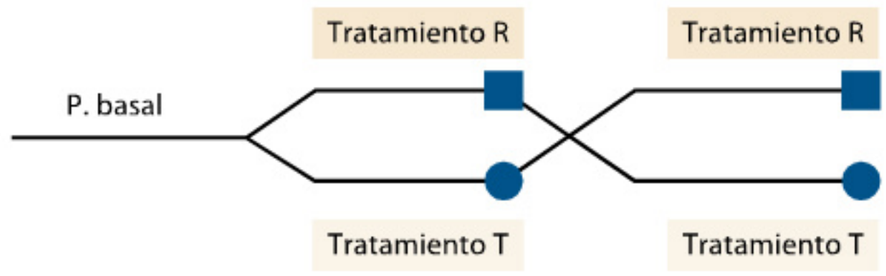
www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

Figura 10



Principios para un estudio de bioequivalencia

Figura 11



- Los pacientes son sus controles
- Cada sujeto recibe todos los tratamientos
- Se aleatoriza el orden en que se reciben los tratamientos (secuencia)

Diseño de un ensayo de bioequivalencia

Ensayo clínico de tamaño único (n: 1)

Se basa en modificar el tratamiento de una enfermedad de un paciente a lo largo de una serie determinada de periodos de tiempo. El fin del estudio es confirmar la eficacia o no del tratamiento en un único paciente.

Como en este caso hay un único paciente, no es posible compararlo con otros, por lo que aquí se comparan periodos de tratamiento para el mismo paciente. Por ejemplo, el paciente L.G. recibe durante un tiempo el tratamiento A y luego el B. Es decir, en un ensayo n: 1, la unidad experimental es el periodo de tratamiento y no el paciente. Se compara la eficacia del tratamiento A frente al B en el señor L.G. Por supuesto, la secuencia de tratamientos puede hacerse al azar y con técnicas de enmascaramiento. El ensayo clínico n: 1 es muy útil para:

- Evaluar el tratamiento sintomático en enfermedades en las que no se haya encontrado una intervención eficaz en ensayos convencionales como, por ejemplo, en enfermedades raras.
- En aquellas situaciones en las que exista una gran variabilidad interindividual en la respuesta al tratamiento, como en el caso del tratamiento con dicumarínicos.
- Tratamiento sintomático de enfermedades con importante componente subjetivo como, por ejemplo, migrañas, dolores articulares en la artrosis, fibromialgia...

Es necesario que la condición estudiada sea crónica, con síntomas repetidos pero reversibles y con respuesta al tratamiento evaluable por el paciente (cefalea tensional). Se evalúa, por tanto, un tratamiento sintomático y no curativo.

Por las características del estudio es evidente que las conclusiones obtenidas no son generalizables a todos los pacientes con la misma enfermedad o síntoma **(MIR 09-10, 193).**

8.4. Recomendaciones para la publicación de ensayos clínicos (recomendaciones CONSORT)

Los estudios aleatorizados representan el patrón de referencia para conocer la eficacia de un determinado tratamiento. Sin embargo, la calidad de los estudios puede no ser óptima. La declaración CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials* [Normas consolidadas para las publicaciones de EC]) persigue mejorar la metodología de los ensayos clínicos, ya que permite presentar de forma sistematizada y con total transparencia los resultados para mejorar su validez **(MIR 10-11, 186).**

Se basa en el seguimiento de una lista de variables en función de la evidencia **(Tabla 11)** y un diagrama de flujo **(Figura 12)** durante el proceso de escritura, revisión y análisis de los EC. Los puntos de la lista de comprobación conciernen al contenido del título, resumen, introducción, métodos, resultados y comentarios (discusión).

Se ha demostrado que la implementación de los criterios CONSORT mejora la calidad de la información publicada en los estudios aleatorios.

Figura 12

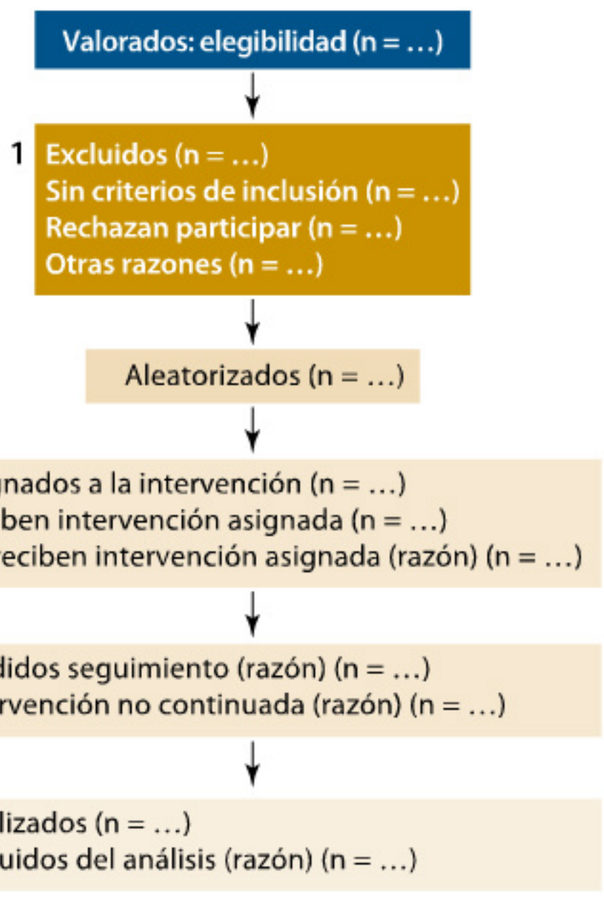


Diagrama de flujo de los sujetos participantes en las diferentes fases de un estudio aleatorizado: **(1)** periodo de inclusión, **(2)** asignación a la intervención, **(3)** seguimiento, **(4)** análisis

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Tabla 11

Variable (número)			Descripción
Título y resumen (1)			Cómo se asignaron a los pacientes a la intervención ("asignación aleatorizada", "aleatorizados" o "asignados aleatoriamente")
Introducción	Antecedentes (2)		Antecedentes científicos y explicación de la hipótesis
Métodos	Participantes (3)		Criterios de elegibilidad de los participantes, así como situación y lugar donde se obtuvieron los datos
	Intervenciones (4)		Detalles precisos de las intervenciones planeadas en cada grupo, y cómo y cuándo se realizaron finalmente
	Objetivos (5)		Objetivos e hipótesis específicos
	Resultados (6)		Definición clara de los objetivos de valoración de resultados primarios y secundarios y, en su caso, de los métodos utilizados para mejorar la calidad de las mediciones (p. ej., observaciones múltiples, entrenamiento de los valoradores)
	Tamaño de muestra (7)		Cómo se determinó el tamaño muestral y, en su caso, explicación de cualquier análisis interno y de las reglas para la finalización del estudio
	Aleatorización	Generación de la consecuencia (8)	Método utilizado para generar la secuencia de asignación aleatoria, incluyendo los detalles de cualquier restricción (p. ej., bloques, estratificación)
		Ocultación de la asignación (9)	Método utilizado para implementar la secuencia de asignación aleatoria (sistemas cerrados numerados, central telefónica) especificando si la secuencia permaneció oculta hasta el momento de la asignación a la intervención
		Implementación (10)	Quién generó la secuencia de asignación, quién incluyó a los participantes y quién asignó a los participantes a sus grupos respectivos
	Cegamiento (enmascaramiento) (11)		Especificar si los participantes, las personas que realizaron o asignaron la intervención y las que valoraron los resultados conocían a qué grupo estaban asignados los pacientes. En caso contrario, cómo se valoró el éxito del enmascaramiento
	Métodos estadísticos (12)		Métodos estadísticos utilizados para comparar la variable de valoración de resultado primaria entre los grupos. Métodos empleados en los análisis adicionales, como los análisis de subgrupos y ajustes
Resultados	Flujo de participantes (13)		Flujo de participantes en cada fase del estudio (se recomienda encarecidamente usar un diagrama). De forma específica se debe detallar en cada grupo el número de pacientes asignados a cada tratamiento, los que recibieron el tratamiento previsto, los que completaron el protocolo de estudio y los que fueron analizados para la variable principal de resultado. Describir las desviaciones del protocolo inicial y sus razones
	Selección (14)		Fechas que definan los periodos de selección y seguimiento
	Datos basales (15)		Características demográficas y clínicas basales de cada grupo
	Números analizados (16)		Número de participantes (denominador) de cada grupo incluido en cada análisis, especificando si el análisis se realizó por "intención de tratar". Si es posible, indicar los resultados con números absolutos (p. ej., 10/20, no 50%)
	Resultados y estimaciones (17)		Para cada variable de valoración de resultado primaria y secundaria, indicar resumidamente los resultados en cada grupo y la estimación de la importancia del efecto y de su precisión (p. ej., IC del 95%)
	Análisis secundarios (18)		Valorar la presencia de multiplicidad presentando cualquier otro análisis realizado, incluyendo análisis de subgrupos y ajustes, indicando los que fueron preespecificados y los de carácter exploratorio
	Acontecimientos adversos (19)		Indicar todos los acontecimientos adversos importantes o los efectos secundarios en cada grupo de intervención
Discusión	Interpretación (20)		Interpretación de resultados en la que se tenga en cuenta la hipótesis del estudio, las posibles fuentes de sesgos o imprecisiones y los peligros asociados con la multiplicidad de análisis y de resultados
	Generabilidad (21)		Generabilidad (validez externa) de los resultados del estudio
	Evidencia global (22)		Interpretación general de los resultados en el contexto de la evidencia actualmente disponible

Lista de variables CONSORT

PREGUNTAS MIR

- ✓ MIR 16-17, 36, 116, 117, 119
- ✓ MIR 15-16, 29, 38, 190,
- ✓ MIR 14-15, 178, 179, 180, 190, 193, 196
- ✓ MIR 13-14, 203, 204
- ✓ MIR 12-13, 180, 187, 188, 189, 190, 191
- ✓ MIR 11-12, 185, 186, 187-BL, 188, 189, 190, 200
- ✓ MIR 10-11, 182, 186, 193, 197
- ✓ MIR 09-10, 184, 187, 188, 189, 191-BL, 192, 193
- ✓ MIR 08-09, 195, 200, 201, 210, 212, 218, 220
- ✓ MIR 07-08, 204, 205, 206, 207, 208, 212, 216

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06

Ideasclave

- ✓ El objetivo de la fase I del EC es determinar las propiedades farmacodinámicas del fármaco, así como la dosis tóxica del mismo.
- ✓ En una fase II se establece la dosis eficaz del fármaco.
- ✓ La fase III se caracteriza porque se compara la eficacia de otro fármaco con la del que se está investigando. Tras esta fase, el fármaco se introduce en el mercado.
- ✓ La fase IV es la de farmacovigilancia. En este caso, se registra la aparición de efectos secundarios infrecuentes. La notificación en la práctica clínica de posibles eventos adversos se realiza mediante la tarjeta amarilla.
- ✓ La secuencia correcta en un EC es:
  1. Los pacientes cumplen los criterios de inclusión y exclusión.
  2. Firman el consentimiento informado (sabiendo que posiblemente reciban placebo, si uno de los tratamientos lo es).
  3. Sean asignados a uno u otro grupo de intervención (preferiblemente mediante aleatorización).
- ✓ Un aspecto importante es manejar las pérdidas que se producen en un EC. Lo mejor es tenerlas previstas a priori. Si aun así se produjeran, sería conveniente realizar un nuevo estudio con el tamaño apropiado. Sin embargo, no todas las pérdidas afectan de igual manera al EC. Si las pérdidas se producen antes de la asignación del factor de estudio, no necesariamente se ve afectada la validez del mismo, al contrario que si se producen después de tal asignación.
- ✓ Los EC se dividen en:
  - Pragmáticos (muestra heterogénea) y explicativos (muestra homogénea).
  - Cruzados (cada grupo de sujetos toma los dos fármacos con un tiempo de lavado) y paralelo (cada grupo de tratamiento toma un único fármaco).
  - Por intención de tratar (todos los sujetos incluidos en el estudio son analizados) y por protocolo (sólo se analizan los que finalizan el estudio).
  - De tamaño predeterminado (se conoce a *priori* el tamaño de la muestra) o secuenciales (los pacientes van incorporándose al estudio progresivamente).
  - De superioridad (interesa demostrar que un fármaco es mejor que otro) y de no-inferioridad (se supone una eficacia similar, la ventaja del nuevo fármaco es ser más barato, tener una administración más fácil...).
  - Enmascarados (se han realizado técnicas de ciego para evitar sesgos) o abiertos (no enmascarados).

Casosclínicos

Un equipo de investigadores realizó un estudio prospectivo para evaluar la eficacia de dos alternativas terapéuticas (técnica A frente a técnica B) en el tratamiento de las fracturas subcapitales de cadera. Los pacientes fueron asignados a uno u otro grupo de tratamiento de manera aleatoria. ¿De qué estudio se trata?

1) Cohortes.
2) Casos y controles.
3) Transversal.
4) Ensayo clínico.

RC: 4

En un ensayo clínico se evalúa la no inferioridad de clopidogrel (experimental) frente a AAS (control). El límite clínicamente relevante es -5% en la incidencia de ictus isquémico en pacientes con estenosis carotídea severa. Los resultados mostraron una diferencia absoluta de eficacia de +1%; IC 95% (-8% a +12%). Señale la respuesta correcta:

1) Clopidogrel es superior a AAS.
2) AAS es no inferior a clopidogrel.
3) El estudio no es concluyente.
4) Clopidogrel es no inferior a AAS.

RC: 3

www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06

ET/EPI

Metanálisis 09

ORIENTACIÓN MIR

Tema muy preguntado en los últimos años. Hay que conocer el concepto y diseño de un metanálisis, sus fases, y cómo y por qué se valoran la heterogenicidad de los estudios y la existencia de un posible sesgo de publicación.

9.1. Introducción

El objetivo de una revisión sistemática es presentar un resumen imparcial y exhaustivo de las investigaciones (publicaciones) existentes, permitiendo la toma de decisiones acerca de una determinada intervención o tratamiento, basada en todos los estudios relevantes y de adecuada calidad existentes acerca del tema.

Algunas revisiones sistemáticas asocian además un análisis estadístico nuevo, combinando los diferentes estudios incluidos en la revisión: esto es un metanálisis **(MIR 13-14, 206; MIR 10-11, 172; MIR 08-09, 197; MIR 07-08, 214).**

9.2. Etapas del metanálisis

En la **Figura 13** se exponen las diferentes etapas que conforman un metanálisis.

Figura 13

Seguimiento general de las etapas del metanálisis

Análisis de la heterogeneidad

Un metanálisis consiste en un análisis estadístico que combina o integra los resultados de varios ensayos clínicos independientes entre sí pero que el analista considera "combinables". Una de las mayores dificultades y limitaciones consiste en decidir qué es o no combinable. Claramente resultarían combinables sólo aquellos estudios en los que la hipótesis de investigación coincide por completo. Pero, desafortunadamente, los estudios difieren en los tipos de pacientes estudiados, gravedad de la enfermedad, etc. Es por ello que todo metanálisis debe analizar la cantidad de heterogeneidad existente entre los estudios incluidos, esto es, debe contar con un análisis de heterogeneidad **(MIR 14-15, 199).**Existen varios métodos estadísticos y gráficos para evaluar el grado de heterogeneidad.

Métodos estadísticos

- **Prueba Q de Cochrane.** Es un estadístico basado en un test de chi-cuadrado que evalúa directamente la heterogeneidad entre los estudios incluidos. Una de sus limitaciones es su baja potencia, lo que hace, por un lado, que se utilice poco, y por otro, que se tienda a compensar considerándolo estadísticamente significativo a partir de valores de *p* por debajo de 0,10. Se podría resumir su interpretación de esta manera:
  - Si el valor de *p* correspondiente a la Q de Cochrane es estadísticamente significativo, existe alta probabilidad de heterogeneidad.
  - Si no es estadísticamente significativo, la interpretación se realiza haciendo un cociente entre el valor de la Q y sus grados de libertad. Si este cociente es menor de 1, la heterogeneidad es poco probable, si es mayor de 1, la heterogeneidad es posible.
- **Estadístico I^2.** Mucho más utilizado que el anterior. Expresa el porcentaje de heterogeneidad existente en el metanálisis, con valores entre el 0% (no hay heterogeneidad, luego los estudios son homogéneos) y el 100% (el metanálisis es completamente heterogéneo). En general, se considera que valores por debajo del 25% indican baja heterogeneidad, y por encima del 75%, elevada.

www.Booksmedicos06.com

Métodos gráficos

El análisis visual del *forest plot* permite valorar rápidamente la presencia de heterogeneidad: si los intervalos de confianza de la medida de asociación empleada en los diferentes estudios se solapan entre sí, se puede considerar que el metanálisis incluye estudios homogéneos.

Combinación de los efectos

A la vista de los resultados del análisis de heterogeneidad, la presencia o ausencia de ésta determina el subsiguiente método de análisis:

- Si no existe heterogeneidad o ésta es muy baja, el análisis debe utilizar un modelo conocido como **modelo de efectos fijos.** Este modelo asume que existe un único efecto en la población, un efecto fijo poblacional que estará presente en todos los estudios, de manera que si existen resultados dispares entre ellos, será simplemente por el papel del azar. Así, el tamaño del estudio y su propia varianza (variabilidad intra-estudio) son los únicos determinantes del peso de cada estudio individual dentro del metanálisis.
- Si existe heterogeneidad, deberá emplearse el **modelo de efectos aleatorios.** Este modelo tiene en cuenta que los efectos de la exposición/intervención en la población son diversos y que los estudios incluidos en la revisión son sólo una muestra aleatoria de todos los posibles efectos. Así, la ponderación de los estudios bajo este tipo de modelos considera no sólo su propia varianza (variabilidad intra-estudio), sino también la que pueda existir entre los estudios (variabilidad entre-estudios). Este modelo tiene dos limitaciones fundamentales: la primera, tiende a aumentar la varianza del resultado del metanálisis, haciendo que la posibilidad de encontrar un resultado significativo disminuya (disminuye la potencia) y generando intervalos de confianza más amplios; la segunda, concede un peso excesivo a los estudios con pequeño tamaño muestral **(MIR 12-13, 194).** Siempre que se detecte la presencia de heterogeneidad, debe investigarse su causa. Para ello se emplea una técnica denominada metarregresión. Esta técnica permite, por ejemplo, explorar si las características de los pacientes incluidos en los distintos estudios, o el diseño de los mismos, ha podido generar heterogeneidad.

Representación gráfica de los resultados (*forest plot* o diagrama de bosque)

La representación gráfica de los resultados de un metanálisis contribuye a una fácil y rápida interpretación. Para ello, se construye una gráfica en la que en el eje de abscisas (eje X) se representa la medida de efecto considerada (*odds ratio,* riesgo relativo…) y a lo largo del eje de coordenadas (eje Y) se sitúan los diferentes estudios, generalmente ordenados por el año de publicación o cualquier otro criterio de ordenación. Para cada estudio y para la estimación global del efecto (resultado del metanálisis), se representa su estimación puntual y también el intervalo de confianza (IC) que le corresponde (asumiendo un modelo de efectos fijos y/o efectos aleatorios) **(MIR 15-16, 28).**

Identificación del sesgo de publicación

Si es importante detectar si existe o no heterogeneidad, también lo es determinar si el metanálisis ha tenido en cuenta todos los estudios importantes relativos a la hipótesis que se quiere analizar, y esto incluye tanto los estudios publicados como los no publicados. En general, se sabe que existe una tendencia a no publicar los estudios con resultados negativos (sesgo de publicación). Se han propuesto varios métodos para la exploración de la posibilidad y la cuantía del sesgo de publicación:

- El más simple consiste en realizar un **análisis de sensibilidad** y calcular entonces el número de estudios negativos realizados y no publicados que debería haber para modificar el sentido de una eventual conclusión "positiva", obtenida con un metanálisis. Si este número es muy elevado, se considera que la probabilidad de que el sesgo de publicación haya modificado sustancialmente los resultados es baja, y se acepta la existencia de las diferencias sugeridas por el metanálisis.

- También se puede examinar la posibilidad de sesgo de publicación con el método conocido como **gráfico en embudo *(funnel plot)*** **(Figura 14).** El *funnel plot* representa los resultados de los diferentes estudios incluidos en el metanálisis en un gráfico frente a su tamaño muestral. Se parte del supuesto de que los estudios que tendrían mayor probabilidad de no ser publicados serían los que no muestran diferencias (estudios "negativos"), sobre todo si eran de pequeño tamaño. Inversamente, si hubiera sesgo de publicación, entre los estudios pequeños (en los que hay mayor probabilidad de que se alteren los resultados por azar), se tendería a publicar los que mostraran diferencias. Desde un punto de vista visual, si el gráfico es simétrico y muestra la forma de un embudo invertido, se puede asumir que no existe sesgo de publicación. Si el gráfico es asimétrico, el metanálisis puede haber obviado los resultados de algunos estudios no publicados y existir sesgo de publicación **(MIR 16-17, 18).**

Figura 14

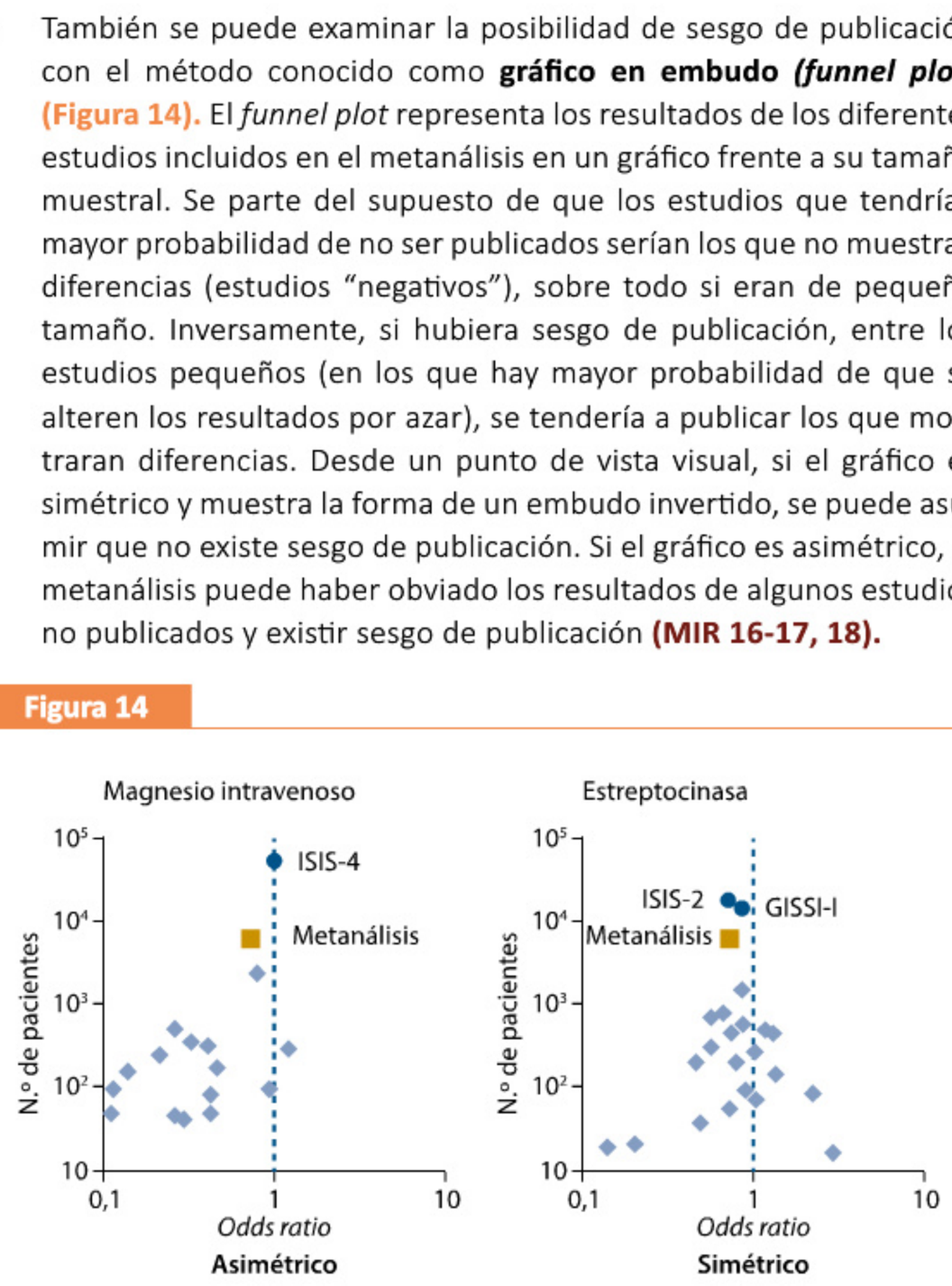


Gráfico en embudo o *funnel plot:* simétrico frente a asimétrico

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

facebook : Booksmedicos06

PREGUNTAS MIR

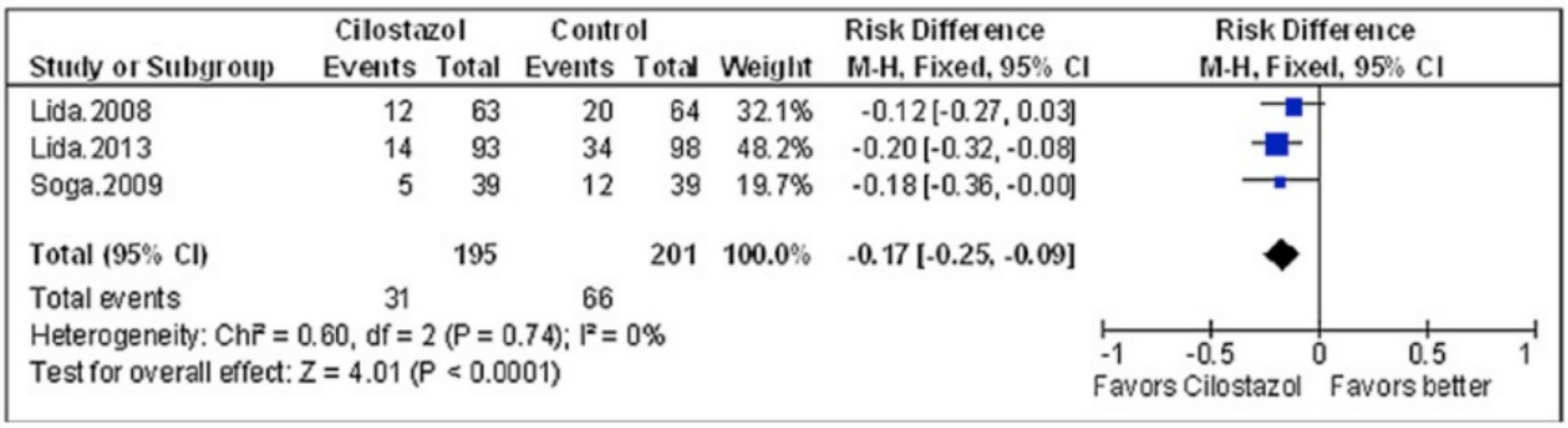
- ✓ MIR 16-17, 18
- ✓ MIR 15-16, 28
- ✓ MIR 14-15,199
- ✓ MIR 13-14, 206
- ✓ MIR 12-13, 194
- ✓ MIR 10-11, 172
- ✓ MIR 08-09, 197
- ✓ MIR 07-08, 214

Ideasclave

- ✓ El metanálisis es una técnica estadística que combina los resultados de estudios independientes, en general, ensayos clínicos aleatorizados.
- ✓ Los metanálisis se utilizan, en general, para evaluar la efectividad de determinadas intervenciones-tratamientos, generando estimaciones más precisas que los estudios incluidos de forma individual y contando con mayor potencia estadística que ellos.
- ✓ La validez de un metanálisis depende, entre otros, de la calidad de la revisión sistemática que lo acompaña.
- ✓ Un buen metanálisis pretende incluir todos los resultados de los estudios relevantes sobre un tema, buscar la presencia de heterogeneidad en ellos y explorar la robustez de los hallazgos principales mediante un análisis de sensibilidad.

Casosclínicos

A continuación se muestran los resultados de un metanálisis.

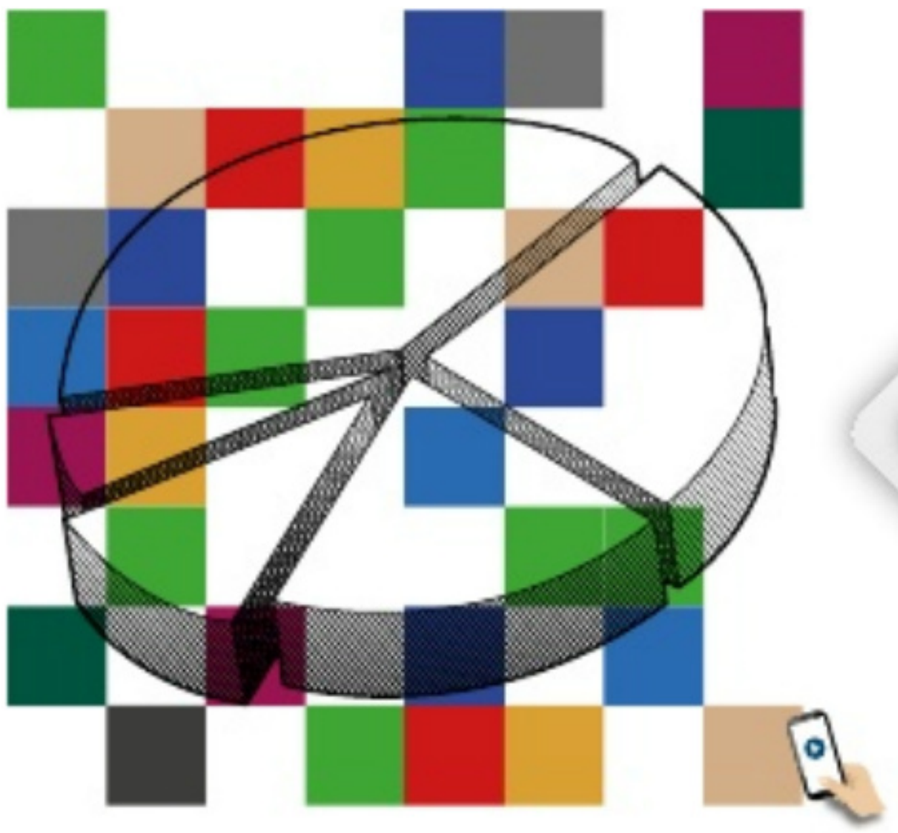


A la vista de ellos, se puede concluir lo siguiente:

1) Presumiblemente se ha utilizado un modelo de efectos aleatorios, al contar con estudios muy heterogéneos.
2) El resultado del metanálisis no es estadísticamente significativo.
3) El estadístico I indica que existe un 0% de heterogeneidad.
4) Los estudios incluidos no pueden combinarse entre sí.

RC: 3

www.Booksmedicos06.com



Niveles de calidad de la evidencia científica

10

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Es un tema importante y sencillo. Hay que conocer los diferentes conceptos, así como resolver tablas que los incluyan.

10.1. Factores determinantes de la calidad de la evidencia científica

Los aspectos del diseño de un estudio epidemiológico que están asociados a una mayor calidad y rigor científico son los siguientes:

- El sentido prospectivo del estudio (secuencia temporal).
- La asignación aleatoria a los grupos experimental y control.
- La existencia de un grupo control concurrente.
- El enmascaramiento de pacientes e investigadores participantes.
- La inclusión en el estudio de un número suficiente de pacientes como para detectar, en caso de haberlas, diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos del estudio.

10.2. Escalas de gradación de la evidencia científica

Todas las escalas de gradación son muy similares entre sí y presentan al metanálisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados como el estudio más riguroso y que aporta mayor evidencia causal **(MIR 08-09, 201).** La medicina basada en la evidencia persigue la integración de la maestría clínica individual con las mejores evidencias científicas disponibles **(Tabla 12 y Tabla 13) (MIR 16-17, 234; MIR 09-10, 131).**

Tabla 12

Fuerza de la recomendación		
A	Existe adecuada evidencia científica para adoptar una práctica	I, II-1
B	Existe cierta evidencia para recomendar la práctica	II-1, II-2
C	Hay insuficiente evidencia para recomendar o no recomendar la práctica	III
D	Existe cierta evidencia para no recomendar la práctica	II-1, II-2
E	Existe adecuada evidencia científica para no adoptar la práctica	I, II-1

Fuerza de recomendación clínica basada en los niveles de evidencia

La calidad de la evidencia científica se clasifica en tres grados de recomendación para la adopción de una medida sanitaria:

- **Buena (grado A).** Existe adecuada evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción del procedimiento médico.
- **Regular (grado B).** Hay cierta evidencia científica (no concluyente) para recomendar o desaconsejar la adopción del procedimiento médico.
- **Mala (grado C).** Existe insuficiente evidencia científica para recomendar o desaconsejar la adopción del procedimiento médico.

Tabla 13

Niveles de evidencia	
Grado I	Evidencia obtenida a partir de al menos un ensayo clínico aleatorizado y controlado bien diseñado
Grado II -1	Evidencia obtenida a partir de ensayos clínicos no aleatorizados y bien diseñados
Grado II -2	Evidencia obtenida a partir de estudios de cohortes (2a: prospectivo y 2b: retrospectivo)
Grado II -3	Evidencia obtenida a partir de múltiples series comparadas en el tiempo, con o sin grupo control. Incluye resultados "dramáticos" producidos por experimentos no controlados (p. ej., penicilina en los años cuarenta)
Grado III	Opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de ética

Gradación de la evidencia científica

Apuntes del profesor

Tipos de estudios y evidencia asociada

PREGUNTAS MIR

- ✓ MIR 16-17, 234
- ✓ MIR 09-10, 131
- ✓ MIR 08-09, 201

Ideasclave

- ✓ La mayor evidencia científica se obtiene de los diseños experimentales.
- ✓ Se considera que un metanálisis de ensayos clínicos no sesgado es el estudio que aporta un mayor nivel de evidencia.
- ✓ En cuanto a calidad del estudio, el orden es (de mejor a peor): experimental, observacional prospectivo, observacional retrospectivo, descriptivo.

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Casosclínicos

Indique cuál de los siguientes diseños epidemiológicos se asocia con una peor calidad en la relación causa-efecto entre una exposición y un evento:

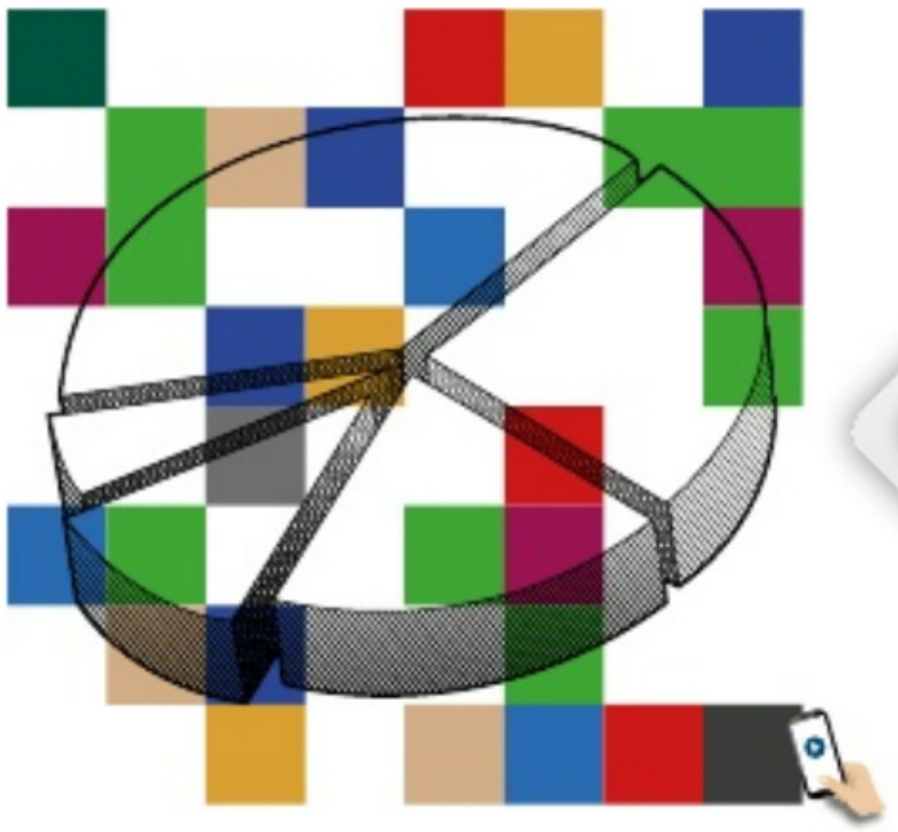
1) Ensayo clínico.
2) Estudio de casos y controles anidado.
3) Ensayo de campo.
4) Estudio de tendencias temporales.

RC: 4

facebook : Booksmedicos06

www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06



Estadística. Generalidades

11

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

En este tema sólo es necesario saber dos cuestiones: los tipos de muestreo y los tipos de variables.

Se define la **estadística** como el método de razonamiento que permite interpretar un conjunto de datos cuyo carácter esencial es la variabilidad.

11.1. Tipos de estadística

Existen dos tipos de estadística:

- **Estadística descriptiva.** Organización, presentación y síntesis de los datos de una manera científica y lógica.
- **Estadística inferencial.** Bases lógicas mediante las cuales se establecen conclusiones relacionadas con poblaciones, a partir de los resultados obtenidos en muestras; trabaja con los datos que le proporciona la estadística descriptiva y es la parte de la estadística esencial para la medicina clínica. Se fundamenta en dos pilares básicos, que son el contraste de hipótesis y la estimación de intervalos de confianza.

11.2. Población y muestra

La **población** es el conjunto de todos los individuos, generalmente inaccesible, que tienen en común alguna característica observable y del que se pretende obtener una serie de conclusiones.

Se denomina **muestra** al conjunto menor de individuos, accesible y limitado, sobre el que se realiza el estudio con idea de obtener conclusiones generalizables a la población.

El proceso de selección de los individuos se puede realizar mediante distintas técnicas de muestreo que se detallan a continuación. Es fundamental conocer que el tipo de muestreo más importante es el probabilístico, en el que todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser incluidos en la muestra.

- **Muestreos probabilísticos.** En ellos se conoce la probabilidad de que un individuo sea elegido para la muestra. Son interesantes para usar estadística matemática con ellos. La elección de la muestra se hace aleatoriamente. La estadística inferencial exige este tipo de muestreo.
- **Muestreos no probabilísticos.** En ellos no se conoce la probabilidad. Son muestreos que muy posiblemente esconden sesgos. En principio, no se pueden extrapolar los resultados a la población **(MIR 08-09, 199).**

Los muestreos con la menor posibilidad de sesgo (probabilísticos) son los siguientes: aleatorio simple, aleatorio estratificado, sistemático, y por grupos o conglomerados.

- **Muestreo aleatorio simple.** Es aquél en el que cada individuo tiene las mismas posibilidades de ser elegido para formar parte de la muestra.
- **Muestreo aleatorio estratificado.** En este tipo de muestreo la población se divide en estratos. La muestra se obtiene seleccionando de cada estrato un número proporcional a la población que representa. Con este tipo de muestreo se asegura que la muestra tenga la misma proporción de una(s) variable(s) que la población de la que procede y que podría tratarse de una variable-pronóstico diferente en los grupos de estudio **(MIR 16-17, 130).**
- **Muestreo sistemático.** El proceso de selección empleado se basa en alguna regla sistemática simple como, por ejemplo, elegir uno de cada *n* individuos.
- **Muestreo por conglomerados.** En este tipo, la selección se realiza fundamentalmente con el objetivo de reducir costes, utilizando como base del muestreo al grupo de sujetos.

Por último, **individuo** será cada uno de los componentes de la población y de la muestra. Al número de individuos que forman la muestra se le llama **tamaño muestral** (*n*).

11.3. Variables

Una **variable** es una característica observable que se desea estudiar en una muestra de individuos, pudiendo tomar diferentes valores. Los diversos tipos de variables están recogidos en la **Tabla 14** **(MIR 14-15, 184; MIR 08-09, 202).**

www.Booksmedicos06.com

Tabla 14

Variable	Subtipo	Ejemplo
Cualitativa	• Nominal dicotómica • Nominal no dicotómica • Ordinal	• Sexo • Raza • Nivel socioeconómico
Cuantitativa	• Discreta • Continua	• N.º episodios de asma/semana • Uricemia

Tipos de variables

PREGUNTAS MIR

- ✓ MIR 16-17, 130
- ✓ MIR 14-15, 184
- ✓ MIR 08-09, 199, 202

Ideasclave

- ✓ La obtención de una muestra a partir de la población puede hacerse de forma probabilística (mediada por el azar) y no probabilística.
- ✓ Los tipos de muestreo probabilístico son el aleatorio simple, el aleatorio estratificado, el sistemático y por grupos o conglomerados.
- ✓ El estratificado debe realizarse cuando haya en la muestra una hipotética variable pronóstica que pudiera influir en el desarrollo de la enfermedad.
- ✓ Las variables son características observables. Pueden ser cuantitativas o cualitativas, en función de que la variable analizada pueda cuantificarse o expresarse en función de una característica.

Casosclínicos

Si se identifican las áreas sanitarias de una provincia, se eligen tres de ellas al azar, y a partir de cada una de las elegidas se selecciona un número determinado de sujetos, también al azar, se estará realizando un muestreo:

1) Aleatorio simple.
2) Aleatorio estratificado.
3) Sistemático.
4) Por conglomerados.

RC: 4

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06

ET/EPI

Estadística descriptiva

12

ORIENTACIÓN MIR

Lo más importante de este tema es conocer la definición de los parámetros de tendencia central y de los parámetros de dispersión.

Se puede considerar la **estadística descriptiva** como el conjunto de técnicas que facilitan la organización, resumen y comunicación de datos.

12.1. Representación gráfica

La representación gráfica de los datos obtenidos en cualquier estudio facilita un análisis visual. Según la naturaleza de las variables estudiadas, se utilizan diferentes tipos de representación.

Variables cualitativas

Se emplean:

- **Diagrama de barras** (Figura 15).
- **Diagrama sectorial (pastel)** (Figura 16).

En ambos casos, se debe cumplir el principio de proporcionalidad de las áreas a las frecuencias absolutas. En los diagramas de sectores, el ángulo central es proporcional a la frecuencia absoluta correspondiente, por lo que también lo es su área.

Los diagramas de barras tienen una base constante y una altura proporcional a la frecuencia absoluta correspondiente (también su área lo es a la frecuencia absoluta).

Figura 15

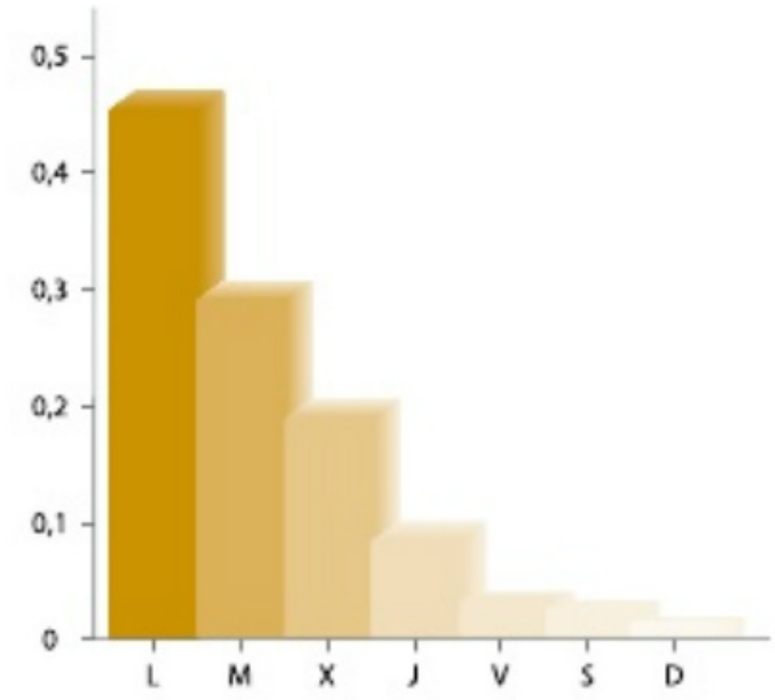


Diagrama de barras

Figura 16

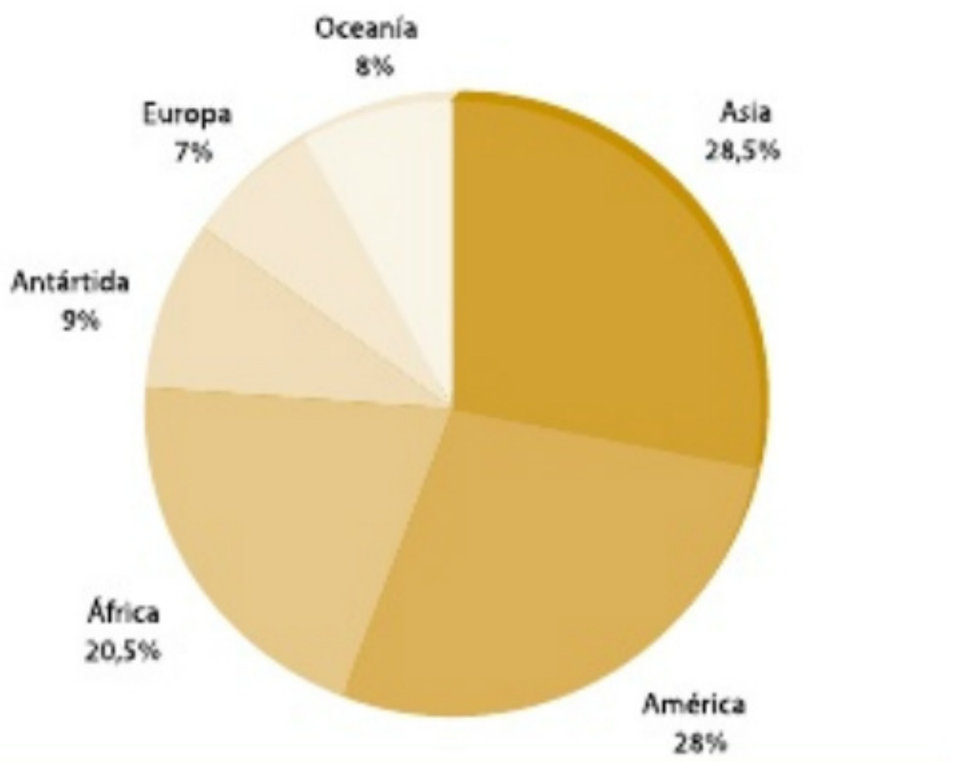


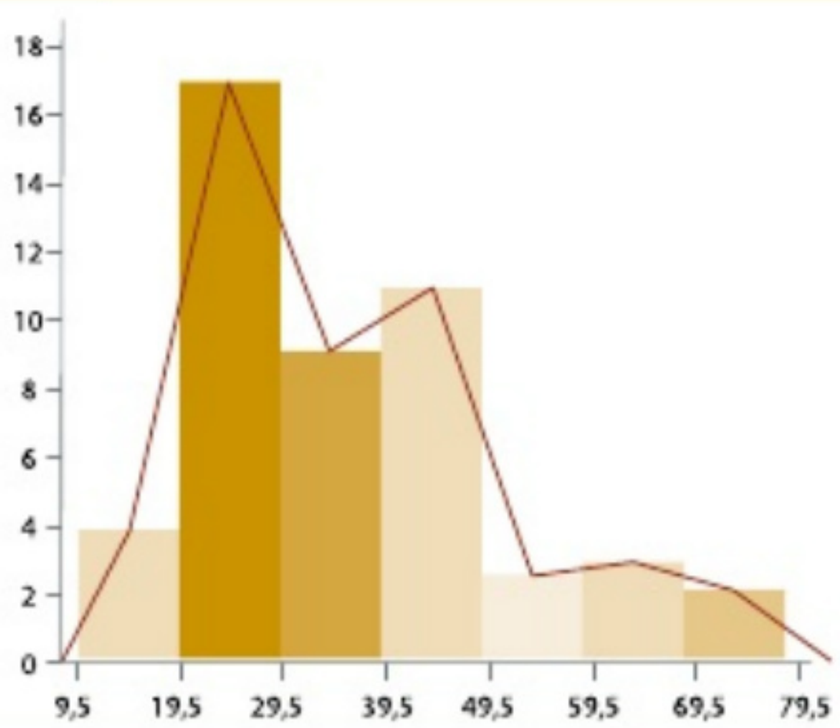
Diagrama sectorial

Variables cuantitativas discretas

- **Diagrama de barras.** En un diagrama, sobre el valor que puede tomar la variable, se levanta una barra cuya altura mide exactamente la frecuencia absoluta del valor. También es posible representar la frecuencia relativa y/o los porcentajes.

Variables cuantitativas continuas (Figura 17)

Figura 17



Histograma y polígono de frecuencias

www.Booksmedicos06.com

- **Histograma.** Es un gráfico que está formado por rectángulos adyacentes que tienen por base cada uno de los intervalos, y por altura las frecuencias absolutas. La superficie de cada rectángulo es proporcional a la frecuencia de cada una de las clases, y el área total lo será al número de individuos en la muestra.
- **Polígono de frecuencias.** Es una línea quebrada que une los puntos medios de las barras superiores de los rectángulos del histograma.

12.2. Síntesis de los datos

Medidas de localización o tendencia central

Las medidas de centralización indican alrededor de qué valores se agrupan los datos observados. Se distinguen las siguientes:

- **Media aritmética.** Es la medida de centralización más común. Se calcula sumando los valores numéricos de todas las observaciones y dividiendo el total por el número de observaciones.

$$\bar{x} = \frac{\Sigma x_i}{n}$$

La media aritmética verifica la propiedad de equilibrar las desviaciones positivas y negativas de los datos respecto a su valor, es decir, $\Sigma (x_i - x) = 0$. Actúa, por tanto, como centro geométrico o centro de "gravedad" para el conjunto de puntos.

- **Mediana.** Es el valor numérico que divide al conjunto de datos ordenados en dos partes iguales, es decir, el 50% de los datos será menor que ella y el resto, mayor. En una distribución simétrica, la mediana coincide con la media aritmética, pero no así en una asimétrica **(MIR 10-11, 194).**
- **Moda.** Es el valor más corriente o el valor de la variable que se presenta con mayor frecuencia. Pueden existir distribuciones con más de una moda.
- **Parámetros de posición.** Cuartiles, deciles, percentiles. Son valores que dividen el conjunto de las observaciones en 4, 10 o 100 partes iguales, respectivamente. Ejemplo:

$$Q2 = D5 = Pc50 = \text{mediana}$$

El 50% de las observaciones será inferior al segundo cuartil, quinto decil o percentil 50.

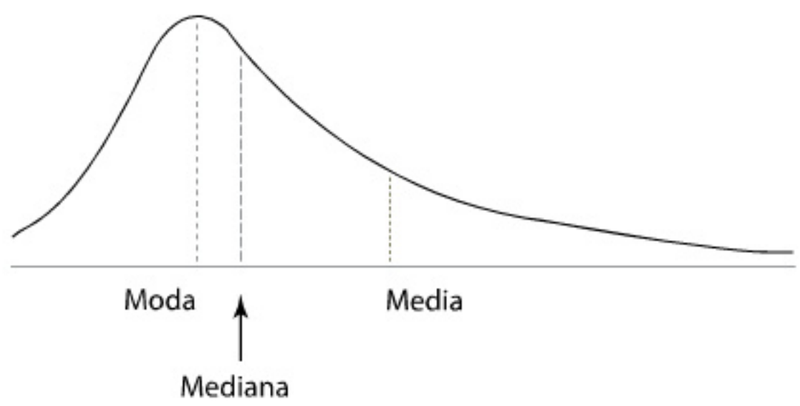
- **Media geométrica.** Muy utilizada en microbiología y serología, cuyos datos tienen una marcada asimetría positiva (hacia la derecha). Por ejemplo, títulos de anticuerpos.

Comparación de medidas de centralización

Aunque desde un punto de vista puramente descriptivo, estas medidas proporcionan información complementaria, sus propiedades son muy distintas: la media utiliza todos los datos y es, por tanto, preferible si los datos son homogéneos; tiene el inconveniente de que es muy sensible a observaciones atípicas, y un error de datos o un valor anormal puede modificarla totalmente. Por el contrario, la mediana emplea menos información que la media, ya que sólo tiene en cuenta el orden de los datos y no su magnitud, pero, en contrapartida, no se ve alterada si una observación (o, en general, una pequeña parte de observaciones) es extrema o contiene errores grandes de medida o de transcripción.

En consecuencia, es siempre recomendable calcular la media y la mediana, puesto que ambas medidas diferirán mucho cuando la distribución sea muy asimétrica **(Figura 18),** lo que sugiere heterogeneidad en los datos.

Figura 18



Distribución asimétrica

Medidas de dispersión o variabilidad

Junto a las medidas de tendencia central **(Tabla 15),** las medidas de dispersión o variabilidad completan la información sobre la distribución de la variable (indican si los valores de la misma están muy dispersos o se concentran alrededor de la medida de centralización) **(MIR 09-10, 178).**

- **Rango o recorrido.** Diferencia entre el valor máximo y el mínimo observado en una serie.

$$R = \text{Máx.} - \text{Mín.}$$

- **Desviación media.** Es la media de las desviaciones respecto a la media aritmética.

$$Dm = \frac{\Sigma (x_i - \bar{x})}{n}$$

- **Varianza.** Se define como la media del cuadrado de las desviaciones de los elementos respecto a la media aritmética.

$$s^2 = \frac{\Sigma (x_i - \bar{x})^2}{n}$$

- **Desviación típica o estándar.** Se define como la raíz cuadrada positiva de la varianza. Es, junto con ésta, la medida de dispersión más utilizada **(MIR 13-14, 192).**

$$s = \sqrt{s^2} = \sqrt{\frac{\Sigma (x_i - \bar{x})^2}{n}}$$

La desviación típica es una medida complementaria de la media aritmética; mientras que ésta da una idea de la magnitud general de la distribución, la desviación estándar muestra cómo se distribuyen los valores alrededor de la media.

- **Rango intercuartílico.** Es la diferencia entre el percentil 75 y el 25. Es, junto con el rango, la medida de dispersión que se utiliza para los datos asimétricos.
- **Coeficiente de variación (CV).** Es una medida de dispersión adimensional. Se define como el porcentaje que representa la desviación estándar sobre la media. Es el método de elección para comparar la variabilidad

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

o dispersión relativa de variables que estén expresadas en las mismas o en diferentes unidades.

$$CV = \frac{s}{\bar{x}} \times 100$$

Tabla 15

	Medida de centralización	Medida de dispersión
Distribución homogénea	Media	Desviación típica o estándar
Distribución asimétrica	Mediana	Rango intercuartílico

Formas de medida

Propiedades de la media y la varianza

- Si a todos los valores de una distribución se les suma una constante, su media queda aumentada en ese valor, mientras que su varianza no se modifica.
- Si a todos los valores de una distribución se les multiplica por una constante, su media y su desviación típica quedan multiplicadas por la constante, mientras que su varianza queda multiplicada por el cuadrado de esa constante.

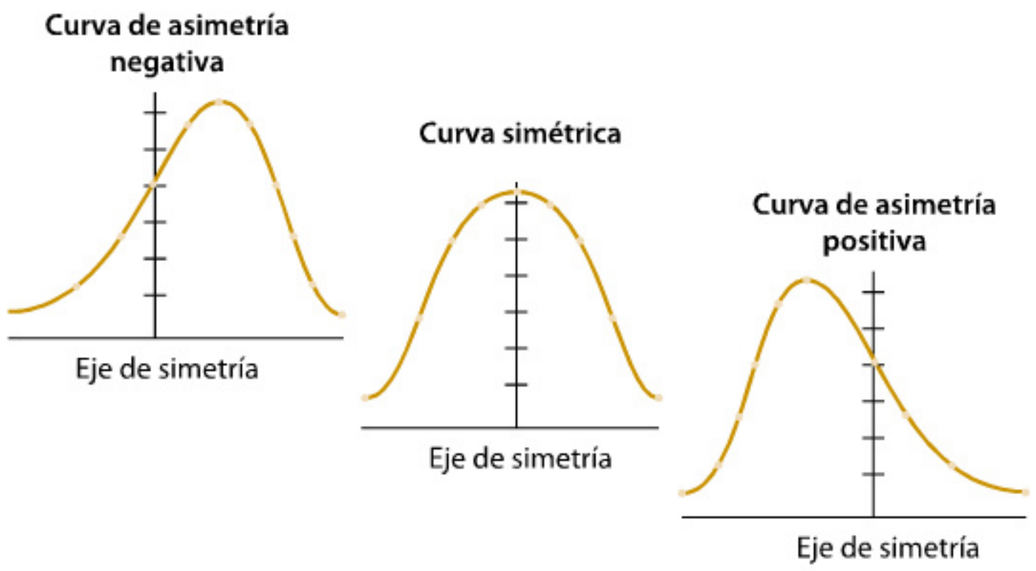
12.3. Asimetría y curtosis

Asimetría

Para calcular la asimetría, una posibilidad es utilizar el llamado coeficiente de Fisher que se representará como g1. Según sea el valor de g1, se dirá que la distribución es asimétrica a derechas o positiva, a izquierdas o negativa, o simétrica, es decir **(Figura 19):**

- Si g1 > 0, la distribución será asimétrica positiva o a derechas (desplazada hacia la derecha).
- Si g1 < 0, la distribución será asimétrica negativa o a izquierdas (desplazada hacia la izquierda).
- Si g1 = 0, la distribución será simétrica.

Figura 19

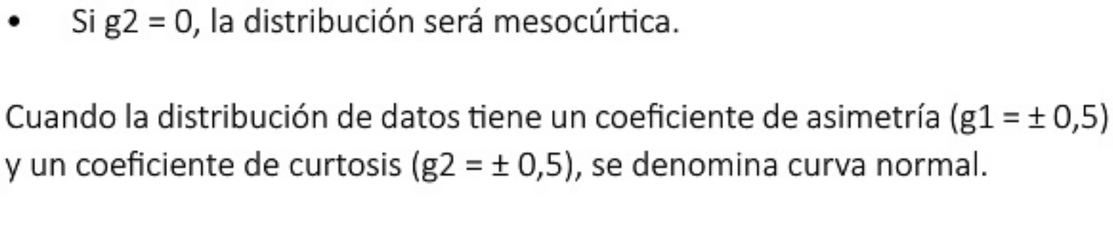


Estados de la asimetría

Curtosis (apuntamiento)

Esta medida determina el grado de concentración que presentan los valores en la región central de la distribución. Por medio del coeficiente de curtosis es posible identificar si existe una gran concentración de valores (leptocúrtica), una concentración normal (mesocúrtica) o una baja concentración (platicúrtica) **(Figura 20) (MIR 12-13, 177).**

Figura 20



Coeficiente de curtosis

El valor g2 representa el coeficiente de curtosis. Si g2 = 0, entonces la distribución es mesocúrtica. Al igual que en la asimetría, es bastante difícil encontrar un coeficiente de curtosis de cero (0), por lo que se suelen aceptar los valores cercanos (± 0,5 aproximadamente).

- Si g2 > 0, la distribución será leptocúrtica.
- Si g2 < 0, la distribución será platicúrtica.
- Si g2 = 0, la distribución será mesocúrtica.

Cuando la distribución de datos tiene un coeficiente de asimetría (g1 = ± 0,5) y un coeficiente de curtosis (g2 = ± 0,5), se denomina curva normal.

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 13-14, 192**
- ✓ **MIR 12-13, 177**
- ✓ **MIR 10-11, 194**
- ✓ **MIR 09-10, 178**

Ideasclave

- ✓ La forma de representación gráfica va a depender del tipo de variable. Para las cualitativas y las cuantitativas discretas, se emplea el diagrama sectorial y el diagrama de barras. Para las cuantitativas continuas, se utiliza el histograma y el polígono de frecuencias.
- ✓ Para definir correctamente una variable en una muestra, se necesitará un parámetro que sirva para aglutinar todos los valores de dicha muestra (parámetro de tendencia central) y otro que sirva para informar de lo agregados o no que están los valores (parámetro de dispersión).
- ✓ El tipo de distribución más frecuente es la normal o de Gauss, que es simétrica. En distribuciones simétricas se usará como parámetro de tendencia central la media, y de dispersión, la desviación típica.
- ✓ En distribuciones asimétricas, se emplea la mediana como parámetro de tendencia central y el rango como parámetro de dispersión.
- ✓ En la distribución de Gauss, media, mediana y moda coinciden en el mismo valor.
- ✓ El coeficiente de variación es el parámetro que se emplea para decir si una distribución es homogénea o dispersa. Además, informa de cuál de entre dos distribuciones tiene una mayor variabilidad (dispersión).
- ✓ La asimetría de una distribución mide la desviación "horizontal" desde la curva normal.
- ✓ La curtosis mide el apuntamiento de una distribución.

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

Casosclínicos

De los siguientes estadísticos de tendencia central y dispersión, indique aquél que puede tomar varios valores diferentes dentro de una misma distribución:

1) Media aritmética.
2) Mediana.
3) Moda.
4) Varianza.

RC: 3

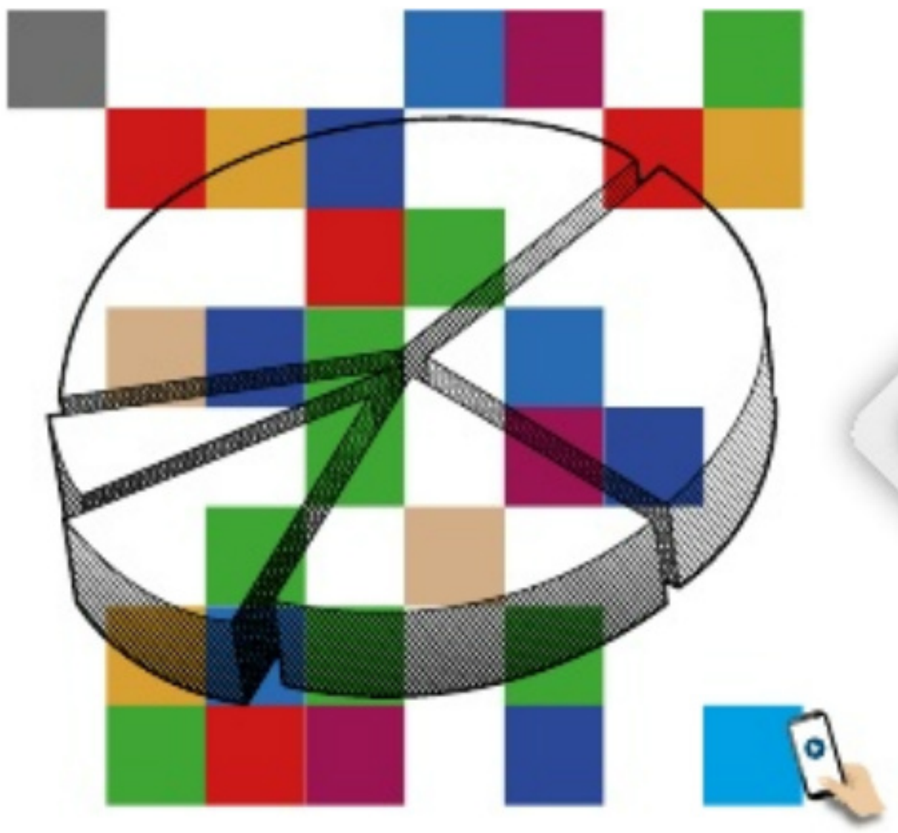
Las medidas de tendencia central informan sobre los valores centrales hacia los que tiende la distribución, mientras que las medidas de dispersión dan una idea de cómo de agrupados o dispersos están los valores de la muestra respecto a los parámetros centrales. Un estudio pretende comparar la dispersión relativa del peso y talla de un grupo de ancianos. ¿Qué medida de dispersión emplearía?

1) Varianza.
2) Desviación típica.
3) Rango.
4) Coeficiente de variación.

RC: 4

facebook : Booksmedicos06

www.Booksmedicos06.com



Principales leyes de distribución de variables aleatorias

13

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Uno de los temas importantes del MIR es saber interpretar intervalos de una muestra a partir de la curva de Gauss o normal. Hay que conocer perfectamente esta distribución.

Una vez que se ha elegido la muestra y recogido los datos, el siguiente paso es inferir las propiedades de la población a partir de la muestra.

El instrumento conceptual que permitirá esta generalización es un modelo de la población, es decir, una representación simbólica de su comportamiento.

Existen tres leyes teóricas que tienen la particularidad de ser seguidas por una inmensa mayoría de los fenómenos biológicos habituales; estas leyes son:

- Distribución binomial (distribuciones discretas).
- Distribución de Poisson o de los sucesos raros (distribuciones discretas).
- Distribución normal o de Gauss (distribuciones continuas).

13.1. Distribución binomial

Es una ley teórica de aplicación siempre que se conozca, de entrada, la probabilidad de aparición de un fenómeno biológico (p). El resultado es dicotómico y puede ser evaluado como "éxito o con fracaso". La variable de interés es el número de éxitos alcanzados en n pruebas.

La distribución binomial constituye siempre un diagrama de barras discontinuo que se aplica a variables discretas.

13.2. Distribución de Poisson

En general, se empleará la distribución de Poisson como aproximación de experimentos binomiales donde el número de pruebas es muy alto, pero la probabilidad de éxito muy baja. Es, por consiguiente, la ley adecuada para los "sucesos raros", cuando $p < 0{,}1$ y $n \times p < 5$.

13.3. Distribución normal o de Gauss

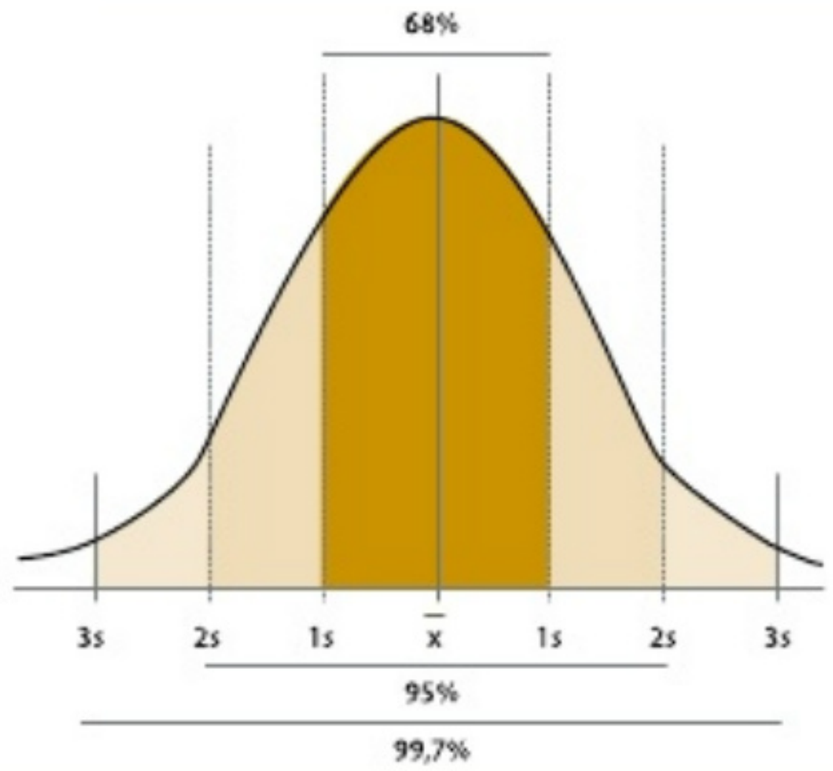
Este tipo de distribución es seguida por una inmensa cantidad de variables biológicas cuyas medidas se agrupan alrededor de un valor central, y que presentan una frecuencia cada vez menor a medida que se alejan de dicho valor.

Características

Las características de la distribución normal **(Figura 21)** o de Gauss son las siguientes:

- Corresponde a variables cuantitativas continuas.
- Se caracteriza por dos medidas: media y desviación típica.
- Es unimodal.
- Es simétrica alrededor de la media. Por tanto, media, mediana y moda coinciden.
- Tiene forma acampanada, sin un pico excesivo.
- Va desde-∞ a +∞ (asintótica al eje de abscisas).
- El área bajo la curva tiene un valor igual a 1.

Figura 21



Distribución normal o de Gauss

El 50% de las observaciones se encuentran por debajo de la media aritmética y el 50% por encima. El 68% de las mismas están dentro del intervalo $x \pm s$; el 95% dentro del intervalo $x \pm 1{,}96$ s y el 99% dentro del intervalo $x \pm 2{,}57$ s **(MIR 12-13, 175).**

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

PREGUNTAS MIR

✓ MIR 12-13, 175

Ideasclave

✓ La distribución normal o de Gauss es una curva de probabilidad continua con forma de campana.

✓ Los tres parámetros de tendencia central son: media, mediana y moda, y coinciden en el mismo valor.

✓ Los límites de dicha campana son ±∞ y su área es 1.

✓ Siempre se cumple que en el intervalo media ± 1,96 s está incluido el 95% de la muestra.

Casosclínicos

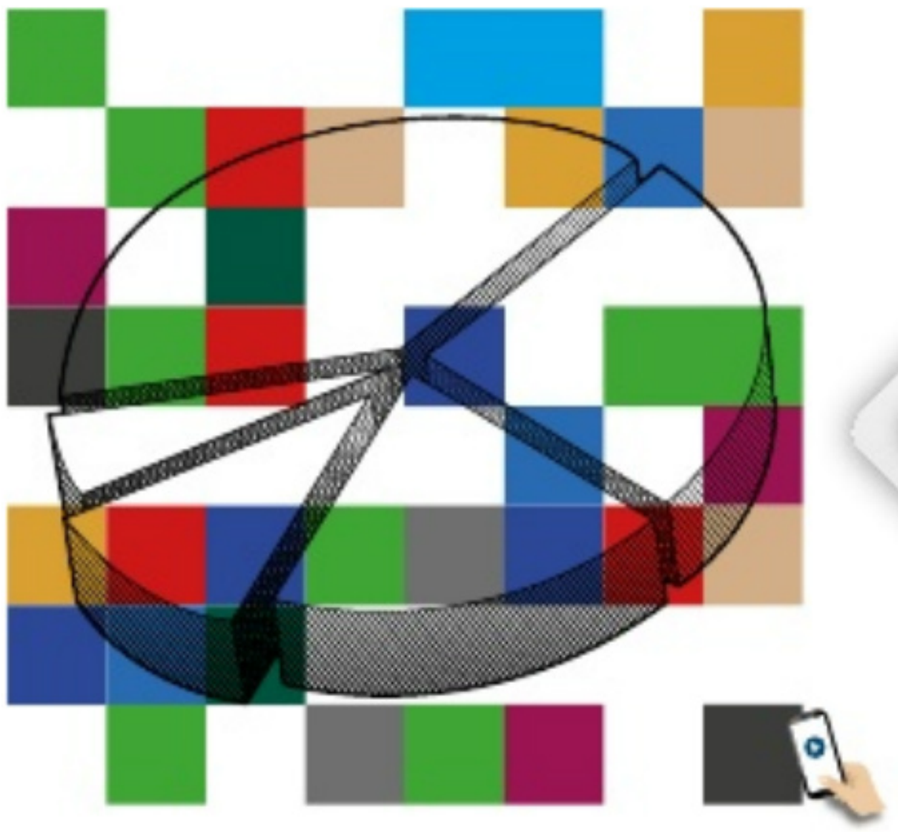
Las edades de una muestra de 300 pacientes siguen una distribución normal con media de 50 años y desviación típica 10 años. Esto implica que:

1) Aproximadamente el 95% de los pacientes tienen edades entre 40 y 60 años.
2) Existe un 95% de probabilidades de que la verdadera edad media se sitúe entre 40 y 60 años.
3) Existe un 95% de probabilidades de que la verdadera edad media se sitúe entre 30 y 70 años.
4) Aproximadamente el 95% de los pacientes tienen edades entre 30 y 70 años.

RC: 4

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

facebook : Booksmedicos06



Estimación de parámetros. Estadística inferencial

14

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Para poder responder a las preguntas de este tema es necesario saber contestar a las preguntas del tema anterior, puesto que, en esencia, son las mismas, salvo que en el tema anterior el parámetro de dispersión es la desviación típica y en éste es el error estándar de la media (eem).

La tarea fundamental de la estadística inferencial es hacer inferencias acerca de la población a partir de una muestra extraída de la misma.

14.1. Estimación de medias

En este caso, se quiere conocer la media poblacional a partir de la media muestral. Para ello, se puede aplicar:

- **Estimación puntual.** La media muestral es un buen estimador de la media poblacional (μ).
- **Estimación por intervalos.** El valor numérico de los estimadores puntuales determinados en muestras diferentes puede variar. Es decir, si se repiten los cálculos con otra muestra distinta de la misma población, el resultado de la media muestral podría ser diferente. Por tanto, sería mejor que, además, se aportase un intervalo que presumiblemente incluya también el parámetro de la población. Por ello, es preferible la estimación por intervalos, ya que entonces se indican límites de valores dentro de los cuales el parámetro poblacional tiene la probabilidad de estar. Al intervalo alrededor del estadístico muestral se le denomina intervalo de confianza, y a sus límites, límites de confianza. El cálculo de los límites de confianza (IC), comprende el empleo del error estándar de la media y los principios de la distribución normal **(MIR 10-11, 176).**

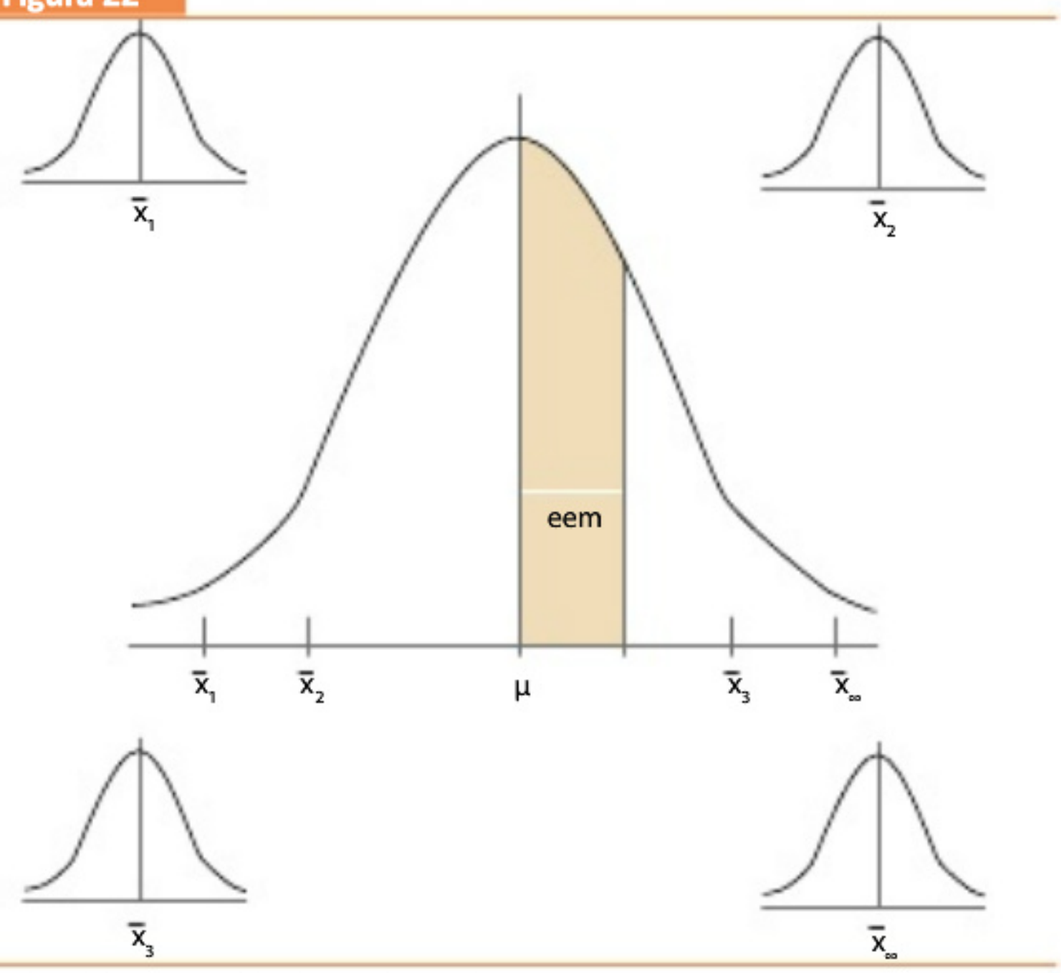
El nivel de confianza 1- α indica la probabilidad que hay de que la media poblacional, μ, pertenezca a ese intervalo; es frecuente expresarlo en porcentajes. Son equivalentes las expresiones "nivel de confianza 1- α" y "significación α"; así, suele hablarse de obtener un intervalo con un nivel de confianza del 95% o para una significación $\alpha = 0,05$ (este valor de α indica la probabilidad que hay de errar en la estimación. A veces, esa probabilidad se indica con la letra *P).*

Error estándar de la media

De una población pueden extraerse infinitas muestras, cada una de ellas con su media. Este conjunto de medias se distribuye según una curva normal cuya media, la media de las medias, es la media poblacional (μ) y cuya desviación típica se conoce como "error estándar de la media"; por tanto, es la dispersión de las medias muestrales con respecto a la media poblacional. Se calcula con la siguiente fórmula **(Figura 22):**

$$eem = \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Figura 22



Cálculo del error estándar de la media

Si se construye un IC del 95%, se concluye que en el 95% de las ocasiones la media poblacional estará entre:

$$\bar{x} \pm 1,96 \times \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Mientras que en un 5% de las ocasiones estará equivocado. Si se establece el nivel de confianza en el 99%, la media poblacional se situará en un 99% de las ocasiones entre:

$$\bar{x} \pm 2,57 \times \frac{s}{\sqrt{n}}$$

En el caso de $n < 30$, los límites de confianza se calcularían siguiendo la fórmula:

$$\bar{x} \pm t \times \frac{s}{\sqrt{n}}$$

Donde el valor *t* corresponde a los valores tabulados de la distribución teórica t de student **(MIR 11-12, 172).**

www.Booksmedicos06.com

Apuntes del profesor

Distribución normal, muestral y distribución de medias muestrales

RECUERDA

No tiene nada que ver la desviación típica de los valores de la variable de la muestra o en la población con el error estándar de las medias muestrales alrededor de la media poblacional.

14.2. Estimación de medidas de asociación

Independientemente del tipo de estudio epidemiológico y del parámetro utilizado para medir la fuerza de asociación (RR, OR, RP), la estimación de las medidas de asociación ha de ser extrapolada a la población general mediante la construcción de un IC. Si el IC incluye el 1 (efecto neutro del factor de estudio), se habla de un resultado no significativo **(MIR 11-12, 175).**

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 11-12, 172, 175**
- ✓ **MIR 10-11, 176**

Ideasclave

- ✓ La estadística inferencial o analítica se encarga de, a partir de la muestra, extrapolar datos a la población.
- ✓ El parámetro de dispersión que siempre se emplea para el cálculo de los intervalos de confianza de medias es el error estándar de la media.
- ✓ La curva de probabilidades de los intervalos de confianza sigue otra curva de Gauss, por lo que se puede decir que, en el intervalo media ± 2 eem, estará incluida la media poblacional con una probabilidad del 95%.
- ✓ Los intervalos así obtenidos se denominan intervalos de confianza del 95%.
- ✓ El 5% restante es la probabilidad de que el intervalo esté mal estimado. A este error se le llama α.

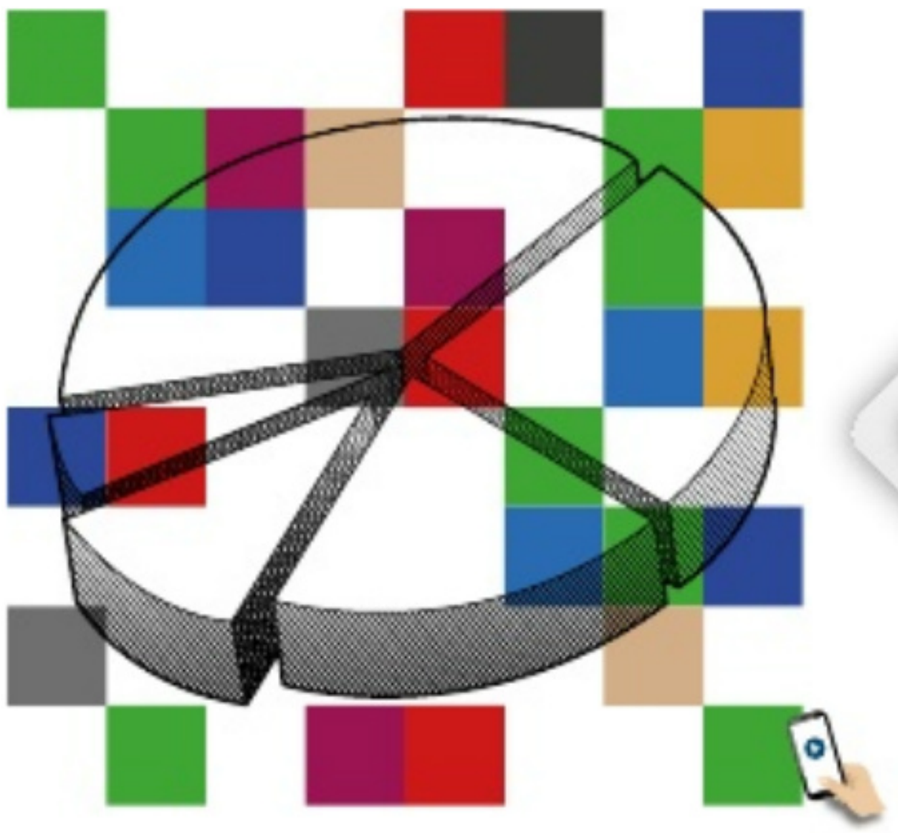
Casosclínicos

En la estimación estadística de una media poblacional para una determinada variable:

1) Los intervalos de confianza que se calculan para la media poblacional son independientes de la variación en el muestreo.
2) El error estándar de la media es independiente del tamaño de la muestra.
3) La distribución de medias muestrales tiende a ser una distribución normal siempre que las muestras sean todas del mismo tamaño, procedan aleatoriamente de la misma población y se mida una variable cuantitativa continua.
4) Un intervalo de confianza del 99% supone un nivel de significación de $p \leq 0{,}05$.

RC: 3

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com



Contraste de hipótesis

15

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Lo que hay que tener claro de este tema es el significado de los errores α y β, y del poder de un test estadístico. También es muy frecuente que pregunten sobre cómo se modifican los parámetros anteriores en función del tamaño de la muestra.

15.1. Hipótesis nula, hipótesis alternativa y grado de significación estadística

Para la comprensión de este concepto, se partirá de un caso práctico. Se compara un tratamiento nuevo (N) contra la hipertensión arterial con uno tradicional (T) en dos series de individuos. Tras cierto tiempo, N controla al 70% de los individuos y T al 30%. El problema consiste en saber si este hecho es debido a una mayor eficacia real de N o lo es simplemente por diferencias que el azar puede establecer (variaciones aleatorias del muestreo), sin que existan diferencias reales en el control de hipertensos entre ambos tratamientos **(MIR 07-08, 210).**

Para abordar este problema, se consideran dos hipótesis:

- **Hipótesis nula (H_0):** no existen diferencias entre los dos tratamientos (N = T).
- **Hipótesis alternativa (H_1):** sí existen diferencias entre los dos tratamientos (N ≠ T).

Estas dos hipótesis son mutuamente excluyentes, de forma que sólo hay dos decisiones posibles:

- Rechazar H_0 → aceptar H_1.
- No rechazar H_0 → no poder aceptar H_1.

Previamente al ensayo de una hipótesis, se fija la probabilidad máxima de que los resultados diferentes observados entre los dos grupos puedan ser debidos simplemente al azar (H_0 cierta), que suele ser por convenio del 5%. A continuación, se calcula cuál es la probabilidad de que las diferencias que se han observado puedan ser explicadas por azar. Esta probabilidad es el valor de la *p* o "grado de significación estadística". Así, cuanto menor sea *p*, esto es, cuanto más baja sea la probabilidad de que el azar sea el responsable de las diferencias, mayor será la evidencia contra H_0 y a favor de H_1.

De tal forma, si:

- $p < 0,05$ → diferencias reales. Existe poca probabilidad de que se deban al azar.
  Se acepta H_1. El resultado es estadísticamente significativo. Se rechaza H_0 **(MIR 13-14, 197).**
- $p > 0,05$ → no existe suficiente evidencia como para decir que ambos tratamientos son distintos. Las diferencias pueden deberse al azar, con una probabilidad mayor al nivel de exigencia. No se rechaza H_0 **(MIR 07-08, 209; MIR 07-08, 210).**

El valor *p* es, por tanto, la probabilidad de observar los resultados de un estudio (u otros más alejados de H_0) si la H_0 fuese cierta **(MIR 12-13, 174).**

Es muy habitual caer en el error de considerar que la *p* es la probabilidad de que H_0 sea cierta. Se parte de la hipótesis de que H_0 es cierta para poder calcular después el valor de la *p* (p. ej., si se tiene un estudio en el que la *p* es 0,03, no se podrá decir nunca que hay una probabilidad del 3% de que los dos grupos sean iguales).

La característica que más influye en el cálculo de los valores de la *p* es el tamaño de la muestra. Con muestras de pequeño tamaño ($n < 30$) es muy probable que aparezcan valores de *p* no significativos. Sin embargo, con tamaños muestrales muy grandes es frecuente encontrar diferencias por pequeñas que éstas sean.

15.2. Errores α y β

- **Error tipo I.** Se rechaza H_0 siendo cierta (se acepta que hay diferencias y, de hecho, no las hay). Es como un falso positivo: dar como significativo algo que no lo es. Se denomina α a la probabilidad de cometer el error tipo I. El valor de *p* coincide con la probabilidad de cometer el error tipo I **(MIR 11-12, 173; MIR 10-11, 178; MIR 09-10, 176; MIR 08-09, 204; MIR 07-08, 195).**
  Cuando entre los distintos grupos de estudio se compara más de una variable de resultado, aumenta la posibilidad de resultados falsamente positivos. Para evitarlo, se incrementa la exigencia del nivel de significación como sigue:

$$p = \frac{0,05}{\text{n.º de comparaciones}}$$

- **Error tipo II.** No se rechaza H_0 y ésta es falsa (no se aceptan las diferencias y sí las hay). Sería como un falso negativo: se da como no significativo algo que lo es. Se denomina β a la probabilidad de cometer un error tipo II.
- **Poder o potencia del test.** Lo complementario del error β es la "potencia o poder estadístico de un test" ($1-\beta$), que se define como la capacidad que tiene un test de detectar una diferencia cuando ésta existe en realidad; es decir, corresponde a la probabilidad que se tiene de demostrar la hipótesis alternativa, siendo cierta **(Tabla 16) (MIR 09-10, 179).**

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Tabla 16

		Realidad	
		Existe diferencia H_0 falsa	No existe diferencia H_0 cierta
Resultados del test	• Hay diferencias significativas • Rechazo H_0	• 1-β • Poder estadístico o potencia del test	Error tipo I o error α
	• No hay diferencias significativas • No rechazo H_0	Error tipo II o error β	1 - α

Contraste de hipótesis

15.3. Pruebas de significación estadística (Tabla 17)

Tabla 17

Variable pronóstica o independiente	Variable final o dependiente	Test	Observaciones
Cualitativa	Cualitativa	Chi-cuadrado **(MIR 16-17, 122; MIR 09-10, 177)**	Muestras grandes
		Test exacto de Fisher	Muestras pequeñas
		Test de McNemar	AP
		Regresión logística	Multivariante
Cualitativa	Cuantitativa	t de student	Cuantitativa en 2 grupos
		ANOVA **(MIR 16-17, 124)**	Cuantitativa en > 2 grupos
		Mann-Whitney **(MIR 16-17, 123)**	Cuantitativa 2 grupos. NP
		Wilcoxon	Cuantitativa 2 grupos. NP. AP
		Kruskal-Wallis	Cuantitativa > 2 grupos. NP
		Friedman	Cuantitativa > 2 grupos. NP. AP
Cuantitativa	Cuantitativa	Regresión lineal	
		Correlación de Pearson **(MIR 14-15, 186)**	
		Correlación de Spearman	NP
		Regresión múltiple	Multivariante
Cualitativa	Tiempo hasta cualitativa (supervivencia)	Kaplan-Meier	Método descriptivo
		Log-Rank	Compara curvas de supervivencia
		Breslow	Compara curvas de supervivencia
		Regresión de Cox	Multivariante

AP: datos apareados. NP: no paramétrico

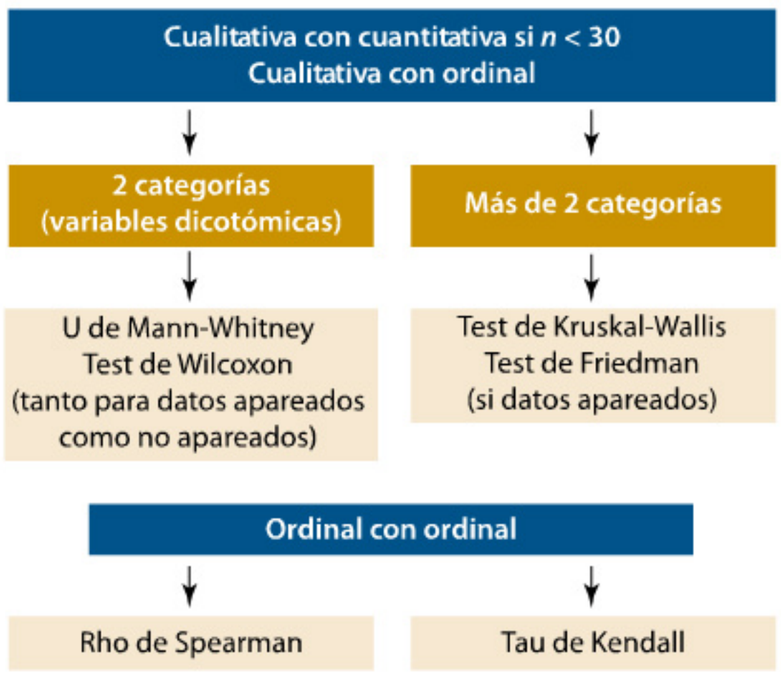
Pruebas de contraste de hipótesis más habituales en medicina

Las pruebas de significación estadística o test de contraste de hipótesis pretenden demostrar o no la asociación estadística entre dos variables observadas en una muestra, generando un valor de *p*. Obviamente, dependiendo del tipo de variables que se tenga que analizar, se debe utilizar un test de contraste de hipótesis u otro.

- **Datos apareados.** En una única muestra se estudia si existe una diferencia significativa en la variable-resultado antes y después de algún acontecimiento relevante.
  - Variable-resultado cualitativa de 2 o más categorías: test de McNemar.
  - Variable-resultado cuantitativa: t de student apareada **(MIR 07-08, 193; MIR 07-08, 197).**
  - Variable-resultado cuantitativa (varias medidas repetidas): ANOVA para medidas repetidas.

- **Test no paramétricos.** Son pruebas que no dependen de la distribución de la variable y no precisan condición previa de normalidad **(Figura 23).** Estas pruebas no manejan los valores cuantitativos que toma la variable en cuestión, sino únicamente sus rangos. Son pruebas de menor precisión que las paramétricas, por lo que solamente demostrarán como significativas diferencias mayores. Por tanto, generalmente se prefiere utilizar pruebas paramétricas (t de student, análisis de la varianza, etc.) y el uso de los test no paramétricos se limita a estudios con tamaños muestrales menores de 30, en los que las poblaciones no puedan ser consideradas como normales, o bien cuando la variable represente únicamente una medida aproximada del carácter, sin una valoración exacta. Si las muestras son mayores de 30, no existe inconveniente en utilizar pruebas paramétricas **(MIR 08-09, 194).**

Figura 23



Test no paramétricos

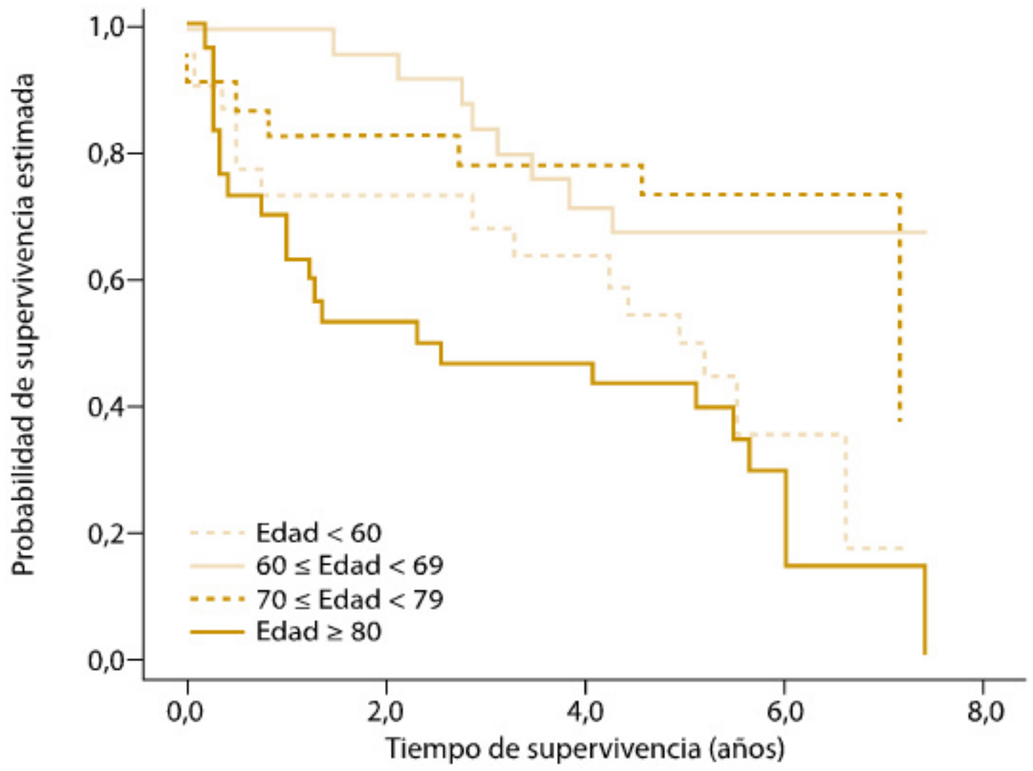
- **Análisis multivariante.** Pretende establecer la relación entre dos variables teniendo en cuenta la influencia de otras **(MIR 11-12, 176).** Tiene sentido utilizar este análisis en medicina, al encontrarse muchas características relacionadas unas con otras. Por ejemplo, si se quiere valorar la existencia de asociación entre la hipertensión arterial y el riesgo de

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

ACV, habrá que controlar (o analizar) el efecto que pueda tener la presencia o no de diabetes, dislipidemia, el sexo o la edad. Se desarrollará más ampliamente este concepto en el *Capítulo 16*.

- **Análisis de supervivencia.** En ocasiones, para saber si, por ejemplo, un fármaco es mejor que otro se necesita conocer la idea dinámica de cómo fallecen los pacientes incluidos en uno u otro grupo de tratamiento a lo largo del tiempo. Es decir, no sólo importa si fallecen o no, si no el tiempo en el que se produce el evento.
  Esta idea es extrapolable a otras situaciones como, por ejemplo, tiempo hasta que se produce la curación, tiempo hasta que desaparecen los síntomas... **(MIR 08-09, 196, MIR 07-08, 196).** Uno de los análisis estadísticos más frecuentemente empleados es el de Kaplan-Meier **(Figura 24).** La característica distintiva del análisis con este método es que la proporción acumulada que sobrevive se calcula para el tiempo de supervivencia individual de cada paciente **(MIR 11-12, 174).** Para saber si existen diferencias en el tiempo en el que se produce el evento para los dos grupos de tratamiento, hay que usar test específicos para tal fin, como son el de Breslow o el Log-Rank **(Tabla 18).**

Figura 24



Ejemplo de test de Kaplan-Meier (KM) que evalúa la probabilidad de supervivencia según la edad de los pacientes

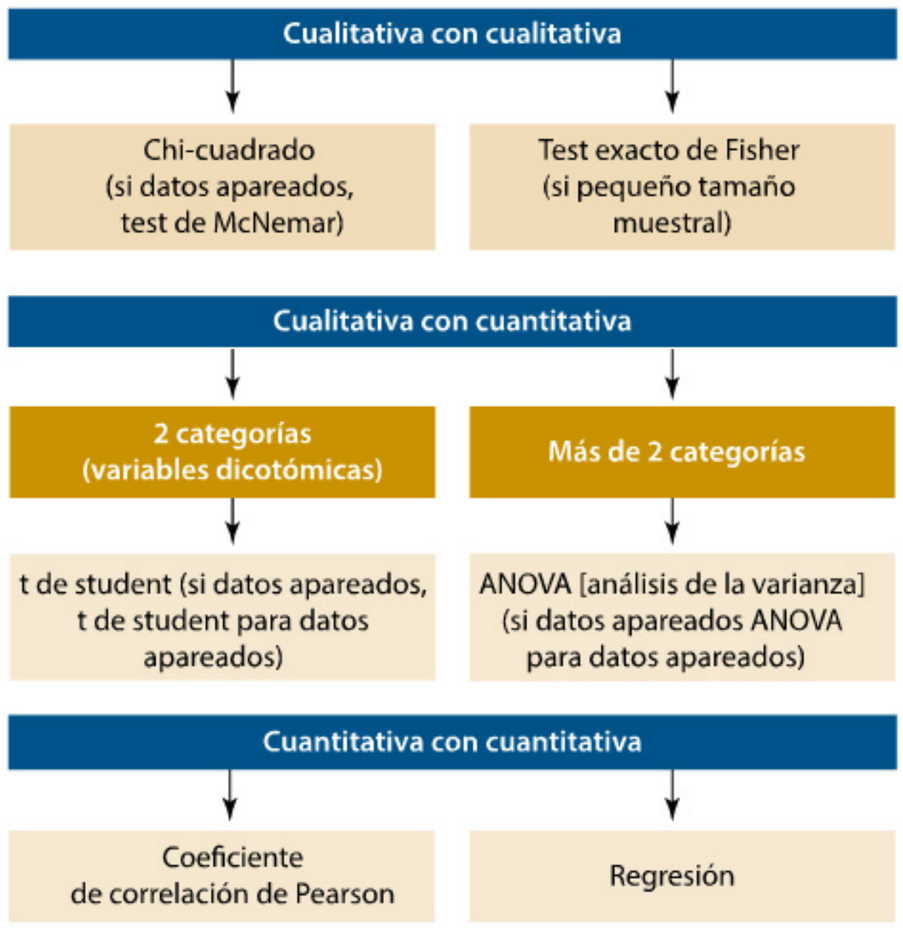
Tabla 18

	Chi-cuadrado	df	Sig.
Log-Rank	15,572	3	0,001
Breslow (Wilcoxon generalizado)	12,298	3	0,006

Test estadísticos para comprobar diferencias en KM tal y como se muestran en el programa SPSS **(MIR 13-14, 33; MIR 13-14, 34)**

La **Figura 25** resume los test estadísticos que más se emplean y que se han comentado anteriormente.

Figura 25



Test estadísticos más empleados

15.4. Pruebas a una cola y a dos colas

Lo habitual de la práctica clínica es que cuando se comparan, por ejemplo, dos tratamientos, pueda ocurrir que A es mejor que B, pero también que B es mejor que A (hipótesis alternativa bilateral). En determinadas circunstancias, sin embargo, casi con toda probabilidad solo cabe la opción A mejor que B (p. ej., al comparar un antihipertensivo con placebo, hipótesis alternativa unilateral).

Los test estadísticos a dos colas (en el casos de H_1 bilateral) dan siempre valores de *p* mayores (en consecuencia menos significativos) que los de a una cola (en caso de H_1 unilateral). Por tanto, cuando una prueba bilateral es significativa, también lo será la unilateral. Hacer un test a una o dos colas depende fundamentalmente de los conocimientos previos (se comparan dos tratamientos o se comparan con placebo); si se tienen dudas de qué test sería conveniente emplear, se deberían usar pruebas a dos colas.

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 16-17, 122, 123, 124**
- ✓ **MIR 14-15, 186**
- ✓ **MIR 13-14, 33, 34, 197**
- ✓ **MIR 12-13, 174**
- ✓ **MIR 11-12, 173, 174, 176**
- ✓ **MIR 10-11, 178**
- ✓ **MIR 09-10, 176, 177, 179**
- ✓ **MIR 08-09, 194, 196, 204**
- ✓ **MIR 07-08, 193, 195, 196, 197, 209, 210**

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06

facebook : Booksmedicos06

15 ESTADÍSTICA Y EPIDEMIOLOGÍA

Ideasclave

- ✓ El contraste de hipótesis se basa en intentar rechazar H_0 (no hay diferencias) para así aceptar H_1 (sí existen diferencias).
- ✓ Cualquier resultado observado en un estudio puede atribuirse al azar. El valor de *p,* o nivel de significación, se refiere a la probabilidad de que el azar explique un resultado obtenido.
- ✓ Si $p < 0,05$, se admite poca probabilidad de azar, y entonces se habla de que hay diferencias estadísticamente significativas. Si $p > 0,05$, la probabilidad de azar es demasiado grande como para que se afirme que hay diferencias significativas en los resultados obtenidos.
- ✓ La probabilidad que existe de que se afirme que hay diferencias, cuando en realidad no las hay, equivale a la probabilidad *p* y se llama error α o tipo I.
- ✓ Por el contrario, si verdaderamente existen diferencias y no se detectan, se estará incurriendo de nuevo en un error, que en este caso es el β o tipo II.
- ✓ Ambos errores α y β son dos formas diferentes de errores aleatorios, por lo que se podrán reducir si se aumenta el tamaño de la muestra.
- ✓ Si verdaderamente hay diferencias reales en los resultados obtenidos y estas diferencias son detectadas por el test, entonces se está en la situación de acierto, que se conoce como poder o potencia del test.
- ✓ Los test estadísticos que se van a emplear dependerán del tipo de variable que se haya utilizado:
  - Cuali + cuali: chi-cuadrado **(MIR 09-10, 177).**
  - Cuanti + cuali dicotómica: t de student (equivalente no paramétrico: Wilcoxon, U de Mann-Whitney).
  - Cuanti + cuali no dicotómica: ANOVA (equivalente no paramétrico: Kruskal-Wallis; Friedman).
  - Cuanti + cuanti: correlación de Pearson (equivalente no paramétrico: Spearman).
- ✓ Los test paramétricos son preferibles, pero únicamente pueden realizarse cuando la distribución de estudio sea la normal.

Casosclínicos

Se realiza un estudio para comparar el efecto de dos nuevos antihipertensivos, A y B, sobre la tensión arterial. Para ello se diseña un ensayo clínico, correcto en su ejecución, y se realiza un contraste de hipótesis, partiendo de la hipótesis nula de igualdad. Después de aplicar el modelo estadístico necesario, se concluye con la aceptación de la hipótesis nula. Años más tarde, y después de revisiones exhaustivas del ensayo, nos percatamos de la existencia de errores en los cálculos, que seguramente ocurrieron por azar, siendo en realidad cierta, en aquel escenario, la hipótesis alternativa. El error que se cometió en aquél entonces fue:

1) Un error tipo I.
2) Un error tipo II.
3) Un sesgo de selección.
4) Un sesgo de confusión.

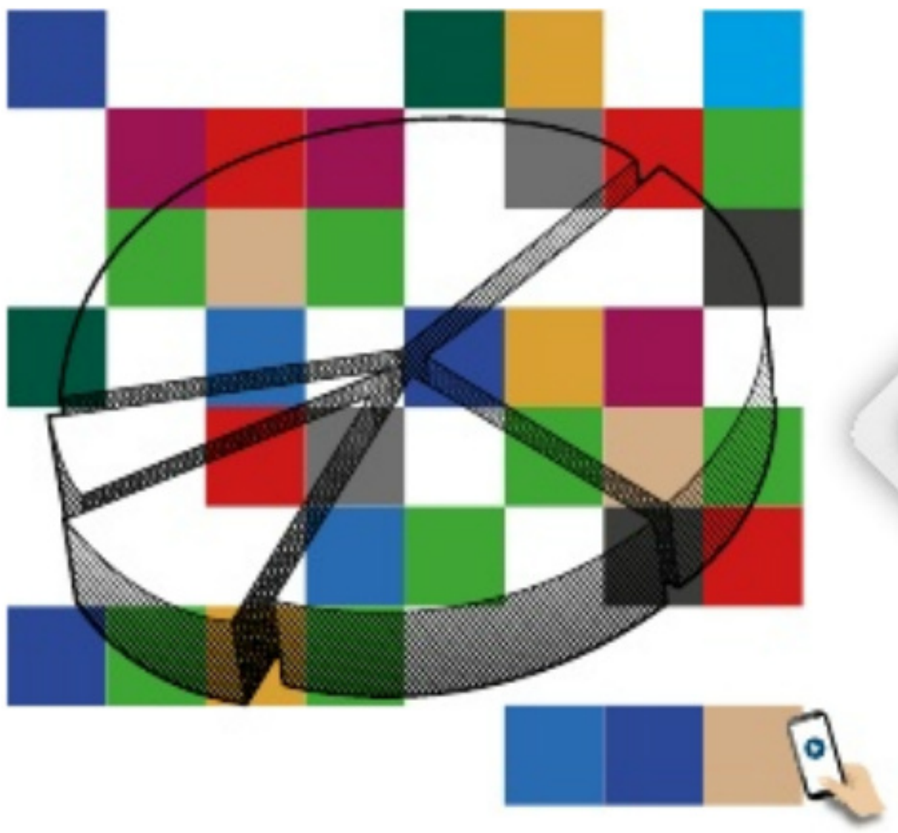
RC: 2

En un ensayo clínico se comparan cifras de glucemia al final de un estudio con tres brazos de aleatorización, cada uno de ellos utilizando un tipo diferente de insulina (detemir frente a glargina frente a NPH). Si se quiere contrastar la hipótesis de la diferencia entre las medias de los tres grupos, asumiendo que la variable glucemia se distribuye de forma normal en todos ellos, se utilizará:

1) Coeficiente de correlación intraclase.
2) Coeficiente de correlación de Pearson.
3) Prueba de la t.
4) Análisis de la varianza.

RC: 4

www.Booksmedicos06.com



Análisis de correlación y de regresión

16

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Es fundamental entender por qué es necesario realizar un análisis multivariante, cuál es su formulación matemática y cómo interpretar los resultados.

16.1. Análisis multivariante

Es un conjunto de test estadísticos que se aplica cuando se intenta establecer la asociación estadística entre dos variables, pero controlando el efecto de terceros factores que podrían actuar como factores de confusión o modificadores del efecto **(MIR 11-12, 176).**

Por ejemplo, se desea saber si existe una relación entre la infección de herida quirúrgica y el tipo de cirugía, controlando que la profilaxis antibiótica empleada no actúe como factor de confusión. Para ello se trataría de establecer una expresión lógica como la siguiente:

- El riesgo de infección de herida quirúrgica DEPENDE DE tipo de profilaxis Y tipo de cirugía.
  Incluso se podrían añadir otras muchas variables (de ahí el nombre de multivariante) como las siguientes.
- El riesgo de infección de herida quirúrgica DEPENDE DE tipo de profilaxis Y tipo de cirugía Y edad del paciente Y tiempo de cirugía...
  Se debe expresar esta relación de forma matemática, resultando algo así:

Probabilidad (INFECCIÓN DE HERIDA) = Profilaxis + Tipo cirugía + + Edad + Tiempo de cirugía

Siempre que se relacione matemáticamente, en forma de una ecuación, una variable con otra u otras, se está generando una ecuación de REGRESIÓN **(MIR 15-16, 194).** La variable que se coloca antes del igual será la variable DEPENDIENTE, puesto que sus valores dependerán de los valores que tomen las variables que están después del signo igual, o variables INDEPENDIENTES.

Existen muchos tipos de regresiones que vienen determinados por la naturaleza de la variable dependiente, esto es, si es cuantitativa, cualitativa, etc. **(Tabla 19).**

Al final, lo que se consigue al formular una ecuación de regresión con los datos de un estudio es generar un modelo matemático que pretende explicar el comportamiento de las variables incluidas.

Al terminar el análisis, el modelo de regresión proporcionará una estimación del riesgo asociado a cada una de las variables, y este riesgo (en forma de OR, RR o HR) es independiente para cada una de ellas.

Tabla 19

Tipo de variable dependiente	Cualitativa	Cuantitativa	Supervivencia
Ejemplo	IAM sí/no	Carga viral	Tiempo hasta oclusión de un *stent*/BP (datos de supervivencia)
Test estadístico	Regresión logística	Regresión lineal múltiple	Regresión de Cox
Medida de asociación	*Odds ratio* Riesgo relativo	–	*Hazard ratio*

Tipos de análisis multivariantes

16.2. Regresión lineal (Figura 26)

La ecuación de regresión lineal más sencilla (o regresión lineal simple) tiene la forma siguiente:

$$y = \alpha + \beta x$$

Donde α y β son los llamados coeficientes de regresión, y es la variable dependiente y x la variable independiente.

El coeficiente α representa el punto en el que la línea corta el eje vertical (valor de y para $x = 0$). El coeficiente β es la pendiente de la recta (puesto que la figura que genera la ecuación es una recta) que muestra la cantidad que varía y por una unidad de cambio de x.

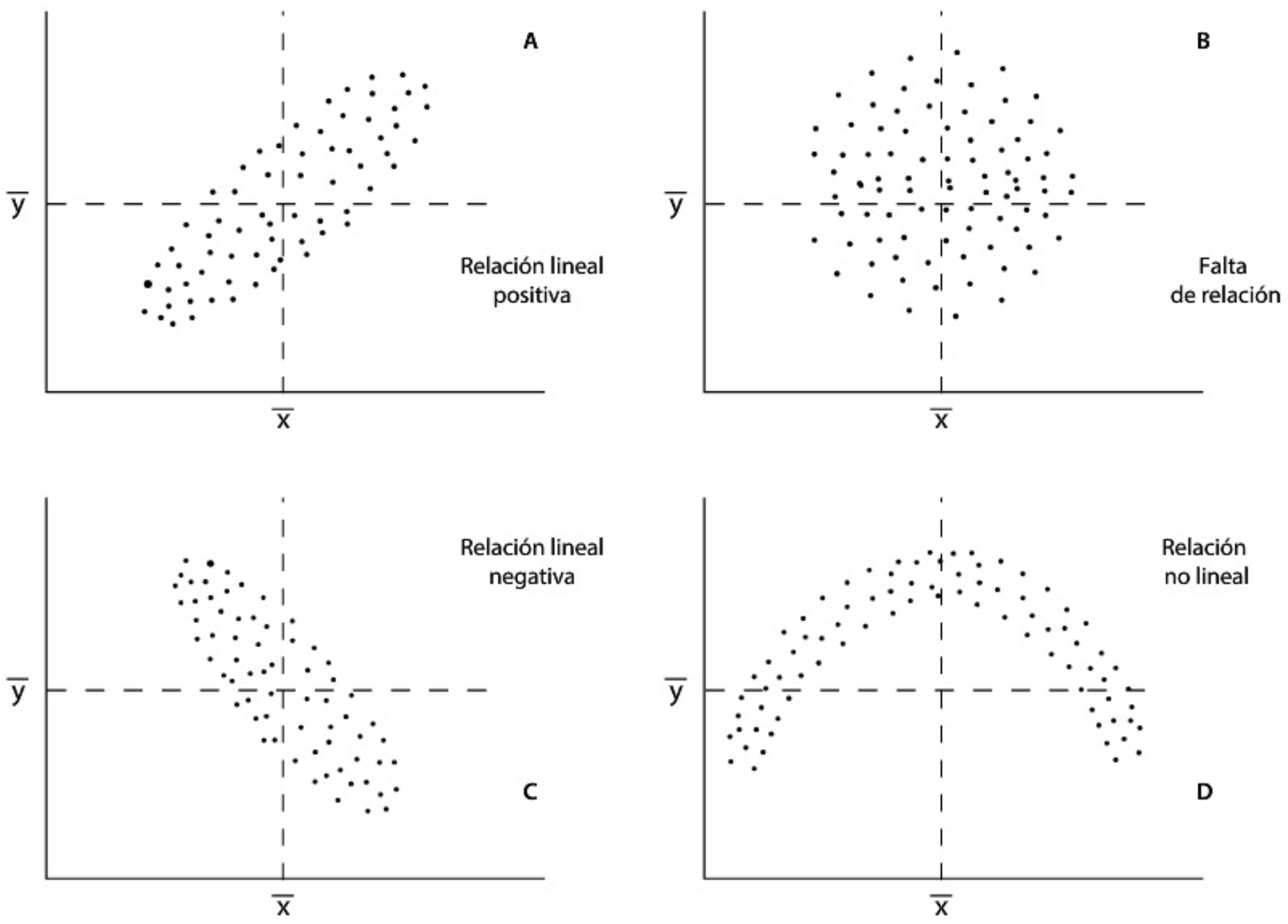
Por ejemplo, se quiere plantear la existencia de asociación entre el índice de masa corporal (IMC) y la colesterolemia plasmática. Se generará una ecuación como ésta:

$$IMC = \alpha + \beta \times Colesterolemia$$

Imagínese un resultado hipotético como este: IMC = 0,25 + 1,86 x Colesterolemia. El coeficiente β se interpretaría de esta forma: cada unidad que aumenta la colesterolemia (p. ej., de 200 a 201 mg/dl) el IMC aumentaría 1,86 puntos **(Figura 27).**

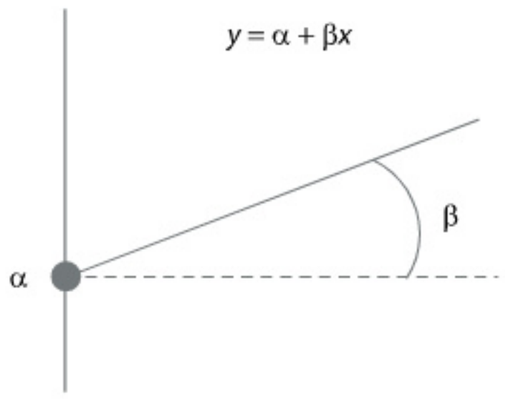
facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Figura 26



Distintos tipos de relación entre las variables

Figura 27



Recta de regresión lineal

Otra forma de analizar la posible asociación entre dos variables continuas es utilizar un análisis de correlación por medio del **coeficiente de correlación de Pearson (MIR 14-15, 186).**

Éste mide la intensidad de la relación lineal entre las dos variables cuantitativas. Las características del coeficiente de correlación son las siguientes:

- Varía entre-1 y +1 $\rightarrow -1 \leq r \leq +1$.
- Para $r = \pm 1$, hay una relación perfecta entre x e y, es decir, todos los puntos (x, y) están en una línea recta.
- Un valor positivo de r indica que a medida que aumenta una variable, lo hace la otra, o que conforme disminuye una, también lo hace la otra. Un coeficiente de correlación negativo denota que a medida que disminuye una variable, aumenta la otra o viceversa.
- $r = 0$ indica que no hay correlación lineal **(MIR 13-14, 207; MIR 07-08, 194).**

En general, si se tiende a realizar primero un análisis de correlación, y de éste resulta una asociación fuerte entre variables, se intentará formular una ecuación de regresión lineal.

16.3. Regresión logística

La ecuación de regresión logística es matemáticamente mucho más compleja, pero desde un punto de vista conceptual, es exactamente igual a la regresión lineal salvo por el tipo de variable dependiente, que es cualitativa dicotómica. El final de un análisis de regresión logística, como se ha comentado anteriormente, da lugar a una cuantificación del riesgo asociado a cada una de las variables independientes incluidas. En la **Tabla 20** se muestra un cuadro semejante a como estarían presentados los resultados de un análisis de regresión logística. En esa tabla interesan los valores de Exp (B) y sus IC, puesto que representarían el valor del RR u OR y su IC, respectivamente.

Así, el riesgo de infección de herida sería de 1,03 (IC 1,021- 1,041) si se hace profilaxis (es una OR o un RR, en función del diseño del estudio), de 1,024 (IC 0,733 - 1,034) por cada año que se aumenta la edad (no significativo) y de 4,118 (IC 1,740- 9,650) por cada hora que aumenta el tiempo quirúrgico.

Tabla 20

Variable	B	E.S.	P	Exp (B)	IC 95 % Exp (B)	
					Inferior	Superior
Profilaxis	1,641	,291	,003	1,03	1,021	1,041
Edad	-2,156	,211	,225	1,024	0,733	1,034
Tiempo de cirugía	4,109	,537	,000	4,118	1,740	9,650

Modelo de presentación de los resultados de un análisis de regresión logística

16.4. Regresión de COX

Podría considerarse un caso particular de regresión logística en la que la variable dependiente incluye el tiempo hasta que se produce un evento de

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

interés (datos de análisis de supervivencia). Su resultado sería el mismo que el expresado para la regresión logística, esto es, podría ser una tabla semejante a la anterior en la que los valores de Exp (B) corresponderían a *hazard ratio* (HR), una medida de asociación que se puede interpretar igual que una OR.

PREGUNTAS MIR

- ✓ **MIR 15-16, 194**
- ✓ **MIR 14-15, 186**
- ✓ **MIR 13-14, 207**
- ✓ **MIR 11-12, 176**
- ✓ **MIR 07-08, 194**

Ideasclave

- ✓ Los test de correlación y de regresión sirven para establecer asociación entre dos variables cuantitativas.
- ✓ El análisis del test de correlación se basa en la interpretación del coeficiente *r.* El valor de *r* está comprendido entre -1 y +1. Un valor positivo significa que si la variable *n* aumenta, la variable *m* lo hará también. El valor absoluto de la *r* establece lo fuerte o débil de la correlación, considerándose fuerte cuando ésta es mayor de 0,7.
- ✓ Una *r* de 1 o de -1 implica una correlación cuya nube de dispersión se aproxima a la línea recta.
- ✓ Cuando la correlación es fuerte, podrá entonces hacerse el test de regresión lineal, cuya fórmula es $y = \alpha + \beta x$, donde β es la pendiente de la recta y α el punto de corte de ésta en el eje de ordenadas.

Casosclínicos

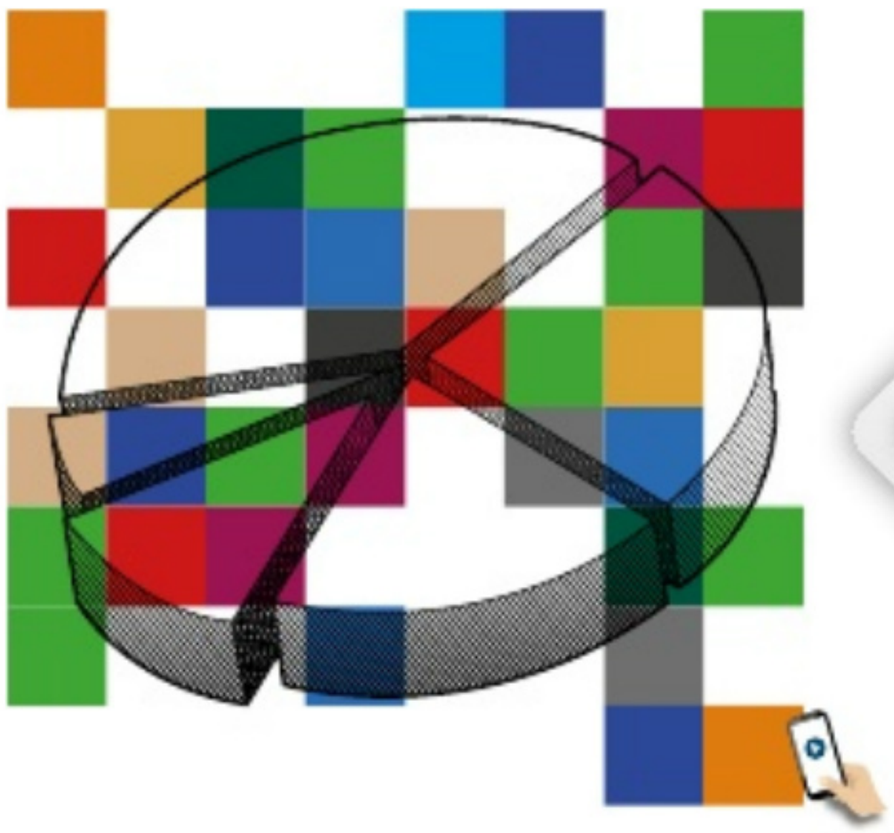
En un ensayo clínico que estudió el riesgo de infarto agudo de miocardio asociado a fármacos se pretende valorar la influencia de la edad, el sexo y el hábito tabáquico en este desenlace.

¿Qué test estadístico emplearía para tal efecto?

1) t de student.
2) Correlación de Pearson.
3) Regresión lineal múltiple.
4) Regresión logística.

RC: 4

www.Booksmedicos06.com
facebook : Booksmedicos06



Tamaño muestral

17

ET/EPI

ORIENTACIÓN MIR

Tema relativamente complejo. Muy preguntado. Aquí suelen presentar un estudio tipo con varias posibilidades, de las cuales una no influye en el tamaño de la muestra.

17.1. Tamaño muestral

Para realizar un estudio sobre una población, es necesario trabajar con una muestra, ya que abarcar a todos los miembros de una comunidad es prácticamente imposible.

El tamaño de la muestra se determina en el diseño del estudio, de modo que sea apropiado para los objetivos buscados en el mismo y con los condicionamientos que se está dispuesto a asumir. Un número insuficiente de participantes impedirá encontrar las diferencias buscadas, concluyendo erróneamente que no existen, mientras que un número excesivo, aumenta innecesariamente el coste.

Manejar muestras es más barato, rápido, fácil y suficientemente preciso y exhaustivo que manejar poblaciones. Los datos obtenidos en la muestra se generalizarán a la población original utilizando ciertas pruebas estadísticas con una mínima probabilidad de error (< 5% habitualmente).

Hay dos campos en la inferencia estadística donde se va a desarrollar el cálculo del tamaño muestral: estimación de parámetros y contraste de hipótesis.

Estimación de parámetros

El tamaño dependerá de la variabilidad del parámetro que se desea estimar (ésta ha de ser previamente conocida, o bien aproximarse a partir de datos preexistentes o estudios pilotos), de la precisión con que se pretenda obtener la estimación (amplitud deseada del IC, teniendo en cuenta que a mayor precisión, se necesitará un número más alto de sujetos) y del nivel de confianza.

Para estimar una proporción se debe conocer:

- El nivel de confianza o seguridad (1-α). Para una seguridad del 95% = 2; para una seguridad del 99% = 2,6.
- La precisión que se desea para el estudio.
- Una idea del valor aproximado del parámetro que se quiere medir, revisando la literatura o los estudios previos. En caso de no tener dicha información, se empleará el valor p = 0,5 (50%). En este caso, se necesita mayor n, pero garantizará una mejor estimación.

Por ejemplo, ¿a cuántas personas se tendría que estudiar para conocer la prevalencia de esquizofrenia en un área residencial de Madrid?

Seguridad = 95%; precisión = 5%; proporción esperada = próxima al 10%

$$n = (2^2 \times p \times q) / d^2 = (4 \times 0{,}1 \times 0{,}9) / 0{,}05^2 = 144$$

Donde:

- 2^2, ya que la seguridad es del 95%.
- p = proporción esperada (en este caso 10% = 0,1).
- q = 1- p (en este caso 1- 0,1 = 0,9).
- d = precisión (en este caso se desea un 5% = 0,05).

Para **estimar una media** se debe conocer:

- El nivel de confianza o seguridad (1-α), habitualmente 95%.
- La precisión con que se desea estimar el parámetro.
- Una idea de la varianza de la variable cuantitativa que se supone existe en la población **(MIR 13-14, 200).**

Por ejemplo, si se desea conocer la media de la colesterolemia basal de una población, con una seguridad del 95% y una precisión de ± 4 mg/dl, y se tiene información por un estudio piloto o revisión bibliográfica de que la varianza es de 300 mg/dl:

$$n = (2^2 \times 300) / 4^2 = 75$$

RECUERDA

La precisión está en el denominador y al cuadrado, lo que significa que cuanto más preciso se pretenda ser, más pequeño será el número del denominador y, por ello, el tamaño muestral requerido será más grande.

RECUERDA

En la estimación de parámetros, NO se necesita conocer el error β para estimar el tamaño muestral.

Contraste de hipótesis

Se utiliza para estudios comparativos y, en él, el tamaño de la muestra indica el número aproximado de sujetos que se necesitan para detectar una diferencia determinada, si existe, con unos márgenes de error previamente definidos. Los factores a tener en cuenta para determinar el tamaño muestral son los siguientes:

- La magnitud de la diferencia a detectar que tenga interés clínicamente relevante. Se pueden comparar dos proporciones o dos medias.
- Tener una idea aproximada de los parámetros de la variable que se estudia (bibliografía, estudios previos).
- La variabilidad de la variable principal.
- La seguridad del estudio (riesgo de cometer un error α: 5%).
- El poder estadístico (1-β: 80% al menos) (riesgo de cometer un error β: 0,1-0,2).
- La proporción de pacientes en los distintos grupos que responderá a cada tratamiento.

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

- La proporción de pérdidas *(d)*: se deberá multiplicar el tamaño calculado por 1 / (1-*d*).
- La definición de si la hipótesis va a ser unilateral o bilateral.
  - **Bilateral.** Cualquiera de los dos parámetros a comparar (medias o proporciones) puede ser mayor o menor que el otro. No se establece dirección. H_0 diferente de H_1.
  - **Unilateral.** Cuando se considera que uno de los parámetros debe ser mayor que el otro, indicando, por tanto, una dirección de las diferencias. Sólo $H_0 >$ o $< H_1$.

La hipótesis bilateral es una hipótesis más conservadora y disminuye el riesgo de cometer un error de tipo I **(MIR 09-10, 190).**

PREGUNTAS MIR

✓ **MIR 13-14, 200**
✓ **MIR 09-10, 190**

Ideasclave

✓ Lo primero que se debe hacer cuando se pregunte sobre tamaño muestral, es conocer si se trata de una estimación de parámetros o de un contraste de hipótesis, para así saber qué es lo que se necesita en el estudio a realizar.

✓ Si se trata de un intervalo de confianza, entonces se debe conocer si se trata de una variable cualitativa (proporción) o de una cuantitativa (media). En ambos casos es preciso conocer el nivel de confianza y la precisión con la que se desea el estudio. Evidentemente, en el caso de la proporción, se necesitará conocer la proporción esperable y en el de las medias, la varianza esperable.

✓ En los casos de contraste de hipótesis, los aspectos más importantes a tener en cuenta son los errores α y β del estudio, la magnitud de la diferencia a detectar clínicamente relevante, la proporción de pacientes en los distintos grupos que responderán a cada tratamiento y la proporción de pérdidas.

Casosclínicos

Se quiere realizar un estudio para estimar la prevalencia de diabetes mellitus en la población joven de Barcelona. Para determinar el número de sujetos necesario a estudiar, se tendrá en cuenta todo lo siguiente, excepto:

1) Prevalencia estimada de diabetes mellitus en la población.
2) El nivel de precisión que se desea para la estimación.
3) La variabilidad de la diabetes mellitus en la población.
4) La potencia necesaria.

RC: 4

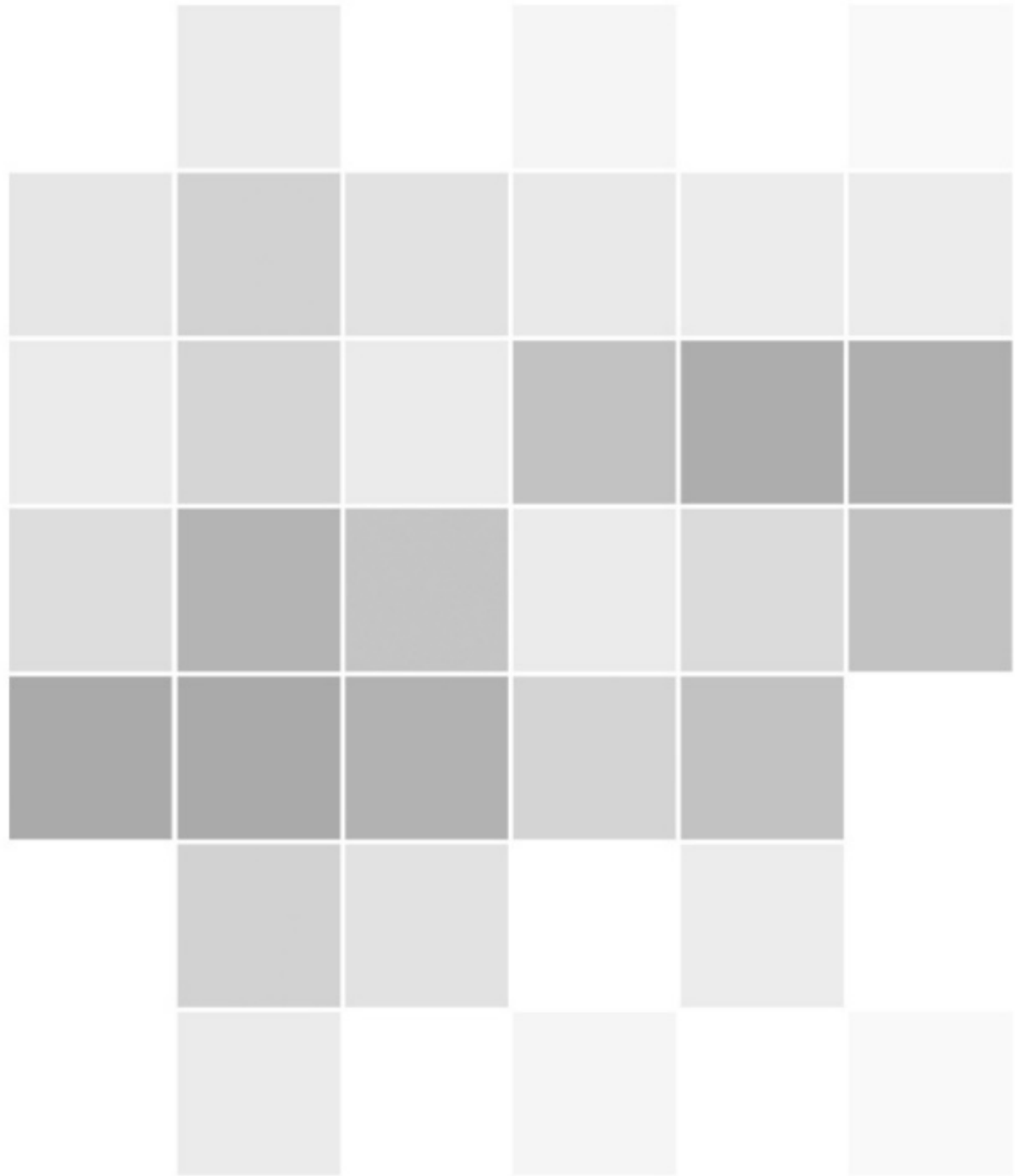
facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

Bibliografía

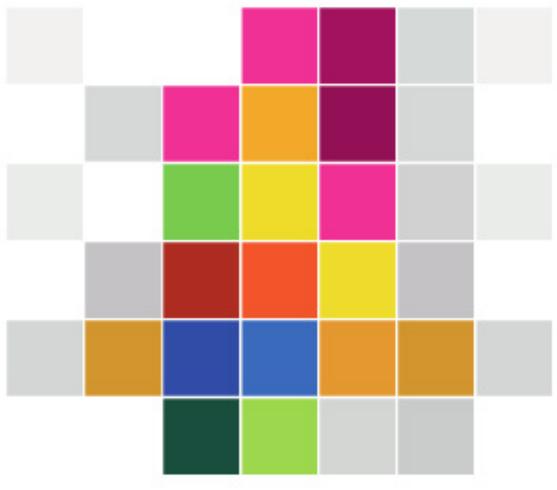
- Dawson B, Trapp R. *Bioestadística médica,* 4.ª ed. Manual Moderno, 2005.
- Greenberg RS. *Epidemiología médica,* 4.ª ed. Manual Moderno, 2005.
- Grupo CTO. *Manual CTO de Estadística y epidemiología,* 9.ª ed. CTO Editorial, 2014.
- Hernández Aguado I, *et al. Manual de Epidemiología y Salud Pública,* 2.ª ed. Editorial Médica Panamericana, 2011.
- Martínez-González MA, Sánchez Villegas A, Faulin Fajardo FJ. *Bioestadística amigable,* 3.ª ed. Elsevier, 2014.
- Ruiz M, Morillo LE. *Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada.* Editorial Médica Panamericana, 2004.

facebook : Booksmedicos06
www.Booksmedicos06.com

www.Booksmedicos06.com



facebook : Booksmedicos06



facebook : Booksmedicos06

ISBN: 978-84-17095-04-8
ISBN: 978-84-17095-05-5
ISBN: 978-84-16932-65-8

www.Booksmedicos06.com

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)

Criterios y Estándares Anexo B CUNCEEC

HOSPITALES

EDICIÓN 2023

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

Consejo de Salubridad General

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

ÍNDICE

Presentación

CRITERIOS

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

Infraestructura Blanda
- Recursos Humanos
- Normatividad
- Elementos medibles

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

Procesos ligados a Infraestructura
- Red de frío e inmunización
- Programas de prevención y detección
- Servicios Subrogados

ESTÁNDARES

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

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

Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente

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

Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente

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

Atención Centrada en el Paciente

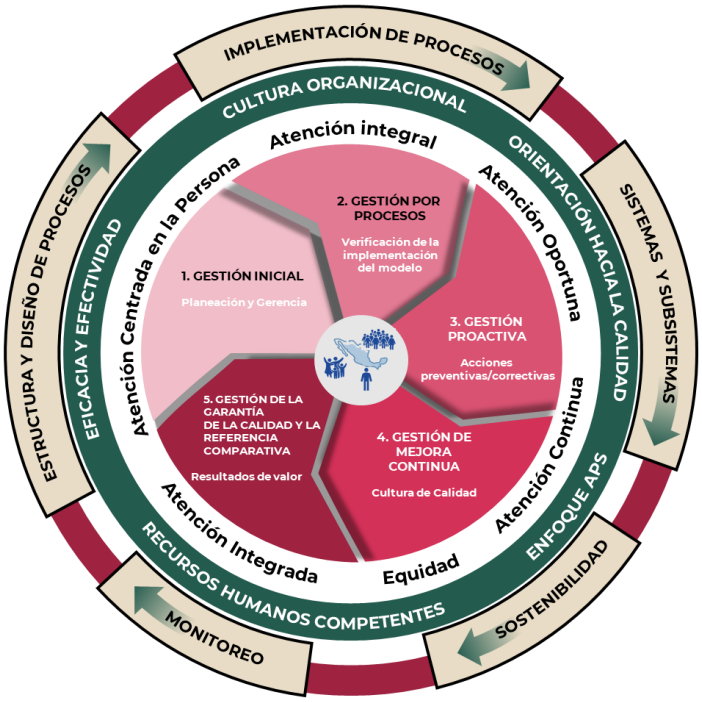
- Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)
- Derechos del Paciente y de su Familia (PFR)
- Evaluación de Pacientes (AOP)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)
- Atención de Pacientes (COP)
- Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)
- Educación al Paciente y a su Familia (PFE)

Gestión de la Organización

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

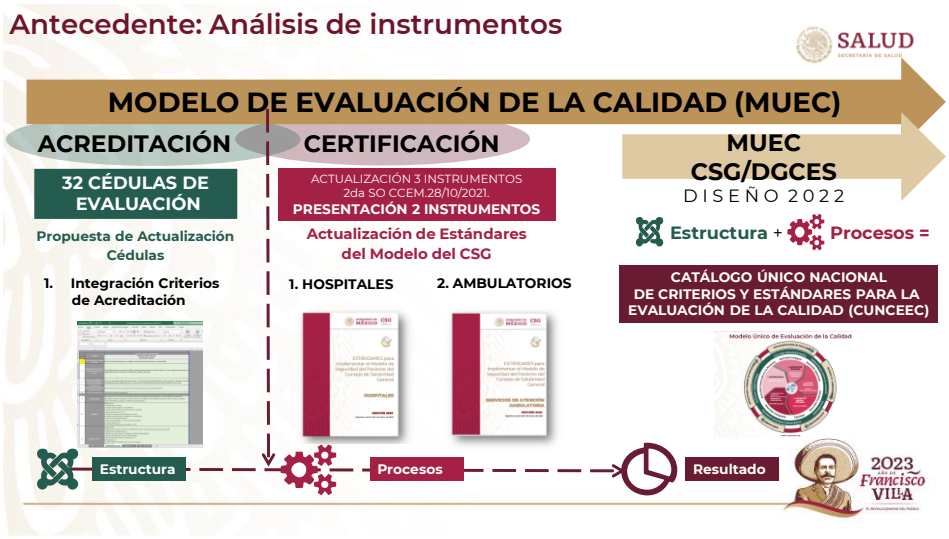
MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

MUEC



FUENTE: CSG/DGCES, 2022

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



Fuente: Diseño propio DGCES y CSG, 2023.

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

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

CRITERIOS HOSPITALES

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

SECCIÓN CRITERIOS

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

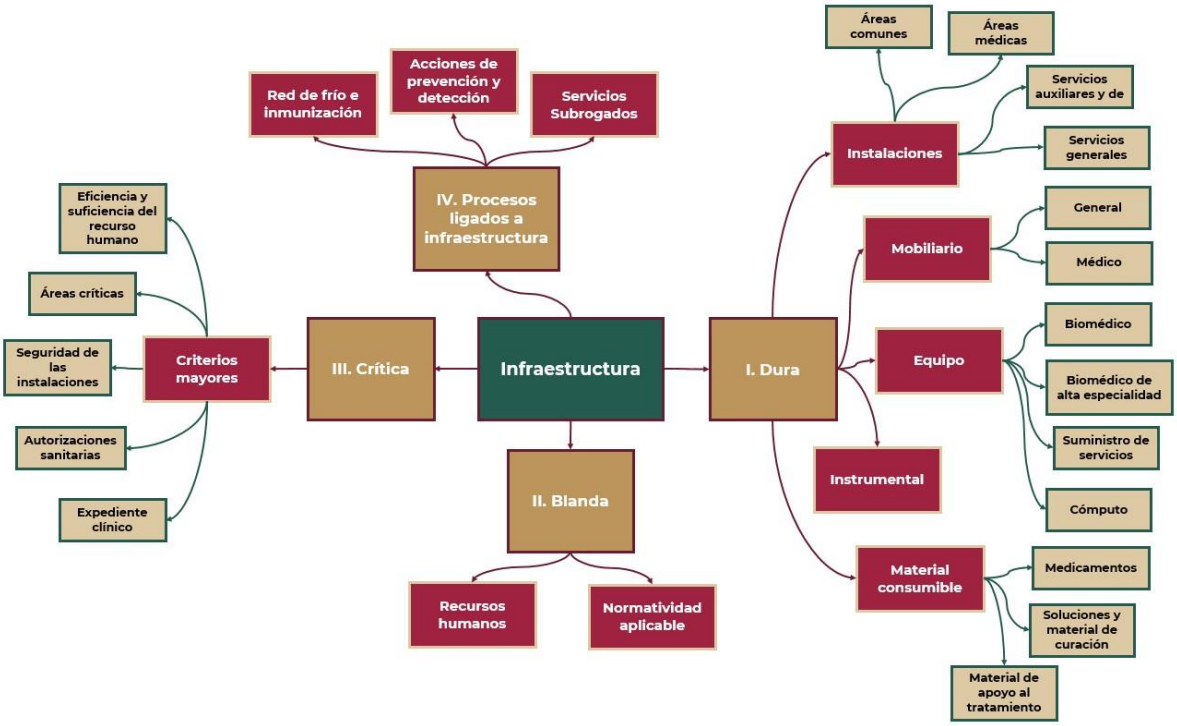
El MUEC tiene un enfoque de sistemas, mediante el cual se ve a la organización como un todo, considerando como parte fundamental el trabajo en equipo, incluyendo el involucramiento y compromiso directivo.

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

Criterios de evaluación del MUEC

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

Clasificación de la Infraestructura en Salud



Fuente: Diseño propio DGCES y CSG, 2023.

- **Infraestructura en salud:** Se comprende como el conjunto de obras y servicios necesarios destinados a la construcción y el mejoramiento de los espacios y la atención de la salud, comprendidos estos servicios como acciones orientadas a prevenir y controlar enfermedades.

- **Infraestructura Dura**: Determinada como aspectos materiales o físicos de la infraestructura, tales como el inmueble correspondiente al EAM.

- **Infraestructura Blanda**: Es el capital humano que le dan valor agregado a los aspectos físicos de la infraestructura. Ese valor agregado es el conjunto de conocimientos, experticia, métodos y normativas que optimizan el funcionamiento de la infraestructura dura.

- **Infraestructura Crítica:** Son elementos indispensables para el funcionamiento del EAM. Se trata de sistemas o redes de tanta importancia que su debilitamiento, sabotaje o destrucción amenazan la seguridad del paciente, los cuidadores, los profesionales de la salud y la comunidad. Por ejemplo: los suministros de energía eléctrica.

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

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

- **Infraestructura dura**: Se deberán cumplir con los requerimientos descritos en el apartado correspondiente del CUNSEEC de la siguiente forma:

    - Se encuentra en excelentes condiciones de estado de conservación y funcionamiento:
    - Se encuentra en condiciones aceptables de conservación y seguras de funcionamiento.
    - No se encuentra.
    - No aplica.

- **Infraestructura blanda**. Se deberá cumplir con la totalidad de los requerimientos descritos en el apartado correspondiente del CUNSEEC, de acuerdo a lo siguiente:

    - Se cuenta.
    - No se cuenta.
    - No aplica.

- **Infraestructura crítica**: Esta se componen de elementos de infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda

- **Procesos ligados a Infraestructura:** se componen de elementos de infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda.

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

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

- **Criterios Menores**: Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

- **Criterios Mayores**: Elementos medibles de **cumplimiento obligatorio** por los EAM. Mismos que se detallan en la sección de infraestructura crítica. Identificados con el símbolo ➲ en el documento.

- **Criterios de infraestructura en evaluación documental:** Para dar continuidad al cumplimiento de la infraestructura en las fases de evaluación documental del MUEC que correspondan, será necesario que el EAM adjunte en el aplicativo correspondiente, la evidencia que demuestre que se mantiene vigente el cumplimiento de criterios de infraestructura previamente validados en la visita de evaluación.

El EAM deberá adjuntar en formato PDF la siguiente información:

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

Generalidades:

Para fines de la evaluación se establece lo siguiente:

- Solo se podrán revisar los Criterios que se encuentran establecidos en el CUNCEEC.

- Se realizará una evaluación física y documental para el análisis integral del cumplimiento de los Criterios.

- Se podrán recabar documentos, fotografías y demás evidencia que sea requerida para la evaluación.

- Todas las bitácoras de limpieza en el establecimiento deberán contener como mínimo:

    - Nombre de la institución.
    - Fecha.
    - Hora de la actividad.
    - Servicio.
    - Proceso de limpieza utilizado.
    - Nombre del personal que realiza las actividades
    - Nombre del personal que supervisa las actividades.

- Todas las bitácoras de mantenimiento deberán contener como mínimo lo siguiente:

    - Nombre de la institución.
    - Fecha de solicitud o programación.
    - Nombre y firma del personal que realiza las actividades.
    - Tipo de actividad.
    - Descripción de las actividades.
    - Nombre del personal que recibe.
    - Firma de conformidad.

Evaluación de Infraestructura

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

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

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

La vinculación se realiza de la siguiente manera:

Ejemplo:

Área a evaluar : Central de enfermería en todas las áreas		
CRITERIOS Infraestructura Dura	**Elemento Medible CUNCCEC**	**Metodología de Evaluación**
Instalaciones • Áreas comunes	• Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente.	Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente: • Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad. • Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice. • Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente. • Se debe contar con sistema de inyección de aire acondicionado con filtrado de alta eficiencia en aislados de hospitalización, terapias intensivas y áreas quirúrgicas. • Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones. • Luminarias funcionando • Instalaciones de gases medicinales en buenas condiciones. • Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas. • Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente. • Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal, pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje. • Señalética colocada según la normatividad. • Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas. • limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen.

		• Que cuente con programa de mantenimiento.
Instalaciones • Mobiliario médico	• Carro para curación. • Mesa mayo con charola. • Mesa Pasteur. • Portavenoclisis rodable. • Caja para desinfección de instrumentos. • Carro porta lebrillos. • Tarja para lavado de instrumental, Insumos para el lavado de este.	Se verificará que se cuente con el mobiliario, esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente. • Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área. • Que pertenezca al área • Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto. • Sin zonas de oxidación o deterioro. • Que se encuentre limpio y desinfectado. • Que cuente con programa de mantenimiento. • Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.
Equipamiento: • Equipo biomédico	• Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones. • Esfigmomanómetro (pediátrico). • Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma. conectada a cada cubículo o módulo. • Estetoscopio (cápsula pediátrica). • Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto. • Lámpara de haz dirigible. • Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto). • Ventilador mecánico de presión y de volumen. • Equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis	Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento. • Que se cuente con el equipo solicitado en el área. • Que pertenezca al área • Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto. • Sin deterioro y zonas de oxidación. • Que se encuentre limpio y desinfectado. • Que cuente con programa de mantenimiento. • Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.
Instrumental	• Pinza de traslado. • Torundero con tapa. • Lebrillos.	Se verificará las condiciones del instrumental en las áreas de atención médica de acuerdo a la

	• Equipo para: • Aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, Punción torácica, • Abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis, Recipiente para desinfección de instrumentos.	normatividad vigente, necesario para realizar las actividades específicas. • Que se cuente con el instrumental solicitado en el área. • Que pertenezca al área • Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto. • Sin deterioro que disminuya o afecte su óptimo funcionamiento • Que se encuentre limpio y sin zonas de oxidación. • Con paquetes de instrumental de acuerdo a la atención del EAM del • De acuerdo a su utilización se encuentre estéril o en su caso desinfectado. • Empaques de instrumental esterilizado se encuentren íntegros. • Cantidad de material a para embalaje de acuerdo a la necesidad del servicio. • Contar con proceso de esterilización o desinfección autorizado por el EAM. • Que cuente con programa de mantenimiento y de baja de instrumental. • Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del instrumental.
Material consumible • Medicamento	Ejemplo Unidad de Cuidados Coronarios Medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio: -Terapia antiplaquetaria: • Ácido acetil salicílico, Clopidogrel, -Terapia antitrombínica: enoxaparina, • Heparina no fraccionada -Terapia anti isquémica: • Metoprolol, • Isosorbide, • Trinitrato de glicerilo, Artovastatina, -Terapia analgésica: morfina, • Fibrinólisis: tenecteplasa, Estreptoquinasa, Alteplase.	

SECCIÓN.1
CRITERIOS

INFRAESTRUCTURA DURA
ELEMENTOS MEDIBLES

I. . Infraestructura Dura: Criterios

1. Instalaciones

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

1.1 Áreas Comunes.

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

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

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

1.2 Áreas Médicas.

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

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

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

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

1.3 Servicios auxiliares y de diagnóstico.

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

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

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

1.4 Servicios Generales

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

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

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Área de central de gases con acceso restringido con condiciones de acceso y señalética de acuerdo a la normatividad.

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

2. Mobiliario

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

2.1 Mobiliario general.

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

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

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

2.2 Mobiliario Médico.

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

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

- Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.

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

3. Equipamiento

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

3.1 Equipo biomédico.

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

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

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

3.2 Equipo Biomédico de Alta Especialidad.

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

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

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

3.3 Suministro de servicios básicos.

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

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

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

3.4 Cómputo.

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

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

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

4. Instrumental

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

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

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

- Cantidad de material a para embalaje de acuerdo a la necesidad del servicio.
- Contar con proceso de esterilización o desinfección autorizado por el EAM.
- Que cuente con programa de mantenimiento y de baja de instrumental.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del instrumental.

5. Material consumible

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

5.1 Medicamento.

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

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

5.2 Soluciones y material de curación.

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

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

5.3 Material de apoyo para el tratamiento.

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

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

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

II. Infraestructura Dura: Elementos Medibles

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

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

  Sala de espera en todas las áreas.
  - Contar con área para sala de espera, con mobiliario y espacios específicos para personas con discapacidad.

  Sanitarios de pacientes y personal en todas las áreas.
  - Contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes independientes para hombres y mujeres, así como condiciones para pacientes con discapacidad en buenas condiciones y con iluminación y ventilación adecuadas.

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

  Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.).
  - Contenedores rígidos para punzocortantes con el símbolo universal de Riesgo Biológico en áreas generadoras.
  - Botes de basura con bolsas marcadas con el símbolo universal de Riesgo Biológico (roja y/o amarilla según el caso) en áreas generadoras.
  - Ruta de recolección.

  Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios.
  - Existencia de extintores en todas las áreas con carga vigente en áreas estratégicas de acuerdo a la normatividad vigente.

- **Central de enfermeras en todas las áreas de atención.**
  - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
  - Carro para curación.
  - Mesa mayo con charola.
  - mesa Pasteur.
  - Portavenoclisis rodable.
  - Caja de Doayan.
  - Equipo de curaciones.
  - Caja para desinfección de instrumentos.

- Carro porta lebrillos.
- Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.
- Esfigmomanómetro (adulto y/o pediátrico).
- Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma conectada a cada cubículo o módulo.
- Estetoscopio (cápsula pediátrica en su caso).
- Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto.
- Lámpara de haz dirigible.
- Pinza de traslado.
- Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto).
- Torundero con tapa.
- Lebrillos.
- Mesa alta con tarja.
- Mesa Pasteur.
- Mostrador escritorio.
- Sistema porta expedientes.
- Tarja para lavado de instrumental, insumos para el lavado de este.
- Anaquel o vitrina para guarda de medicamentos.

- **Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, C) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización.**

  - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
  - Tarja.
  - Mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.
  - Área de lavado con agua corriente, tarja y área de secado.
  - Recipientes para recolección de excretas.
  - Recipiente para recolección de ropa de cama y de pacientes en área de hospitalización.
  - Ubicados cercanos a las áreas.
  - Accesible pero fuera del área de recuperación pos anestésica.

  Cuarto de aseo para todas las áreas.

  - Se encuentra cercano al área de atención y cuenta con:
    - Área de lavado de lavado de instrumentos de aseo.
    - Agua corriente.
    - Área de secado.
    - Tarja o equivalente.

- **Consulta Externa.**

  Condiciones generales.

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

Condiciones generales.

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

Consultorio/s Médico.

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

Mobiliario.

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

Equipo Médico.

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

Instrumental.

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

- Torundero con tapa.

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

Consultorio de cardiología.

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

Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva.

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

Consultorio de dermatología.

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

Consultorio de gineco-obstetricia.

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

Consultorio de medicina física y de rehabilitación.

- Cinta métrica.
- Goniómetro.

- Plantoscopio.
- Martillo de reflejos.

Consultorio de neumología.

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

Consultorio de neurología y neurocirugía.

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

Consultorio de oftalmología.

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

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

Consultorio de otorrinolaringología.

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

Consultorio de ortopedia y traumatología.

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

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

Consultorio de pediatría.

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

Consultorio de proctología.

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

Consultorio de psiquiatría.

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

Consultorio de urología.

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

Consultorios de áreas paramédicas.

Consultorio de Psicología.

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

Consultorio o áreas de Trabajo Social.

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

Consultorio de Estomatología.

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

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

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

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

Consultorios de Endodoncia.

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

Consultorio de Parodoncia.

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

Consultorio de Ortodoncia.

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

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

Consultorio de Odontopediatría.

- Abrebocas.
- Pinza para abombar coronas.

Consultorio de Cirugía maxilofacial.

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

Medicina preventiva.

Consultorio de Medicina Preventiva.

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

Área de hidratación oral.

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

Inmunizaciones.

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

Área de Curaciones.

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

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

Central de Esterilización.

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

Hospitalización.

Condiciones generales.

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

Central de enfermería.

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

Cuarto séptico.

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

Cuarto de aseo.

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

Hospitalización adultos.

- Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno.
- Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas.
- Una toma fija por cada dos camas de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles.
- Un sanitario y regadera por cada 6 camas.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Banqueta de altura.
- Fonodetector portátil de latidos fetales (En áreas de pacientes obstétricas).
- Sistema de comunicación bidireccional, así como de llamado de emergencia conectado a la central de enfermeras.
- Bomba de infusión volumétrica.
- Flujómetro de pared estándar.
- Cardiotocógrafo.
- Báscula con estadímetro.
- Cada cubículo cuenta con:
    - Mesa puente.
    - Cama de hospitalización adultos con barandales.
    - Buró hospitalario.
    - Elemento divisorio por cada cama.
    - Lámpara de cabecera.

Hospitalización Pediátrica.

- Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno.

- Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas.
- Una toma fija por cada dos camas de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles. Sanitario y regaderas.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables.
- Báscula con estadímetro (en su caso báscula pesabebés).
- Incubadora de traslado.
- Incubadora para cuidados generales (en su caso).
- Sistema de comunicación bidireccional, así como de llamado de emergencia conectado a la central de enfermeras.
- Bacinetes (en su caso)
- Bomba de infusión volumétrica y Bomba de infusión de jeringa.
- Estetoscopio de cápsula pediátrica.
- Esfigmomanómetro aneroide con brazalete pediátrico, lactante y neonatal.
- Flujométro de pared estándar
- Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio.
- Incubadora y /o Cuna de calor radiante (con fototerapia opcional).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Baño de artesa (en el caso de brindar atención a neonatos y lactantes).
- Cada cubículo cuenta con:
    - Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo). "
    - Banqueta de altura.
    - Mesa puente (para niños mayores).
    - Cama de hospitalización pediátrica.
    - Buró hospitalario.
    - Elemento divisorio por cada cama.
    - Lámpara de cabecera.

Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica).

- Filtro de aislamiento con Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
- Sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia.
- Toma fija de suministro de oxígeno.
- Toma fija de aire comprimido.
- Toma fija de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles.
- Monitor de signos vitales.
- Bomba de infusión volumétrica
- Flujómetro de pared estándar.
- Aspirador neumático de pared o portátil.

Sala de Curaciones.

- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Anaquel o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes.
- Caja de Doayan.
- Equipo de curaciones.

- Caja para desinfección de instrumentos.
- Termómetro Digital
- Torundero con tapa.
- Antisépticos.
- Gasas y apósitos.
- Analgésicos.
- Suturas.
- Soluciones intravenosas.
- Anestésicos locales.
- Jeringas con agujas.

Oficina de trabajo médico.

- Contar con un área específica para el trabajo del personal médico, con mobiliario y equipo de cómputo.

Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.

- Guarda de medicamentos.
- Interrogatorio y procedimientos delimitadas con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Contenedores para el manejo del R.P.B.I.
- Mueble para escribir y equipo de cómputo.
- Asiento para el profesional de salud.
- Asiento para el paciente y acompañante.
- Asiento para el profesional de salud para el procedimiento.
- Banqueta de altura o similar.
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y roja de R.P.B.I.
- Camilla neumática con barandales.
- Mesa de mayo, Pasteur y carro de curaciones de altura ajustable.
- Esfigmomanómetro aneroide con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal, estetoscopio.
- Lámpara de examinación con fuente de luz.
- Negatoscopio.
- Termómetro digital.
- Báscula con estadímetro.
- Mango para bisturí.
- Pinza de anillos.
- Pinza de disección con dientes y sin dientes.
- Pinza tipo mosquito.
- Porta agujas recto con ranura central y estrías cruzadas.
- Riñón de al menos 250 ml.
- Tijera recta.
- Torundero con tapa.

Urgencias

Condiciones generales.

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

Central de enfermería.

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

Cuarto séptico.

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

Cuarto de aseo.

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

Área de Hidratación.

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

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

- Cuenta con espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas y obstétricas (triage).
- Escritorio para el médico.
- Asiento para el paciente.
- Elemento divisorio de material antibacteriano
- Mesa de exploración universal.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Asiento giratorio.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Esfigmomanómetro aneroide portátil con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard o fonodetector portátil de latidos fetales.
- Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio con pilas de repuesto.
- Lámpara de examinación con haz de luz dirigible.
- Glucómetro.

- Plicómetro para valoración nutricional.
- Negatoscopio.
- Cinta métrica ahulada.
- Termómetro digital.
- Báscula con estadímetro, en su caso báscula pesa bebé.
- Bote para RPBI (bolsa roja).

Área de Observación Cubículos.

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

Sala o área de curaciones.

- Mueble para guarda de equipo e insumos
- Asiento giratorio.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Carro para curaciones.
- Carro para ropa sucia.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
- Mesa alta con tarja y trampa para yesos (cuando se utilicen vendas con yeso).
- Mesa de exploración universal.
- Mesa Pasteur.
- Mesa rígida.
- Riel portavenoclisis.
- Lámpara de haz dirigible.
- Negatoscopio.
- Sierra para yeso o en su defecto cizalla y gubia.

- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Estuche de disección o equipo de sutura o de cirugía menor.

Sala de choque.

- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Estuche de diagnóstico completo con pilas de repuesto.
- Lámpara de haz dirigible.
- Monitor de signos vitales: electrocardiograma, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
- Ventilador mecánico.
- Instrumental para sutura o de cirugía menor de acuerdo a la necesidad.
- Carro camilla para adultos con barandales (de preferencia radiotransparente).
- Elemento divisorio de material antibacteriano.
- Mesa Pasteur.
- Repisa para monitor de terapia intensiva de tres o cuatro canales.
- Riel portavenoclisis.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).

Unidad Quirúrgica.

Condiciones generales.

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

Central de enfermería.

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

Cuarto séptico.

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

Cuarto de aseo.

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

Transferencia de pacientes y Vestidores de personal. ➲

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

Pasillo de circulación blanca.

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

Área blanca sala de operaciones.

- Paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros y que cuenten con curvas sanitarias. ➲
- Ventilación artificial con instalación que permita que el aire sea inyectado por la parte superior de la sala y extraído en la parte inferior, de tal manera que no permita la recirculación de aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. ➲
- Puertas de doble abatimiento y con mirillas. ➲
- Piso resistente al agua, no conductor de corriente. ➲
- Instalaciones fijas de oxígeno y aire (gases medicinales). ➲
- Dispositivos para aspiración de líquidos y secreciones, de succión regulable, éstos podrán ser fijos o portátiles.
- Asiento, asiento giratorio con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- brazo giratorio (en su caso)
- Cubeta de acero inoxidable 12 litros.
- Mesa carro anestesiólogo (en su caso).
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa quirúrgica.
- Mesa riñón.
- Mesa transportadora de material.
- Porta cubeta rodable.
- Porta lebrillo doble.
- Riel portavenoclisis.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Lámpara doble para cirugía.
- Negatoscopio.
- Reloj para sala de operaciones con segundero.
- Unidad electroquirúrgica.
- Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con:
    - Un vaporizador.
    - Gabinete con ruedas, dos con freno.
    - Un cajón.
    - Mesa de trabajo con iluminación.
    - Repisa para monitores (en su caso).
    - Yugos para cilindros de O2 y N2O.
    - Medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión.
    - Contactos eléctricos.
    - Batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado.
    - Flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados.
    - Flush y sistema de guarda hipóxica o FiO2, con alarma audible y visible.
    - Ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente.

- Circuito de reinhalación con sistema canister.
- Monitor de signos vitales con desplieque de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.
- Equipo móvil de rayos X.

Insumos para pacientes adulto.

- Bolsa de reinhalación 3.0 litros, 5.0 litros, "
- Circuito de reinhalación tipo Bain largo, C,
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas,
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas,
- Mango de laringoscopio,
- Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0),
- Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos,
- Hoja articulada curva,
- Resucitador manual adulto,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera,
- Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.),
- Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto,
- Cánulas orofaríngeas (juego con números del 5 al 9),
- Estetoscopio esofágico adulto,
- Pinza de Magill adulto,
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable,
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables.

Insumos para pacientes pediátrico.

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

Insumos para paciente neonatal.

- Resucitador manual neonatal,

- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente neonatal.

Área gris. Área de recuperación post-anestésica.

- Área específica para el estacionamiento de camillas contigua a la zona de transferencia.
- Carro camilla tipo transfer.
- Ventilación artificial.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables.
- Mesa alta con doble fregadero central y bote para RPBI (bolsa roja) para el prelavado de instrumental.
- Locales para la guarda de equipo de utilización intermitente, ropa, insumos y medicamentos.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Cada módulo de recuperación debe contar con:
    - Carro camilla para recuperación (un módulo por sala de operaciones como mínimo)."
    - Elemento divisorio de material antibacteriano.
    - Riel portavenoclisis.
    - Monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
    - Tomas de oxígeno.
    - Toma de aire comprimido.
    - Equipo para aspiración controlada.

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

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

Tococirugía.

Requisitos generales.

- Se debe cumplir con la totalidad de condiciones de la unidad quirúrgica. ➲
- Debe estar ubicada cercana al área de labor, en el caso de que forme parte de un área quirúrgica, deberá ubicarse lo más independiente posible, procurando evitar el tránsito hacia las otras salas de operaciones.
- Los acabados e instalaciones reúnen las características mínimas de las salas de operaciones descritas para quirófano
- Área exclusiva para la atención de la persona recién nacida que cumpla con los requerimientos mencionados en área tocología.
- Equipo para reanimación neonatal mencionados en área de tocología.
- Equipo móvil de rayos X

Tocología.

Condiciones generales.

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

Central de enfermería.

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

Cuarto séptico.

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

Cuarto de aseo.

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito

Valoración Obstétrica- Preparación.

- Área con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía y módulo de aseo de manos.
- Banqueta de altura.
- Camilla.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Mesa Pasteur.
- Baño anexo con regadera.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Caja roja obstétrica con los siguientes medicamentos:
    - Sulfato de magnesio, sol. Iny. De 1g./10 ml (20 frascos ámpula)."
    - Bicarbonato de sodio, sol. Iny. De 10 ml 7.5% (10 frascos ámpula).
    - Furosemida, sol. Iny de 20 mg/2 ml (5 frascos ámpulas).
    - Gluconato de calcio, sol. Iny.10 ml (10 frascos ámpula).
    - Nifedipino cápsulas de gelatina blanda de 10 mg (1 caja o 20 cápsulas).
    - Dexametasona, sol. Iny. De 8 mg/2 ml (2 frascos ámpula)
    - Hidralazina, sol. Iny. De 20 mg/ml (5 frascos ámpula).
    - Fenitoína, sol. Iny. De 250 mg/5 ml (4 frascos ámpula).

Labor.

- Espacio tributario suficiente para las actividades realizadas que permitan el fácil traslado de camillas a la sala de expulsión.
- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard (o equipo equivalente para captar ruidos cardiofetales).
- Cardiotocógrafo.
- Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio con pilas y focos de repuesto.
- Lámpara de haz dirigible.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros con porta cubeta rodable.
- Carpeta porta expedientes.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Cada módulo cuenta con:

- Toma de oxígeno.
- Elementos divisorios de material antibacteriano, impermeable y de fácil limpieza.
- Banqueta de altura.
- Cama- camilla para trabajo de parto.
- Colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto.
- Riel Portavenoclisis.

Expulsión.

- Equipo básico para anestesia con las siguientes características:
  - Circuito anestésico.
  - Oxímetro de pulso.
  - Aspirador de pared o portátil para secreciones.
  - Bolsa de reinhalación.
  - Monitor de presión arterial sistólica, diastólica y media no invasiva.
  - Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
  - Mango de laringoscopio.
  - Mascarillas de anestesia transparentes.
  - Monitor para electrocardiografía continua.
  - Tanque de oxígeno o fuente central.
  - Ventilador transoperatorio mecánico para adulto y para niño.
  - Termómetro digital.
  - Tubos endotraqueales con balón.
  - Guía flexible para sondas endotraqueales adulto.
  - Cánulas oro faríngeas.
  - Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
  - Juego de agujas para espacio subaracnoideo.
- Lámpara de haz dirigible.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Aspirador portátil para succión regulable.
- Instalaciones fijas para el suministro de oxígeno y aspiración controlada.
- Asiento y asiento con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para RPBI (bolsa roja)
- Mesa de apoyo para atención del recién nacido.
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa para atención obstétrica.
- Mesa Pasteur.
- Riel portavenoclisis.
- Mesa carro anestesiólogo.
- Reloj con segundero.
- Báscula pesa bebes.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Recipiente cerrado para desinfección de material usado.
- Módulo de lavado de médicos obstetras contiguo a la sala de expulsión.

Recuperación obstétrica.

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

Área para la atención de la persona recién nacida.

- Área exclusiva para la atención de la persona recién nacida.
- Sistema de aspiración, conexión de sondas, instalación de conexiones de oxígeno humidificador de burbuja y fluxómetro integrado.
- Mesa de reanimación o cuna térmica o mesa de apoyo para atención del recién nacido.
- Báscula pesabebés.
- kits desechables para el pinzamiento del cordón umbilical.
- Compresa o toalla estéril.
- Campo seco estéril.
- Brazaletes de identificación
- Vitamina K ámpula.
- Cloranfenicol solución oftálmica.
- Fuente de calor alejada de ductos de aire acondicionado.
- Equipo para reanimación neonatal:
    - Equipo de aspiración (pera de goma, sondas de aspiración 5 o 6 F, 8 F y 10 o 12 F., sonda nasogástrica 8 F., jeringa 20 ml., dispositivo para aspiración de meconio)."
    - Equipo de bolsa y máscara (bolsa neonatal con válvula de liberación o manómetro que suministre O2 90-100%, máscaras tamaño para recién nacido y prematuro, oxígeno con medidor de flujo, humidificador de burbuja y tabuladoras).
    - Equipo de intubación (laringoscopio hoja recta No 0 y No 1, focos y batería de repuesto, tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4 mm.,
    - Estilete (opcional).
    - Tijeras.
    - Cinta adhesiva.
    - Medicación (adrenalina ámpula, solución fisiológica o Ringer Lactato 100- 250 ml., bicarbonato de sodio al 4.2%, dextrosa al 10% 50ml.).
    - Cateterización umbilical (guantes estériles, bisturí o tijeras, solución de Iodopovidona, cinta para cordón umbilical, sondas umbilicales 3.5 F., 5 F., llave de tres vías, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml., agujas calibre 18, 21, 25 o dispositivos de punción para sistema sin aguja).
    - Varios (reloj, estetoscopio, cinta adhesiva, cánulas oro faríngeas, monitor cardiaco y/o oxímetro de pulso (opcional).

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

Condiciones generales.

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

Requisitos generales.

- Control de acceso (filtro de acceso).

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

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales.

Condiciones generales.

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

Filtro de Acceso.

- Control de acceso a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, Gel (alcohol Isipropílico) y despachador de toallas desechables.
- Bote de basura municipal.
- Material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).

Central de enfermería.

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.
- Ventilador mecánico de presión y de volumen.
- Equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis.

Cuarto séptico.

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

Cuarto de aseo.

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito.

Cubículos o módulos para la atención.

- Sistema de control térmico ambiental y de ventilación con filtrado de alta eficiencia que mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%., que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. ➲
- Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. ➲
- Cubículos de atención con espacio suficiente para la ubicación de la cama, cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte.
- Paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.

- Que en cada cubículo existan al menos:
  - 16 contactos eléctricos grado médico.
  - Dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal.
  - Una toma fija de aire comprimido.
  - Al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
  - Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto roja o amarilla).
  - Bote con bolsa roja para RPBI y contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio.
  - Cama de hospitalización de múltiples posiciones, con cabecera desmontable o abatible, barandales abatibles y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes) en su caso
  - Cuna de calor radiante, con el equipo mínimo siguiente: barandales abatibles de material transparente, colchón de material anti alergénico y radiolúcido, charola para placas de rayos X, lámparas de iluminación, de luz fría, poste de venoclisis, riel lateral para montaje de accesorios, ruedas antiestáticas, sensor de temperatura reutilizable, sistema de aspiración y flujómetro de oxígeno integrado (en su caso).
  - Cuna hospitalaria con barandales abatibles y ruedas (en su caso).

Cubículos o módulos para la atención UCIN.

- Que el área para la extracción de leche tenga dimensiones mínimas de 6 m².
- Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las cunas de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor).
- Que se cuente con controles para cada módulo que permitan regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental.

Cubículos o módulos para la atención: Equipo.

- Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación."
- Bomba de infusión continua para medicamentos y volúmenes diversos
- Estetoscopio, con cápsula tamaño pediátrico.
- Lámpara de haz dirigible.
- Monitor de signos vitales con accesorios para paciente pediátrico, que registre frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva, tensión arterial invasiva y trazo electrocardiográfico y en su caso, módulos de presión para diferentes cavidades orgánicas, gasto cardiaco, monitoreo neurológico de conciencia (EEG) y capnografía, termómetro con porta termómetro, ventilador de presión, de volumen y de alta frecuencia, en su caso, con monitoreo de curvas de ventilación.
- Báscula con estadímetro.
- Báscula pediátrica (pesa bebé)
- Electrocardiógrafo móvil con accesorios complementarios adaptables, para pacientes pediátricos.
- Equipo de oxigenoterapia mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno.
- Monitor de transporte.
- Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología

- Ventilador de transporte, en su caso, puede ser utilizado el ventilador estacionario de presión y volumen, siempre y cuando tenga capacidad de autonomía, dispositivo para movilizar al paciente (grúa) con capacidad para pesar a menores de diferentes edades.
- Camilla para traslado. con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital.
- Esfigmomanómetro con juego de brazaletes adecuados a la edad del paciente.

Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN.

- Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno (con mezclador de gases oxígeno/aire), temperatura y nebulización, bolsa para reanimación autoinflable entre 250 y 500 ml con reservorio de oxígeno.
- Bombas de micro infusión continua pediátricas.
- Bombas de micro infusión de jeringa para programar la velocidad de infusión al menos de 0.1 ml por hora.
- Equipo mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno
- Estetoscopio neonatal.
- Monitor de signos vitales con accesorios para paciente neonato, con registro de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva, tensión arterial invasiva y trazo electrocardiográfico, termómetro con porta termómetro.
- Ventilador pediátrico/neonatal, limitado por presión convencional y que cuente con modo de alta frecuencia oscilatoria (con humidificador, nebulizador, sensor de flujo y de temperatura del aire inspirado que llega a las vías aéreas del neonato).
- Báscula pesabebés con capacidad de registro de 1 g a 10 Kg.
- Electrocardiógrafo móvil con capacidad para desplegar 12 derivaciones simultáneas, con accesorios complementarios adaptables para el neonato.
- Estuche de diagnóstico completo.
- Lámpara de haz dirigible.
- Lámpara de mano.
- Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología.

Incubadora de Traslado: UCIN.

- Incubadora de traslado que proporcione ambiente controlado de humedad, temperatura y oxigenación, así como el mínimo trauma con el movimiento, además del equipo mínimo siguiente: cubierta transparente con visibilidad total en los 360°, con capacete de doble pared para evitar pérdida de temperatura radiante.
- Monitor de transporte, con despliegue digital de temperatura del aire de la cámara, temperatura del paciente, medición de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca, portillos (cinco o más) para tener acceso al paciente
- Sistema para circulación de aire, regulador de la temperatura de aire de 23 a 38°C sin sobrepasar los 39°C.
- Soporte para dos tanques de oxígeno con una capacidad de 415 L como mínimo.
- Ventilador de transporte neonatal electrónico controlado por presión: mezclador de gases para proveer fracción inspirada de oxígeno del 21 al 100%, respaldo de batería de 5 horas como mínimo.

Cubículo o módulo de aislamiento.

- Disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos.
- Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire).
- Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte.
- Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.
- Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico.
- Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, Gel (alcohol Isipropílico) y despachador de toallas.
- Bote de basura municipal.

Área de preparación de mezclas de soluciones y medicamentos.

- Espacio físico y cerrado.
- Con acceso restringido.
- Mesa de acero inoxidable
- Campana de flujo laminar horizontal.
- Que exista espacio físico específico.
- Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral.

Laboratorio clínico.

Condiciones generales.

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

Sala de espera.

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

Recepción.

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

Condiciones generales.

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

Toma de Muestras.

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

Toma de Muestras Ginecológicas.

- Vestidor.

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

Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación.

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

Equipo para Contingencias.

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

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

- Banco o silla apropiados para el técnico y actividad que ejecuta.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Mueble para guarda de materiales, equipo o instrumentos esterilizados.
- Mesa de trabajo con o sin respaldo.
- Equipo básico o su equivalente tecnológico.
- Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija.
- Gradillas.
- Refrigerador con termómetro para control de la temperatura.
- Equipo para biometría hemática y coagulación o su equivalente tecnológico.
- Agitador de pipetas de Toma.
- Cámara de Neubauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1 milímetro de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 milímetros de grosor uniforme especial para dicha cámara.
- Centrífuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 revoluciones por minuto.
- Centrífuga de mesa para micro hematocrito, para tubos capilares en posición horizontal con reloj y freno. Velocidad de 11,500 a 15,000 revoluciones por minuto.
- Coagulómetro.
- Contador de células.
- Lector de micro hematocrito.
- Microscopio binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimientos en cruz, iluminación en la base, revólver para 4 objetivos, filtro despulido y transformador variable.
- Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos blancos.
- Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos rojos.
- Pipeta salí.

- Equipo para química sanguínea, serología e inmunología o su equivalente tecnológico.
- Baño de agua sin circulación forzada con termostato.
- Espectrofotómetro con ancho de banda para la longitud de onda de 325 a 825 nanómetros, ancho de ventana de 20 nanómetros.
- Gradilla para tubos de ensaye.
- Marcador de intervalos de tiempo provisto de alarma.
- Pipetas de volumen variable.
- Pipetas volumétricas.
- Equipos automatizados.

Área de Parasitología.

- Mesa de trabajo.
- Equipo o su equivalente tecnológico de: asa de alambre, centrífuga, mechero de metal inoxidable con quemador de alta temperatura provisto con regulador de llama, soporte y rejilla.

Banco de sangre.

Condiciones generales.

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

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

- Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.
- Asiento con respaldo para el paciente.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- 3. Repisa descansa brazo o mesa con cojín.
- Torundero con tapa.
- Laboratorio de inmunohematología.
- Área de refrigeración
- Área de congelación
- Recepción y suministro de productos.

Puesto de Sangrado.

- Documentación y captura de datos de donadores
- Sala de espera.
- Promoción.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para pacientes por género.
- Consultorios médicos.
- Área de extracción de sangre.
    - Esfigmomanómetro con brazalete de acuerdo a su principal actividad.
    - Báscula con estadímetro.
    - Estetoscopio biauricular con campana.
    - Estuche de diagnóstico completo.
    - Lámpara de pie rodable.
    - Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.

    - Sillón para donador.
    - Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
    - Máquina de aféresis.
    - Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
    - Termómetros digitales.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envió de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.

Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades.

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

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

- Sala de espera y promoción.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para público por género.
- Consultorios médicos.
- Extracción de sangre y aféresis.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envió de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.

- Fraccionamiento.
- Cámara de congelación -30°C para cuarentena.
- Cámara de congelación -30°C para liberación.
- Cámara de conservación. -4°C cuarentena.
- Cámara de conservación -4°C liberación.
- Cámara de conservación -4°C.
- Entrega a hospitales.
- Biología molecular.
- Laboratorio de serología.
- Laboratorio de inmunohematología.
- Oficina de laboratorio.
- Oficina de control de calidad.
- Laboratorio de control de calidad.
- Cámara de conservación -4°C para reactivos e insumos almacén.

Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.

- Agitador de microplacas.
- Baño maría.
- Centrífuga de mesa.
- Centrífuga de lavadora de glóbulos.
- Centrífuga para micro hematocrito.
- Centrífuga universal.
- Congelador muestras.
- Estufa bacteriológica.
- Carro para transporte de muestras.
- Horno para secado de material.
- Agitador Vortex.
- Microscopio de inmunofluorescencia.
- Pipeta multicanal 50 - 300 ul y 50 - 500 ul, pd31:n33 pipetas automáticas 100, 50, 500 y 10 ul, pipetas automáticas volumen variable 2 a 10 ul, 200 a 1000 ul, 40 a 200 ul y 5 a 40 ul.
- Refrigerador para muestras.
- Refrigerador para reactivos.
- Rotor (agitador).
- Analizador automático inmunohematológico (para pruebas cruzadas).
- Analizador hematológico (para biometría hemática).
- Equipo automatizado para serología.
- Incubador.
- Lavador.
- Lector para ELISA.
- Incubadora.
- Centrífuga para técnicas en gel.

Red fría.

- Refrigeradores.
- Congeladores.
- Cámaras frías.

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

Área de Fraccionamiento.

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

Control de Calidad.

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

Imagenología.

Condiciones generales.

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

Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste.

- Equipo de radiodiagnóstico.
- Chasis con rejilla incluida, chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora tipo universal.
- Soporte de tubo.
- Seriógrafo con intensificador de imagen (para equipo con fluoroscopia).
- Bucky vertical.
- Espesómetro graduado en cm y/o pulgadas.
- Lámpara de haz dirigible (colimador de Haz de Rayos X).
- Mampara de protección con vidrio plomoso.
- Mandiles.
- Collarines.
- Protectores de tiroides.
- Protectores de gónadas.
- Mesa fija horizontal con bucky integrado y porta chasis.

- Portavenoclisis rodable.
- Medios de contraste
- Alacena alta.
- Área de consola de control con ventanilla plomada.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa para carga y descarga de chasis.
- Vestidores y sanitarios para pacientes.
- Área de almacenamiento de película.
- Equipo de protección: cortinillas plomadas, marco plomado alrededor de la pantalla, placas de plástico plomado, mamparas, filtros compensadores.

Cuarto de revelado.

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

Interpretación.

- Asiento.
- Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa escritorio o mobiliario modular para los monitores de la estación de interpretación (en su caso) o para la interpretación de placas radiográficas
- Lámpara de luz intensa.
- Negatoscopio de al menos 1,000 cd/m2 para estudios de RX convencionales y de al menos 3 MP para el resto de las modalidades.

Área de Mamografía.

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

Área para estudios por Ultrasonografía.

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

Protección del POE y pacientes.

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

Farmacia.

Condiciones generales.

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

Espacio Físico.

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

Equipo.

- Refrigerador exclusivo para el área de farmacia.
- Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.
- Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.

Guarda de Medicamentos Controlados.

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

Anatomía patológica.

Condiciones generales.

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

Administración, Recepción, Registro de Especímenes y Entrega de Resultados.

- Cuenta con mobiliario adecuado a las características y necesidades específicas de cada laboratorio de anatomía patológica.

Toma de Muestras, Disección y Toma de cortes.

- Mobiliario,
- equipo
- Instrumental
- material para toma de muestras.

Estudio y descripción anatomopatológica.

- Cuenta con el espacio físico y equipo para la disección y toma de cortes.
- Cuenta con los insumos para que se realice el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.

Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos.

- Sistema para inclusión de tejidos en parafina u otros materiales, manual o automatizado.
- Equipo de corte histológico, tinción, montaje y etiquetado, manual o automatizado.
- Equipo de protección para el personal.
- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote para RPBI (bolsa roja).
- Dispensador de jabón líquido.
- Mesa alta de trabajo con tarja.
- Mesa baja para microscopio con control de iluminación ambiental.
- Sistema de archivo para documentos.
- Sistema de archivo para laminillas.
- Microscopio binocular, ocular 10x de campo amplio con cuatro objetivos: 3.2, 10, 40x e inmersión.
- Micrótomo para muestras incluidas en parafina.
- Micrótomo para corte de muestras por congelación.
- Cajas de tinción con las gradillas correspondientes.

Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres.

- Almacén de especímenes.
- Mesa de necropsias.
- Tarja para lavado de material.
- Sistema de refrigeración para cadáveres.
- Equipo e instrumental de corte y disección para necropsia.
- Charolas y recipientes herméticos.
- Mueble para guarda de instrumental.
- Contenedores para la disposición de residuos peligrosos.
- Balanza.
- Equipo fotográfico.
- Equipo de protección personal.
- Extractor de aire.
- Área de conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres.

Archivo de protocolos, guarda de laminillas, informes de resultados y bloques de parafina.

- Cuenta con el mobiliario correspondiente.

Área de microscopía electrónica (en su caso).

- Áreas de proceso, corte, contraste y observación con sistema de captura y almacenamiento de imágenes.
- Mobiliario para almacenamiento de reactivos y material.

Área de depósito y estación temporal de RPBI, materiales y reactivos.

- Que cuente con recipientes acordes a las características y necesidades específicas, de cada laboratorio de anatomía patológica.

Enseñanza.

Condiciones Generales.

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

Aulas.

- Aulas para personal en formación.

Bibliohemeroteca.

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

Área Administrativa.

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

Inhaloterapia.

Condiciones generales.

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

Área Física.

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

Área de atención.

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

Equipo.

- Esterilizador.
- Espirómetro o su equivalente tecnológico.
- Inspirómetro.
- Vaporizador humedecido.
- Nebulizador.
- Micronebulizador o su equivalente tecnológico.
- Lavadora de equipo de inhaloterapia.
- Unidad de secado.
- Flujómetro de pared estándar.
- Oxímetro de pulso.
- Percutor electrónico (percutor neonatal).

Mobiliario.

- Mesa con tarja.

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

Dietología.

Condiciones generales.

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

Instalaciones y Áreas.

- Que cuenten con instalaciones que eviten la contaminación de las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Equipos y Utensilios.

- Ollas y cacerolas
- Licuadora tipo industrial
- Refrigerador.
- Cucharones
- Demás equipos y utensilios requeridos.
- Cubiertos en cantidad suficiente.

Mobiliario.

- Mesa alta de doble tarja.
- Mesa con fregadero
- Triturador de desperdicios.
- Mesa con respaldo y doble fregadero para ollas.
- Mesa con respaldo y fregadero.
- Mesa lisa con escurridero.
- Mesa lisa con respaldo y entrepaños.
- Mesa lisa de apoyo.
- Carro transportador de ollas.
- Estufa de 4 quemadores industrial.
- Horno rectangular.
- Bote para basura tipo municipal.
- Carro de distribución de comida.
- Marmita de vapor.

Servicios.

- Que se disponga de agua potable y cisternas e instalaciones apropiadas para su almacenamiento y distribución.
- Sistema local de tratamiento del agua, sistema local de calentamiento del agua.
- El drenaje cuente con trampas contra olores, y coladeras o canaletas con rejillas.
- Que cuente con un sistema de evacuación de efluentes o aguas residuales.

Servicios sanitarios.

- Que cuente con sanitarios con separaciones físicas completas y que no tengan comunicación directa ni ventilación hacia el área de producción o elaboración.

Almacén de víveres, utensilios y cocina.

- Que exista almacén de víveres, de utensilios y cocina (marmita de vapor, sistema local de calentamiento del agua, sistema local de tratamiento del agua).
- Mesas.
- Estibas.
- Tarimas.
- Anaqueles.
- Entrepaños.
- Estructura para la colocación de las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Control de Materias Primas.

- Cuente con materias primas e insumos inspeccionados y clasificados antes de la producción o elaboración del producto.

Control del Envasado.

- Cuente con envases y recipientes.

Área de Elaboración.

- Estación de lavado y desinfección de manos, provista de jabón o detergente y desinfectante, secador de aire caliente o toallas desechables y depósito para basura.

Control de la Temperatura.

Termómetros para el registro de la temperatura de los alimentos preparados y listos para servir.

Refrigeradores destinados a la descongelación.

- Hornos de microondas para la descongelación de alimentos.
- Área para descongelación de alimentos con despachador de agua y drenaje.
- Área designada con despachador de agua, jabón, cepillo o estropajo y cloro o desinfectante de uso alimenticio para el lavado de frutas y vegetales.
- Espacio asignado para las vísceras en los refrigeradores o congeladores.
- Termómetros calibrados para la recepción de productos de la pesca.
- Área para ubicación de productos alimenticio o bebidas rechazados, separado del resto de alimentos.
- Recipientes lisos lavables y con tapa para el agua potable utilizada en la elaboración y guarda del hielo para consumo.
- Pinzas o cucharones específicos para servir el hielo.
- recipientes o utensilios desechables para probar la sazón de los alimentos.

Limpieza.

- Desinfectantes en el área de guarda.
- Detergente o jabón líquido o en pasta
- Yodo o cloro
- Equipo mecánico para el lavado de loza o en su caso contar con máquina lava loza.
- Trapos exclusivos de color claro para el secado de la loza o toalla de papel.

Servicios generales.

Casa de máquinas.

Condiciones Generales.

- Iluminación y ventilación adecuadas.

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

Extintores.

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

Seguridad.

- Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores.

Central de gases.
Manifold.

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

Condiciones generales.

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

Seguridad.

- Sensores para el monitoreo de la presión de los gases.
- Alarmas ubicadas en la central de gases y otra en un área estratégica de control.

Sistema de energía de emergencia.

- Planta de emergencia, UPS. ➲

Cisternas.
Condiciones Generales.

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

Seguridad.

- Tomas especiales en los servicios que requieran agua, así como en los sistemas de distribución para emergencia.
- Cobertura los requerimientos internos del establecimiento al menos por 24 horas.
- Equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.

Almacén Temporal de RPBI
Requerimientos.

- Báscula apropiada para el volumen que genera el establecimiento.

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

Lavandería.
Condiciones Generales.

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

AREAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Sala de endoscopía.

Condiciones Generales.

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

Requisitos Generales.

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

Área de lavado de Cirujanos.

- Lavabo de Cirujanos.
- Cepillera para uso quirúrgico.
- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.
- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.

Sala de Procedimientos.

- Existencia de una sala de endoscopia alta y una sala de endoscopia baja.
- Dispositivo de signos vitales.
- Tomas de aire, oxígeno y vacío.
- Aspirador fijo o portátil para succión continua.
- Equipo para anestesia.
- Estetoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Equipo de rayos X y monitor de rayos X.
- Negatoscopio.
- Equipo de anestesia.
- Asiento, asiento giratorio con respaldo.
- Banqueta de altura.

- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Brazo giratorio.
- Cubeta de acero inoxidable.
- Mesa carro anestesiólogo.
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa quirúrgica.
- Mesa riñón.
- Mesa transportadora de material.
- Portacubeta rodable.
- Portalebrillo doble.
- Riel portavenoclisis.
- Mesa de instrumentos especiales que se pasan a través del endoscopio.
- Sitio de colgado para mangueras.
- Tarja, lámpara doble para cirugía.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Camilla neumática básica (por área de endoscopía en la unidad).
- Anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad.
- Circuito anestésico.
- Oxímetro de pulso.
- Aspirador de pared.
- Aspirador portátil para secreciones.
- Bolsa de reinhalación.
- Monitor de presión arterial sistólica. diastólica y media no invasiva.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
- Mango de laringoscopio. mascarillas de anestesia transparentes.
- Monitor para electrocardiografía continua.
- Tanque de oxígeno o fuente central.
- Ventilador transoperatorio mecánico para adulto.
- Termómetro clínico oral o rectal.
- Tubos endotraqueales con balón.
- Guía flexible para sondas endo-traqueales adulto.
- Cánulas orofaríngeas.
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo.

Recuperación Post-Anestésica.

- Área específica para el estacionamiento de camillas.
- Cuenta con ventilación artificial.
- Cuenta con equipo para aspiración controlada.
- Tomas de oxígeno y de aire comprimido.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color. excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Carro camilla para recuperación.
- Elemento divisorio de material antibacteriano.
- Riel portavenoclisis.

- Monitor de signos vitales con ECG. presión arterial por método no invasivo. temperatura y oxímetro.
- Módulo para la higiene de manos con el cartel de la técnica para la higiene de manos.
- Transfer de camillas.
- Carro camilla tipo transfer.
- Área de prelavado de instrumental con:
  - Bote para RPBI (bolsa roja).
  - Mesa alta con doble fregadero central.
- Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de endoscopia.
- Área de lavado para material e instrumental con agua corriente, tarja y área de secado.

Central de enfermeras.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente

Unidad de trasplante de medula ósea adulto, pediátrico y unidad de trasplante renal.

Condiciones Generales.

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

Requisitos Generales.

- Sistema de control térmico ambiental y de ventilación con filtrado de alta eficiencia que mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%., que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. ➲
- Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. ➲
- Existencia de sala de espera con servicios de sanitarios.
- Lavabos para higiene de manos con dispensadores con jabón germicida líquido. gel (alcohol isopropílico). toallas de papel desechables o sistema de aire funcional para secado de manos y bote para basura municipal.
- Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.
- Estuche de diagnóstico completo.
- Lámpara de mano.
- Monitor de transporte.
- Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología.
- Ventilador de transporte.
- Dispositivo para movilizar al paciente que puede ser una grúa.
- Camilla para traslado con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital. oxigenación (tanque de oxígeno portátil) y monitoreo.
- Esfigmomanómetro.

Filtro de acceso.

- Cuente con un lavabo.
- Dispensadores con jabón germicida líquido. gel (alcohol isopropílico) y toallas desechables o sistema de aire para secado de manos.
- Material para la colocación de las barreras de protección. (bata. gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).

Cubículos o Módulos para la Atención.

- Las paredes. pisos y techos de los cubículos o módulos deben ser de material liso. resistente y lavable. que permita el uso de desinfectantes.
- Existencia de al menos 16 contactos eléctricos grado médico. diferenciados por código en relación con la fuente de suministro y el voltaje por módulo.
- Existencia de dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal. una toma fija de aire comprimido. así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
- Lavabo con dispensadores con jabón germicida líquido. gel (alcohol isopropílico) y toallas desechables o sistema de aire para secado de manos.
- Bote con bolsa roja para RPBI.
- Contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio.
- Cama de hospitalización tipo hidráulica. de múltiples posiciones. con cabecera desmontable o abatible. con barandales integrados y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes). Cama-cuna o incubadora según corresponda.
- Sabana térmica.
- Bombas de infusión continúa.
- Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación.
- Estetoscopio.
- Lámpara de haz dirigible.
- Monitor con capacidad para registro de: trazo electrocardiográfico de dos canales. presión arterial invasiva y no Invasiva. temperatura y oximetría de pulso.
- Termómetro digital.
- Ventilador mecánico de presión y de volumen.
- Capnógrafo con oxímetro.
- Al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos. que cuente preferentemente con inyección y extracción de aire independientes.

Central de enfermeras.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente.

Áreas complementarias.

- Espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos. soluciones y material de curación.
- Área de preparación de mezclas de soluciones y medicamentos en espacio físico cerrado con acceso limitado y mesa de acero inoxidable.
- Espacio físico para la preparación de nutrición parenteral y enteral con campana de flujo laminar horizontal.
- Almacén de Equipo Rodable con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.
- Espacio físico para lavado de material e instrumental. con agua corriente. tarja y área de secado.

Cuarto Séptico.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente.

Hemodinamia.

Condiciones Generales.

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

Requisitos Generales.

- Sala de espera cuenta con extintores.
- Acabados que no acumulen polvo, que sean de fácil limpieza y mantenimiento en los pisos, muros y plafones, superficie de materiales repelentes al agua, en pisos antiderrapante y en las áreas húmedas.

Preparación y recuperación del paciente.

- Área para control de enfermería.
- Área para trabajo de médicos.
- Espacio físico para la guarda de ropa limpia y sucia.
- Mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación.
- Sanitarios para personal.
- Cama-camilla con barandal.
- Monitor de signos vitales con oxímetro de pulso y presión arterial no invasiva, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, trazo electrocardiográfico con 12 derivaciones, ventilador mecánico.

Cuarto de aseo.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente.

Sala de hemodinamia.

- Vestidores.
- Tarja o lavabo para el lavado y asepsia prequirúrgica de las manos.
- Guarda de material estéril con anaqueles que resguarden el material del polvo y la humedad.
- Sala de control con los instrumentos de monitorización del paciente ubicado para la comunicación directa o electrónica con el paciente (espejos, sistemas de circuito cerrado de televisión).
- Cuarto de potencia donde se encuentren los dispositivos de protección contra sobre intensidades, el transformador de aislamiento y su sistema de vigilancia.
- Sistema de energía de emergencia. ➲
- Unidad básica de anestesia que cuente como mínimo con:
    - Un vaporizador."
    - Gabinete con ruedas, dos con freno.
    - Un cajón.
    - Mesa de trabajo con iluminación.
    - Repisa para monitores (en su caso).
    - Yugos para cilindros de O2 y N2O.
    - Medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión.
    - Contactos eléctricos.
    - Batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado.
    - Flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados.
    - Flush y sistema de guarda hipóxica o FiO2, con alarma audible y visible.
    - Ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente.

  - Circuito de reinhalación con sistema canister.
  - Monitor de signos vitales con desplieque de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.
  - Oximetro de pulso.
- Bolsa de reinhalación 3.0 litros, 5.0 litros.
- Circuito de reinhalación tipo Bain largo, C.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
- Mango de laringoscopio.
- Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0).
- Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos.
- Hoja articulada curva.
- Resucitador manual adulto.
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera.
- Tubos endotraqueales con balón. transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.).
- Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto.
- Cánulas oro faríngeas (juego con números del 5 al 9).
- Estetoscopio esofágico adulto,
- Pinza de Magill adulto,
- Equipo para bloqueo peridural y s.ubaracnoideo, estéril, no reutilizable,
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables.

Angiógrafo arco biplanar o monoplanar.

- Soporte con arco montado al piso o al techo (para el caso de angiógrafo arco biplanar deberá contar con un soporte montado al piso y otro al techo).
- Sistema de rayos X. 2. que cuente con filtros para reducción de dosis seleccionada automáticamente.
- Mesa que cuente con capacidad de movimiento flotante transversal y vertical, soporte de peso del paciente de 200Kg o mayor.
- Sistema de adquisición de imagen que cuente con al menos dos monitores con monitoreo o despliegue de dosis en el monitor del sistema.
- Angiografía o rastreo de adquisición rotacional y programa para realce para visualizar los stents.
- Sistema de procesamiento de imagen con:
  - Unidad de CD ROM o DVD para grabado, visualización y manejo de imágenes provenientes de disco compacto, "
  - Dos monitores en la sala de control.
  - Medición de estenosis tanto en el equipo como en la estación de trabajo.
  - Cuente con análisis coronario 3D.
- Estación de pos procesamiento de imagen con:
  - Dos monitores y con paquete para generación y medición de imágenes 3D para angiografía, programa de supresión de hueso en 3D, superposición del modelo 3D en la fluoroscopía en tiempo real, adquisición de imágenes tomográficas o imágenes de bajo contraste."
- Sistema de poligrafía integrado o interfasado al equipo que cuente con:

- Cuatro entradas de presión invasiva y con manejo en la misma consola del equipo.
- Medición integrada de signos vitales y presión sanguínea no invasiva.
- Respiración / CO2.
- Medición y cálculos integrados del gasto cardiaco.
- ECG de 12 derivaciones.
- Tres monitores a color de 17 pulgadas o mayor, con tecnología LCD en el área de control y uno en la sala de exploración.
- Impresora de papel laser
- Filtros de contorno o de compensación o de cuña, DICOM send y print.
- Paquete de seguimiento automático del bolo o angiografía periférica por pasos.
- Inyector de medios de contraste.
- Unidad de energía interrumpible.
- Consumibles: jeringas de 150 cc para inyector, discos CD-R o DVD.
- Cuente con dos mamparas móviles de acrílico y una suspendida a techo en equivalencia a plomo.
- Cortinas de plomo para la mesa.

- Trasplante de corazón y pulmón:
  - Equipo para sistema de oxigenación extracorpórea por membrana ECMO (soporte vital extra corpóreo)."
- Infarto Agudo al Miocardio:
  - Unidad de asistencia circulatoria con balón intra- aórtico.
  - Desfibrilador con capacidad de uso como marcapasos.

Hemodiálisis.

Condiciones Generales.

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

Requisitos Generales.

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

Área de recepción.

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

Central de enfermería.

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

Mobiliario en el área

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

Estación de hemodiálisis.

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

Planta de tratamiento de agua.

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

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

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

Material para curación.

- Agujas de diferentes calibres para punción de fístula interna y equipo para hemodiálisis temporal.
- Careta o lentes protectores.
- Cubrebocas desechables.
- Delantal o bata de material impermeable.
- Equipo para venoclisis estéril, desechable, sin aguja y normogotero
- Guantes de hule látex (no estériles).

Almacén

- Que cuente con un espacio físico para el almacén.

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

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

Unidad de cuidados coronarios.

Condiciones Generales.

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

Requisitos Generales.

- Sistema de control térmico ambiental y de ventilación con filtrado de alta eficiencia que mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%., que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora. ➲
- Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia. ➲
- Que existan lavabos para el área general y que cuente con dispensadores con jabón germicida líquido, gel (alcohol isopropílico) y toallas desechables o sistema de aire para secado de manos, bote para basura municipal, que este colocado el cartel de la técnica para la higiene de manos.
- Que cuente con extintores.
- existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.
- Verificar que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.
- Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico.
- Que cuente con puerta y pasillos.
- Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).
- Que cuente con filtros de aire de alta eficiencia.

Cubículos o Módulos para la Atención.

- Que los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte.
- Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.
- Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico.
- Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
- Que en cada cubículo o módulo exista el siguiente mobiliario: bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), bote con bolsa roja para RPBI, contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio, cama de hospitalización tipo hidráulica, de múltiples posiciones, con cabecera desmontable o abatible, con barandales integrados y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes).
- Que exista el siguiente equipo por cubículo o módulo: bombas de infusión continúa, dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, estetoscopio, lámpara de haz dirigible, monitor con capacidad para registro de: trazo electrocardiográfico de dos canales, presión arterial invasiva y no invasiva, temperatura y oximetría de pulso, termómetro con porta termómetro, ventilador mecánico de presión y de volumen.
- Que exista el siguiente equipo y mobiliario por servicio: electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones, estuche de diagnóstico completo, lámpara de mano, monitor de

transporte, negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología, ventilador de transporte, dispositivo para movilizar al paciente que puede ser una grúa, camilla para traslado con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital, esfigmomanómetro.

- Que se prevea la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos.
- Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire).
- Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte.
- Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.
- Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico.

Central de enfermeras.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente
- Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.
- Que cuente además con equipo y material para la atención de infarto agudo al miocardio: catéter endovenoso central, catéter para línea arterial, catéter venoso central largo y corto.
- Que cuente además con el medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio: para terapia antiplaquetaria: ácido acetil salicílico, clopidogrel, para terapia antitrombínica: enoxaparina, heparina no fraccionada, para terapia anti isquémica: metoprolol, isosorbide, trinitrato de glicerilo, artovastatina, para terapia analgésica: morfina, para fibrinólisis: tenecteplasa, estreptoquinasa, alteplase.
- Verificar la existencia del siguiente instrumental: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis, recipiente para desinfección de instrumentos.

Área de Preparación de Mezclas de Soluciones y Medicamentos.

- Existencia de un espacio físico y cerrado.
- Que cuente con acceso limitado.
- Que cuenten con mesa de acero inoxidable, cubrebocas, jeringa, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento.

Nutrición Parenteral y Enteral (propio o subrogado).

- Que cuente con campana de flujo laminar horizontal.
- Que exista espacio físico específico.
- Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral.

Almacén de Equipo Rodable.

- Existencia del área o espacio físico.
- Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.

Lavado de Instrumental.

- Área de lavado para material e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.

Áreas de Trabajo Administrativo para el Personal Médico y de Enfermería.

- Espacio físico especifico.
- Mobiliario: Mesas de trabajo o escritorios, sillas para personal, muebla para guardar artículos.

Quimioterapia.

Condiciones Generales.

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

Sala de aplicación.

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

Central de enfermeras.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente

Área para preparación de quimioterapia.

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

Área de Curaciones.

- Carro para curación, mesa mayo con charola, mesa Pasteur, portavenoclisis rodable, caja para desinfección de instrumentos, carro porta lebrillos.

Estación de Camillas y Sillas de Ruedas.

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

Bodega de Material y Curaciones.

- Existencia de mamparas o closet.

Almacén de Medicamentos.

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

Ropería.

- Ropería en buenas condiciones.

Cubículo de personal Médico.

- Escritorio y sillas, mesa de trabajo y computadora.

Radioterapia.

Condiciones Generales.

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

Radioterapia externa o teleterapia.

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

Braquiterapia (de alta o baja tasa).

- Zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se cuente con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación, excepto cuando se utilice material desechable.
- Braquiterapia de carga manual: Que el material radiactivo se almacene en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de braquiterapia y que cuente con mesa de trabajo de material resistente, para soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo, que se preparen las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.
- Que cuente con equipo computarizado para la planeación de los tratamientos.
- Equipo de dosimetría tipo cámara de pozo y dispositivos para control de calidad (braquiterapia de carga automatizada).

Planta de emergencia.

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

POE.

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

Medicina nuclear.

Condiciones Generales.

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

Medicina nuclear.

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

Gamagrama.

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

Estudios auxiliares de diagnóstico.

Condiciones Generales.

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

Área de Electroencefalografía.

- Contar con equipo de Electroencefalograma.

Área de Resonancia magnética.

- Contar con equipo de Resonancia Magnética.

Área de Potenciales evocados.

- Contar con Equipo de potenciales auditivos evocados.

Área de Ecocardiógrafo.

- Contar con.Ecocardiógrafo.

Área de Densitometría.

- Contar con Densitómetro de rayos X o de ultrasonido.

Área de Electrocardiografía.

- Contar con equipo de. Electrocardiógrafo multicanal.

Área de Tomografía.

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

Sala de rayos X simple (fluroscopia con arco en C).

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

Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT).

- Equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.

Servicio de polisomnografía.

Condiciones Generales.

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

Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL.

- Cuarto insonorizado con espejo de doble via en una pared desde donde se realiza el monitoreo.
- Cama clínica.
- Electroencefalograma (EEG).
- Electrooculograma (EOG).
- Electromiograma de superficie (EMG), flujo oronasal, movimientos toracoabdominales, posición corporal, ruido laringotraqueal.
- Electrocardiograma.
- Saturación arterial de oxígeno.

Establecimiento de rehabilitación.

Condiciones Generales.

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

Sala de usos múltiples.

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

Actividades de Rehabilitación.

- Material didáctico.

- Información escrita.

Enseñanza, capacitación e investigación científica.

- Área de enseñanza y capacitación.

Fisioterapia.
Unidad de rehabilitación.

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

Área de hidroterapia.

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

Área de electroterapia.

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

Área de mecanoterapia y terapia ocupacional.

- Barras paralelas.
- Colchón terapéutico.
- Escaleras Terapéuticas.
- Espalderas.
- Espejo móvil para valorar postura.
- Barras Suecas.
- Espejo para postura.

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

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

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

Inhaloterapia Terapia física pulmonar.

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

Equipo de electro encefalografía.

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

Equipo de Potenciales Auditivos Evocados.

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

Inmunohistoquímica.

Condiciones Generales.

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

Área de Inmunohistoquímica.

- Que cuente con el equipo e insumos para: Recuperación de antígenos.
- Incubación.
- Revelado.
- Observación de acuerdo con la técnica que se utilice.
- Conservación y almacenamiento de reactivos y muestras.

Área de patología molecular.

- Áreas con sistemas de descontaminación para el manejo de muestras histológicas y citológicas (de acuerdo con cada técnica de biología molecular que se lleven a cabo en el establecimiento).
- Áreas de conservación, preparación, extracción y amplificación de ácidos nucleicos (de acuerdo con cada técnica de biología molecular que se lleven a cabo en el establecimiento para la atención médica).

Genética.

Condiciones Generales.

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

Requisitos Generales.

- El área deberá contar con: Equipo para clitómetro de flujo.

Cuidados paliativos.

Condiciones Generales.

- Área física para otorgar atención paliativa (específica o compartida. Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Sala de espera propia o compartida y servicios sanitarios diferenciados por género.
- Área de consultorio exista la disponibilidad de un cubículo para valoración y determinación de prioridades de atención, con un sitio cómodo y confortable.
- Acceso directo desde la sala de espera y/o módulo de recepción y control.
- Cuente con un área de interrogatorio (preferentemente con silla, escritorio y sillón (reposet) para evitar barreras entre el médico, el paciente/familiar, que permita privacidad para la evaluación de las personas y facilidad de movimiento de sillas de ruedas, andaderas, bastones, muletas etc.
- Que se disponga de un área de exploración física.
- Que exista una toma fija para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido, así como de aspiración controlada o en su caso por medio de equipos portátiles.

Tecnologías de la Información.

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

Generalidades.

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

Área para Profesional Multidisciplinario.

- Área para que el equipo multidisciplinario realice sus actividades

INFRAESTRUCTURA REQUERIDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN

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

Centro de internamiento en adicciones.

Condiciones Generales.

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

Área de internamiento.

- Área de recepción.
- Mostrador de control y registro para la atención del paciente.
- Cuenta con extintores y señalización.
- Sanitarios y regaderas.
- Dormitorios (con espacios individuales para guardar objetos personales.)
- Área física para la cocina y el comedor.
- Área física para las actividades recreativas.
- Botiquín de primeros auxilios con los insumos requeridos.
- Área física para el resguardo y control de los medicamentos con acceso restringido a los usuarios.
- Mobiliario y estantería de material resistente a los agentes limpiadores.
- Área específica para guarda de medicamentos controlados con su respectivo equipo de refrigeración según el caso.
- Área para psicoterapia grupal o individual.

Atención en salud mental.

Condiciones Generales.

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

Cámara de Gesell (en caso de existencia).

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

Atención médica oftalmológica.

Consultorio.

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

Unidad Quirúrgica.

- Facoemulsificador.

Unidad Quirúrgica Instrumental.

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

Atención hospitalaria de alta especialidad

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

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

Procesos quirúrgicos en menores de 18 años.

Malformaciones congénitas y/o adquiridas.

Fisioterapia. (Área de manejo de heridas y estomas).

- Servicio de rehabilitación equipado, propio o de referencia para el manejo de derivaciones temporales o definitivas del tubo digestivo.

Unidad Quirúrgica.

- Equipo para cirugía de malformaciones digestivas: Separador de tórax. Instrumental fino que contenga pinzas de disección de Adson con y sin dientes, Pinzas de disección vasculares, Separadores de Dennis Brown, De Gosset, de O Sullivan, De Balfour pediátricos (cualquiera de ellos completos y con valvas de diferentes longitudes), Finochieto neonatal y lactante. Pinza de disección de Gerald. Pinza de Baby Allen o Pinza de Cooley para resección intestinal. Juego de dilatadores de Hegar del 3 a 16 mm Electroestimulador de músculo. Electrocauterio con punta fina y bipolar. Separador

chico de Weithlander con puntas cortantes. Ligasure (generador para selladura de vasos). Separador lone - star. Sistema de manometría esofágica y anorectal (propio o subrogado).

- Equipo para cirugía de Malformaciones columna vertebral: equipo para cistotomía pediátrico por punción, equipo para derivación urinaria (procedimiento de mitrofanoff), equipo para reimplante vesicoureteral, equipo para vesicostomía o derivación urinaria temporal, equipo para meningoplastía o mielomeningoplastía, pasador de válvula de derivación tipo codman, válvula de derivación ventrículo-peritoneal presión media o baja, lupas magnificadoras, raquimanómetro, equipo de microcirugía, equipo para procedimiento de Malone (en su caso) Charola de nefrectomía (1 contenedor metálico, 2 piezas Foester rectas, 2 porta agujas Mayo grandes, 2 porta agujas finos medianos punta diamante, 2 porta agujas Mayo medianos, 1 porta agujas Derf, 2 pinzas pedículo grandes, 2 pinzas pedículo medianas, 2 pinzas pedículo Adson, 2 piezas Babcock, 2 piezas Potts intestinales anguladas y recta, 2 piezas Baby Allen, 4 piezas Allis largas, 6 piezas Allis chicas, 2 piezas Kelly puch, 15 piezas Kelly curvas, 15 piezas Haisted curvas, 2 piezas Haisted rectas, 8 piezas Erinas, 2 Escalpelos N.3, 1 Escalpelo N.7, 1 Escalpelo N. 3 largo, 1 Estilete, 2 disecciones Adson C/ D1 disección Adson S/D, 2 Disecciones Gerald C/D, 1 Disección Jarit mediana C/D, 1 Disección Jarit mediana S/D, 2 disecciones vasculares medianas, 2Sep. Farabeuf grandes, 2 Sep. Farabeuf chicos, 3 Sep. Maleables, 2 Sep. Diversa chicos, 1 cánula Yankawer, 1 aspirados fino, 2 Recipientes: grande y chico, 2 flaneras, 1 Probeta de metal graduada).
- Equipo para cirugía Malformaciones urinarias: equipo para cistotomía pediátrico por punción, Instrumental fino que contenga pinzas de disección de Adson con y sin dientes, Pinzas de disección vasculares, Separadores de Dennis Brown, De Gosset, de O Sullivan, De Balfour pediátricos (cualquiera de ellos completos y con valvas de diferentes longitudes), Juego de Beniquest completo, Dilatadores de Instrumental fino que contenga pinzas de disección de Adson con y sin dientes, Pinzas de disección vasculares, Separadores de Dennis Brown, De Gosset, de O Sullivan, De Balfour pediátricos (cualquiera de ellos completos y con valvas de diferentes longitudes) Amplatz para nefrectomía con guías, catéteres doble "J" calibres 2, 3, 4 y 5 Fr y equipo complementario parea procedimientos como uretotromía, uretoroplastía, osteotomía de pubis, nefrectomía y equipo para dilatación uretral (dilatadores y guías de Phillips), Equipo de cistoscopia y para colocación de catéter uretral, instrumental para microcirugía (pinzas, porta castro viejo y para material fino, tijeras).
- Microscopio para Otorrinolaringología.

USG.

- Existencia USG para el diagnóstico prenatal.

Hemodinamia.

- Verificar que cuente con unidad de asistencia circulatoria con balón intra- aórtico.
- Verificar que exista desfibrilador con capacidad de uso como marcapasos.
- Verificar que existan los siguientes insumos: catéter diagnóstico, guía para catéter, sistema introductor, medio de contraste no iónico, catéter con globo tipo Rashkind, catéter balón. Sten coronario no medicado, cables de marcapaso y dispositivo oclusor percutáneo.

Implantación Prótesis Coclear.
Consulta Externa (audiología).

- Audiómetro clínico de dos canales independientes
- impedianciómetro clínico para hacer timpanometría, reflejos estapediales ipsi y contralaterales, así como prueba de trompa de Eustaquio para oído íntegro y perforado, con capacidad de imprimir el estudio
- equipo de emisiones otoacústicas, transientes o productos de distorsión para detección (Tamiz auditivo neonatal)
- Equipo de potenciales auditivos de tallo cerebral para detección y para diagnóstico.
- Cámara sonoamortigüadora.

CEyE.

- Tubería sistema de enfriamiento. Set de aspiradores de oído con adaptador de 0.8 mm,1 mm,2 mm,3 mm y 4 mm. Separadores automáticos articulados con garra romas pediátrico. Pinzas de campo y pinzas de mosco. Sistema de micromotor o sistema de accionamiento para la microcirugía. Equipo bipolar con pinza recta. Equipo monopolar. Set de instrumental. Dispositivo de instrumental.
- Instrumental para mastoidectomía: cuchillo redondo ó rosen. Desperiostizador. Disector cola de pato. Disector de conducto. Pick angulado 45. Pick angulado 90. Pick recto. Pinza caimán. Pinza de copas. Tijera de Bellucci recta.
- Equipo de fresado neumático o fresado neumático eléctrico: Fresa cortante cabeza de bola 1 mm. Fresa cortante cabeza de bola 1.8 mm. Fresa cortante cabeza de bola 2 mm. Fresa cortante cabeza de bola 3 mm. Fresa cortante de bola 4 mm. Fresa cortante de bola 5 mm. Fresa pulidora diamantado 0.8 mm. Fresa pulidora diamantado 1 mm. Fresa pulidora diamantado 2 mm. Fresa pulidora diamantado 3 mm. Pieza de mano angulada. Pieza de mano recta. Aceite lubricante spray.
- Sistema de monitoreo del nervio facial: Monitor consola electromiográfico de 2 canales, instructiva digital. Guía de usuario. Video de servicio. Interface de paciente diseñado con guías de color para facilitar la conexión de electrodos. Computadora de interface con software para realizar mapeo y telemetría. puntas estimulador monopolares aisladas completamente para asegurar la estimulación al punto de contacto. set de electrodos subdermales.

Psicología.

- Consultorio de psicología para la realización de evaluación psicológica del candidato a implante coclear (Ambiente familiar y social. Estabilidad emocional del paciente y familiares. Motivación personal y familiar hacia el Implante coclear. Pruebas psicométricas y C.I. Calidad de vida COOP DARMOUTH Expectativas del paciente y la familia).
- Servicio de psicopedagogía para la realización de evaluación Psicopedagógica (Pruebas de percepción auditiva. Seis sonidos de Ling. PPTP niveles iníciales. PPTP versión estándar. Identificación de vocales. Identificación de consonantes. Series cerradas de palabras de uso cotidiano. Pruebas bisílabas. Pruebas de estímulos fonéticamente balanceados. Prueba de oraciones de elección abierta con apoyo. Pruebas de oraciones de elección abierta sin apoyo. SEEPAL 1. Detección. SEEPAL 2. Perc. Supraseg.SEEPAL 3. Percepción Vocales Consonantes. SEEPAL 4. Percepción Discurso).

Laboratorio.

- Cuenta con la infraestructura e insumos para realizar: Biometría Hématica Completa. Glucosa. Creatinina en orina. Tiempo de Protombina.Tiempo de Tromboplastina Parcial. Transaminasas. TGP. Grupo sanguíneo.Examén General de Orina. Tiempo de Sangrado. Tiempo de Coagulación.Urea en orina. Lípidos totales. Triglicéridos en sangre. Bilirrubinas. Proteínas (albúmina y globulina).

Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo.
Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (central de enfermeras).

- Atención del paciente quemado: Colchón térmico.

Unidad Quirúrgica.

- Atención del paciente quemado: Colchón térmico.

CEyE.

- Cuenta con existencia de equipo para traqueostomía (de urgencia), equipo para traqueotomía percutánea (lesión por inhalación), equipo para escarotomía, escarectomía, fasciotomías, desbridamiento, dermofasciotomía, equipo para aseo local y quirúrgico, equipo para amputaciones, equipo para drenaje de ampollas, equipo para escisión tangencial temprana (con autoinjerto).
- Cuenta con sustitutos cutáneos: biológicos, sintético apósito sintético, apósito biológico (temporales), apósito biosintéticos (permanente), apósito dermoepidérmico, soluciones preparadas con epinefrina tópica o subcutánea y aplicación de fibrina.
- Cuenta con equipo propio o subrogado: laringoscopio para laringoscopia indirecta (sospecha de lesión de vía aérea), broncoscopio de fibra óptica para broncoscopía (lesión por inhalación).

Laboratorio.

- Cuenta con el equipo para realizar punta de catéter y de quemadura, carboxihemoglobina (lesión por inhalación), cultivo de queratinocitos.
- Cuenta con insumos para realizar: biometría hemática completa, tiempos de coagulación, velocidad de sedimentación globular, gasometría, electrolitos séricos, química sanguínea completa, EGO, hemocultivos, uro cultivos, pruebas de función hepática, pruebas de función renal.

Enfermedades genéticas.
Hemofilia.
Urgencias.

- Cuenta con equipo e insumos necesarios para la detección y atención de Eventos hemorrágicos espontáneos en grandes articulaciones (rodillas, tobillos, codos), músculos, órganos, sistemas o sangrado anormal en procedimientos invasivos o secundarios a trauma.

UTIP.

- Cuenta con equipo e insumos necesarios para la detección y atención de Eventos hemorrágicos espontáneos en grandes articulaciones (rodillas, tobillos, codos), músculos, órganos, sistemas o sangrado anormal en procedimientos invasivos o secundarios a trauma.

Laboratorio.

- Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar Biometría hemática, Tiempos de coagulación: TP,TTPa, TT, Determinación de actividad de factores de

coagulación: FVIII (en caso de hemofilia A) o FIX (en caso de hemofilia B). En caso de hemofilia A leve o en caso de sospecha de enfermedad de Von Willebrand, considerar además la determinación de Factor de von Willebrand (FvW:Ag, FvW:RCo).
- Equipo y los insumos necesarios para realizar serología para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C cada año.
- Equipo y los insumos necesarios para realizar serología para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C cada año.
- Pruebas de funcionamiento hepático.
- Equipo y los insumos necesarios para realizar Inhibidores de baja respuesta.

Imagenología.
- Equipo de ultrasonografía para realización de USG articular de caderas, rodillas, tobillos y codos una vez por año, así como en caso de hemorragias gastrointestinal/abdominal.
- Equipo para radiografías de control AP y lateral de caderas, rodillas, tobillos y codos una vez por año a partir de los 8 años de edad.
- Equipo para detección de hemorragia a sistema nervioso central, cuello, gastrointestinal o del músculo iliopsoas.

Otros estudios auxiliares.
- Equipo de densitometría calcánea o de muñeca propio o de referencia.

Endoscopia.
- Equipo para identificar hemorragia gastrointestinal/abdominal.

Enfermedades lisosomales.
Servicio de Polisomnografía.
- Cuenta con el área de acuerdo a lo enlistado con anterioridad.

Área para Espirometría enfermedad lisosomal.
- Báscula.
- Estadímetro.
- Termómetros ambientales con una precisión de 1°C.
- Boquillas desechables de cartón o las recomendadas por el fabricante y boquillas tipo buceo para aquellos pacientes que no logran realizar un buen selle con los labios.
- Pinzas nasales.
- Lavabo para higiene de manos.
- Guantes desechables.
- Cubrebocas quirúrgico para protección general y cuando se requiera cubrebocas N95 con fuga menor al 10%.
- Anteojos de protección.
- Espirómetros de flujo que cuenten con registro de tiempo espiratorio mínimo de 15 segundos. Capacidad de medición de volúmenes de 0.5 a 8 litros en condiciones BTPS.
- Pantalla para la presentación de los gráficos de flujo-volumen (F/V) y volumen-tiempo (V/T).

Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria).
- Máquina de tos (Cough asist).
- Chaleco vibrador.
- Aspirador de secreciones.
- Oxímetro.

- Entrenador de músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios).
- Bolsa de reanimación con mascarillas pediátricas.
- Ergómetro de manos.

Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES).

- Señalización.
- Señalamiento de emergencia para protección civil.
- Iluminación y ventilación sean adecuadas.
- Sala de espera con sanitario.
- Cuente con espacio, mobiliario suficiente y adecuado para aplicar el tratamiento enzimático.
- Sillones de preferencia tipo reposet.
- Sillas para los acompañantes.
- Por lo menos una cama clínica.
- Porta sueros.
- Bombas de infusión.
- Sistemas de infusión.
- Transductor de presión arterial.
- Brazalete de presión arterial del tamaño apropiado para la edad.
- Oximetría de pulso.
- Tomas de oxígeno.

Área de hematología, coagulación, serología, inmunología, química sanguínea, general de orina.

- Que el laboratorio cuenta con los recursos materiales y tecnología, de acuerdo con el tipo de estudios de áreas específicas para las distintas secciones donde se realizarán los estudios de laboratorio: Estudios Especiales (pueden ser propios, subrogados o solicitados al INP o al HIM): Estudio molecular. Actividad enzimática de alfa - galactosidasa. Globotriaosil ceramida (GL-3) en plasma. Actividad Quitotriosidasa. Anticuerpos específicos. Determinación de a- L iduronidasa. Glucosaaminoglicanos en orina (Keratán sulfato). Heparán y Dermatán sulfato (GAG s). Determinación de niveles y actividad de Arilsulfatasa B. Acumulación de dermatán sulfato y ausencia de condroitin sulfato, keratan sulfato o hialuronato. Determinación de iduronato 2 sulfatasa en papel filtro, plasma, leucocitos, cultivo de fibroblastos o vellosidades coriónicas. Determinación de anticuerpos IgG e IgE anti-idursulfasa. Creatinin fosfocinasa, aspartato aminotrasferasa, deshidrogenasa láctica en sangre. Actividad de alfa glucosidasa ácida en sangre seca depositada en papel filtro. Análisis de vacuolas en leucocitos con tinción de PAS. Actividad de alfa glucosidasa ácida en fibroblastos obtenidos de biopsia de piel. HEX4 en orina. Determinación de N-acetilgalactosamina-6 sulfatasa en sangre seca y/o leucocitos, plasma, cultivo de fibroblastos.

Genética.

- Servicio propio o subrogado que deberá contener reactivos necesarios para la realización de estudios de inmunofenotipo con panel mínimo de anticuerpos: análisis mutacional en ADN. Estudio molecular del gen GAA por secuenciación a partir de DNA obtenido de sangre. CRIM (Cross Reactive Inmunological Material). Análisis Molecular del gen GALNS.

Síndrome de Turner.
Consulta Externa de Ginecobstetricia.

- Ultrasonido especializado para medir LCC.
- Guía ultrasonográfica, ecocardiógrafo y electrocardiógrafo para mediciones prenatal de longitud cráneo-caudal, hueso nasal y translucencia nucal, higroma quístico, linfedema, cardiopatía congénita y malformaciones renales.

Consulta Externa (Genética).

- Área de citogenética para la realización de Diagnóstico postnatal: Se deberá realizar cariotipo (en al menos 30 metafases en sangre periférica).

Radiodiagnóstico.

- Equipo para resonancia magnética cardiaca con gadolinio propio o de referencia y
- Equipo de densitometría calcáneo o de muñeca propio o subrogado (con software específico para población pediátrica).

Laboratorio.

- Que cuente con el equipo para realizar insulina sérica, detección de anticuerpos tiroglobulinas y anticuerpos antiperoxidasa tiroidea. Cuantificación sérica de vitamina D y calcio.

Tratamiento oncológico.
Cáncer en menores de 18 años.
Área para estudios por ultrasonografía.

- Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar ultrasonido abdominal y testicular, ecocardiograma o fracción de eyección ventricular y fracción de acortamiento.

Resonancia magnética.

- Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar resonancia magnética de cráneo con gadolinio- DTPA.

Tomografía por emisión de positrones (PET-CT).

- Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar tomografía de cuello, tórax, abdomen, pelvis.

Gammagrama.

- Que cuente con insumos para realizar los estudios solicitados de pulmón, gammagrama renal con MAG 3, gammagrama óseo con Tc 99I.

Laboratorio.

- Que el laboratorio cuente con los recursos materiales y tecnología para realizar: citología hemática completa con reticulocítos, frótis de sangre periférica, grupo sanguíneo ABO y Rh, pruebas de función hepática, proteínas totales, electrólitos séricos, deshidrogenasa láctica, fosfatasa alcalina, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial, fibrinógeno, química de 4 elementos, EGO, depuración de creatinina de 24 horas, perfil viral (hepatitis B, C , VIH, epstein-barr y citomegalovirus), TORCH en menores de 4 meses.
- Que cuente con insumos para realizar los estudios de laboratorio requeridos: depuración de Cr antes de administración de MTX, amilasa y lipasa antes de la administración de lasparaginasa, hemocultivo. determinación de TSH, tiroxina, Na y

K. Medir LH, GH y FSH, ACTH, si el paciente es mayor de 11 años, alfafetoproteína. fracción beta de gonadotropina coriónica humana.

Inmunohistoquímica.

- Que cuente con los insumos para realizar: la recuperación de antígeno, incubación, revelado, observación de acuerdo con la técnica que se realice, conservación y almacenamiento de reactivos y muestras.
- Que cuente con insumos para que se realice el estudio de determinación de marcadores tumorales de acuerdo al caso en estudio (marcadores CD20.CD3, CD30, ALK, BCL-6 en Linfoma no Hodgkin).
- 3. Que cuente con reactivos para el diagnóstico de sarcoma de Ewing CD99 (MIC2), vimentina, enolasa neuronoespecífica, proteína S100, antígeno común leucocitario (CD45).
    - Que cuente con reactivos para el diagnóstico de tumor de willms (WT1, WT2).
- 5. Que cuente con reactivos para diagnóstico de enfermedad de Hodgkin CD20, CD79a, CD30(K1), CD15, cadas: JBMO bilateral, solo estadios III y IV.
- 6. Que cuente con reactivos para el diagnóstico de timoma mixopapilar.

Unidad Quirúrgica.

- Cuenta con insumos para: punción lumbar, colocación de válvula de derivación (ventrículo peritoneal), para toma de biopsia, para toma de biopsia y aspirado de médula ósea.
- Equipo de microcirugía (para Meduloblastoma, Astrocitoma, Ependimoma, Neuroblastoma, Craneofaringioma, teratoide rabdoide atípico maligno, papiloma de plexos coroideos, papiloma atípico o anaplásico de plexos coróides, carcinoma de plexos coroideos, meningioma), equipo para ventriculostomia endoscópica y externa.
- Equipo para biopsia hepática, equipo para biopsia de ganglio, equipo para biopsia de ganglios regionales, equipo para colocación de catéter Porta Cath, equipo para biopsia en osteosarcoma: 2 agujas de Jamshidi, trocar para biopsia percutánea, material y equipos necesarios para colocación de puerto: 3 catéteres puerto, 48 agujas para puerto tipo Huber, kit del catéter con dispositivo tipo puerto (catéter calibre 5.8 Fr, 6.0 Fr, 6.5 Fr, 6.6 Fr, 7.0 Fr, 7.8 Fr u 8 Fr, según la edad del paciente), prótesis tumorales articuladas de rodilla, aloinjertos autólogo de peroné, aloinjerto donador cadavérico y/o material de osteosíntesis, aloinjerto de donador relacionado, equipo para bloqueo con bomba de infusión peridural, material para drenaje cerrado y drenaje quirúrgico, pinza de bisturí armónico,endoengrapadoras, material para colocación de prótesis del (los) ojo (s) enucleados, insumos para aplicación de implante y conformador, equipo para biopsia y aspirado de médula ósea, equipo para biopsia abierta.
- Equipo para cirugías diversas: equipo de amputación, equipo de aseo, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de cirugía ocular menor y mayor (en su caso), equipo de cirugía pediátrica, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de intubación endo-traqueal, equipo de traqueostomía, equipo de venodisección, equipo para cirugía mayor (para Hepatoblastoma y Hepatocarcinoma, Sarcoma de Ewing, Tumor de Wilms, Nefrectomía, Diversos carcinomas, Tumor de ovario, Tumor de testículo, Tumor germinal extra gonadal),

equipo para trasplante de hígado, equipo para enucleación (en su caso), equipo para Osteosarcoma, equipo para cirugía de sarcomas de partes blandas.

- Equipo para biopsia, equipo para biopsia de ganglio y de médula ósea, equipo para aspirado de médula ósea, equipo para biopsia de hueso, equipo para biopsia quirúrgica a cielo abierto excisional de tejido o ganglio, equipo para toma de biopsia incisional, equipo para toma de biopsia por aspiración por aguja fina, agujas para punción lumbar, puerto subcutáneo, trocar para médula ósea calibre 16 y 18, jeringas de 3 y 20 ml., agujas hipodérmicas de calibre 20 y 22,venda elástica adhesiva, portaobjetos, agujas espinales calibre 20 a 22, agujas hipodérmicas de calibre de 1 ½ pulgadas para neonatos, lactantes y niños pequeños y de 3 ½ pulgadas para escolares y adolescentes, tubos de ensayo.

Genética.

- Cuente con insumos para Inmunofenotipo y citogenética Genotipificación para Cáncer en Menores de 18 años: Astrocitoma, Ependimoma, Meduloblastoma, Neuroblastoma, Otros tumores del sistema nervioso central.
- Que cuente con insumos para Inmunofenotipo y citogenética Genotipificación para Cáncer en Menores de 18 años: Tumor De Wilms, Otros Tumores Renales, Hepatocarcinoma, Hepatoblastoma, Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing, Linfoma no Hodgkin, Enfermedad o Linfoma Dehodgkin, Retinoblastoma, Sarcoma de Partes Blandas, Tumores Gonadales, Tumores Extragonadales, Diversos arcinomas, Histiocitosis.
- Equipo para Inmunofenotipo y citogenética Genotipificación de Leucemia linfoblástica aguda, Leucemia mieloblástica aguda, Leucemia crónica, Síndrome mielodisplásico.

Estudios especiales para hematopatías malignas.

- Equipo para determinar electrolitos séricos, tinciones especiales para leucemia, equipo e insumos para determinar niveles séricos de metotrexate. Cultivos. Determinación de anticuerpos para EBV, CMG, IgG, IgM. Ácido homovanílico. Ácido vanilil mandélico. DHL. Perfil hormonal masculino y femenino.

Cáncer en mayores de 18 años.

consultorio de urología.

- Mesa para procedimientos de proctología/urología.
- Unidad de endoscopia para urología (monitor, control de cámara, cámara, videograbadora).

Anatomía patológica estudio y descripción anatomopatológica.

- Cuente con insumos para que se realice el estudio histopatológico transoperatorio de la pieza quirúrgica y de las biopsias enviadas (confirmación histológica y etapificación).

Área de Mamografía.

- Mastógrafo Equipo completo analógico o digital con detector integrado con aditamentos para el diagnóstico:
  - Rejilla fenestrada, magnificador, paletas de compresión, estereotaxia digital o analógica calibrada. En el caso de equipos analógicos con revelador, chasís para mastografía con pantalla intensificadora.
  - Reveladores para imágenes de mastografía o digitalizadores de imagen CR específicos para mastografía con licencia o configuración para imagen mastográfica (no se admiten reveladores o digitalizadores para uso general). En el

caso de equipos analógicos con digitalizador de imagen CR, chasís CR específico para mastografía.
- Detector de imagen digital de 24 cm x 30 cm o equivalente, o chasís para mastografía con pantalla intensificadora de 18 cm x 24 cm y 24 cm x 30 cm, o chasís CR para mastografía de 18 cm x 24 cm y 24 cm x 30 cm.
- Negatoscopios. Agujas de corte 14 gauge. Agujas de marcaje.
- Rejilla de transporte.

Área de Tomografía.
- Insumos para ministración de medio de contraste iónico para TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis.

Área para estudios por Ultrasonografía.
- Equipo completo para ultrasonografía transrectal USTR.
- Doopler con tranductor intracavitario entre 5 -10 mega herz.
- Equipo completo para ultrasonografía testicular.
- Transductores.
- Equipo completo de ultrasonido endorectal 360 grados, 3D volumétrico
- Equipo completo de ultrasonido de alta resolución con transductor lineal de alta frecuencia, igual o mayor a 7.5 MHz.

Banco de sangre.
- Cuente con el servicio las 24 horas, 365 días del año.
- Cuenta con la infraestructura e insumos para realizar; biometría hemática o determinación de hematocrito, identificación de grupos sanguíneos, antígeno RH, compatibilidad sanguínea, anticuerpos irregulares, fenotipos, detección de los agentes infecciosos transmisibles por transfusión (Treponema pallidum, Virus B de la hepatitis, Virus C de la hepatitis, Virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2, Trypanosoma cruzi, brúcela, plasmodium, citomegalovirus, toxoplasma, retrovirus HTLV tipos I y II.

Braquiterapia (de alta o baja tasa).
- Zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se cuente con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación, excepto cuando se utilice material desechable.
- Braquiterapia de carga manual: Que el material radiactivo se almacene en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de braquiterapia y que cuente con mesa de trabajo de material resistente, para soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo, que se preparen las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.
- equipo computarizado para la planeación de los tratamientos.
- equipo de dosimetría tipo cámara de pozo y dispositivos para control de calidad (braquiterapia de carga automatizada).

Consultorio de gineco-obstetricia.
- Cuenta con la infraestructura del área de acuerdo a normatividad vigente, además de quipo de histeroscopia con aditamentos para toma de biopsia (propio o subrogado)
- Equipo de colposcopio
- Riñón de 250 ml,

- Torundero
- Ácido acético
- Abatelenguas o espátula de Ayre
- Laminillas porta objetos y cubre objetos
- Citospray fijador o alcohol del 90°
- Guantes para exploración desechables de varios tamaños
- Lugol,
- Cloruro de benzalconio tintura
- Cánula de Pipelle
- Cánula Novak
- Legras (opcionales).

Estudio y descripción anatomopatológica.

- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de la biopsia transrectal.
- Que cuente con los insumos para que se realice la confirmación histológica y etapificación.
- que cuente con insumos para Aspirado de médula ósea, hueso y biopsia de médula ósea.
- Insumos para Biopsias de tejido afectado y Tinciones especiales para LINFOMAS.
- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica y biopsias.
    - Que cuente con los insumos para que se realice el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.
    - Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.
    - Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de conización de cérvix.

Genetica (genotipificación de BCRA 1 y BCRA2).

- Insumos necesarios para reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para extensión a familiares en riesgo.

Imagenología (Área de Tomografía Computarizada de alta resolución (propio o subrogado).

- Cuente con el equipo para que se realice TAC abdomino-pelvica, torax con ventana pulmonar contrastada (opcional).

Inmunohistoquímica.

- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de aspirado de médula ósea y hueso (LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR).
- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de aspirado de médula ósea y hueso, estudio del líquido cefalorraquídeo (LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO).
- Que cuente con los insumos para que se realice K-ras por PCR.
- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de receptores hormonales y HER-2-neu y Ki67, Marcadores tumorales CA 15-3, ACE y CA 27-29.
- "Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de receptores hormonales y HER-2-neu y Ki67, Marcadores tumorales CA 15-3, ACE y CA 27-29. receptores de estrógeno, progesterona y HER2/neu y análisis por FISH.
- (Realización de marcadores tumorales cada 6 meses por tres años.
- Evaluación para la amplificación del HER2/neu por el método de FISH: FISH negativo.
- Más de 4 copias del gen/núcleo o la razón HER2/neu/CEP17.

- Más de 1.8 FISH equívoco. 4-6 copias del gen/núcleo o la razón HER2/neu/CEP17=1.8-2.2.
- FISH positivo más de 6 copias del gen/núcleo o la razón HER2/neu/CEP17 >2.2.)
- Marcadores tumorales."

Instrumental disponible en C.E. y E.

- CÁNCER DE PRÓSTATA: Cuente con el equipo para cirugías diversas: orquiectomía simple bilateral, castración quirúrgica, resección de tumores residuales, disección linfática retroperitoneal, prostatectomía radical (abierta, laparoscópica o robótica), equipo médico y material para la colocación de puerto permanente, aguja para puerto vascular, parches para colocación de puertos, agujas de corte para biopsia adaptable a pistola automática, pistola automática para biopsia, aguja de shiba, guía adaptable para aguja de biopsia.
- CÁNCER DE TESTICULAR: Cuente con insumos para cirugías diversas: orquiectomia radical por vía inguinal con ligadura de cordón, resección de tumores residuales, disección linfática retroperitoneal, equipo médico y material para la colocación de catéteres y puertos subclavios, con los materiales y reactivos de para transoperatorio y definitivo de pieza quirúrgica.
- CÁNCER DE COLON: que cuente con insumos para: peritonectomía, resección endoscópica y/o colectomía abierta o laparoscópica, colectomía abierta o laparoscópica ó derivación ó colocación de stent, ostomía, embolización portal selectiva, resección hepática, resección de la recurrencia o resección multivisceral, plastia de pared con malla protésica, sutura mecánica, malla protésica, bolsas de colostomía, restitución de tránsito intestinal, engrapadora lineal cortante 60-80, engrapadora circular 28-33, engrapadora lineal cortante 60-75, engrapadora endolineal cortante de mínima invasión con articulación y rotación 60mm, engrapadora lineal no cortante (TA) 60-90, cartuchos correspondientes para cada tipo de engrapadora (2 a 3), catéter externo o implantable
- CÁNCER DE RECTO: que cuente con insumos para: resección anterior baja con o sin estoma de protección ó resección abdominoperineal (abiertas o laparoscópicas) ó exenteración pélvica, cirugía transanal (anillo retractor con fijadores elásticos con gancho), resección rectal abierta o laparoscópica ó derivación ó colocación de stent, ostomía, plastia de pared con malla protésica, sutura mecánica, resección de la recurrencia o resección multivisceral, engrapadora lineal cortante 60-70, engrapadora lineal 60-75, engrapadora circular 28-33, engrapadora cortante curva de 40 mm, engrapadora lineal cortante de mínima invasión con articulación y rotación de 60 mm (cartuchos intestinales y vasculares), engrapadora lineal no cortante (TA) 60-90, cartuchos correspondientes para cada tipo de engrapadora (2-3), equipo para estomas permanentes o temporales (placas de colostomía planas y convexas de 1 y 2 piezas, bolsas de colostomía para cambio semanal), restitución de tránsito intestinal.
- "CÁNCER DE MAMA: insumos para mastectomía con ganglio centinela, biopsia por aspiración con aguja delgada, biopsia guiada, disección axilar completa, osteosíntesis, colocación de puertos, reconstrucción con tejido autológo y/o expansores, aguja de corte, aguja desechable para ablación, aguja para biopsia 10 a 14 Gauge, aguja para puerto vascular, aguja y/o clips de marcaje, catéter puerto, agujas para puertos, parche para colocación de catéter puerto, grapas vascular intestinal y pulmón, válvula de derivación ventrículo peritoneal, reservorio Ommaya.
- CÁNCER DE OVARIO: insumos para histerectomía, salpingooforectomía, omentectomía, apendectomía, linfadenectomía, toma de biopsia, lavado peritoneal,

resección intestinal, instalación de catéter puerto (catéter, aguja), engrapadoras lineales, curvas y circulares, engrapadora contour, cartuchos para engrapadora lineal, agente hemostático (surgicel fibrilar), agujas de radiofrecuencia (sólo casos indicados, 2%), bolsa y placa para colostomía de aro flotante, pasta adhesiva para colostomía, drenaje tipo bio-vac, sonda Foley, sonda Nellaton, drenaje Jackson-Prack (4), bolsas de protección de pared abdominal (4), instrumentos de electrocirugía (Ensile y/o ligasure), termómetro Ta intraperitoneal.

- CÁNCER CÉRVICOUTERINO: Que cuente con insumos para laparotomía citoreductora, salpingooferectomía, excenteración pélvica, linfadenectomía, omentectomía, lavado peritoneal, histerectomía, cirugía abierta, cirugía de mínima invasión, biopsia de endometrio, biopsia peritoneal, colocación de catéter puerto, legras uterinas, espejos vaginales, cánula de Pipelle, cánula de Novak, histerómetro, catéter doble j, bolsas de urostomía, bolsas de colostomía.

Laboratorio.

- Que cuente con insumos para Alfa-feto-proteína.
- Que cuente con insumos para Fracción & de gonadotropina coriónica humana
- Que cuente con insumos para Marcadores tumorales.
- Equipo para Biometría hemática por Coulter (con reticulositos cuando se requiera).
- Equipo para determinación de gonadotrofinas séricas con fracción beta.
- Equipo para determinación de de anticuerpos para perfil viral para hepatitis (HEPATITIS B y C); CMG; VIH en IgG e IgM.
- Equipo para determinación de Alfa-feto-proteína.
- Equipo para determinación de Perfil Hormonal Completo para Trasplante de medula osea.
- Equipo para determinación de Índice de DNA en células de linfoma.
- Equipo para determinación de β 2 Microglobulina, electroforesis de proteínas séricas.
- Que cuente con insumos para: biometría hemática, química sanguínea, TP, TTP, INR, pruebas de función hepática, antígeno carcinoembrionario, grupo y Rh y pruebas cruzadas, hemocultivo.
- Que cuente con insumos para: biometría hemática completa: velocidad de sedimentación globular, ferritina, hierro sérico y transferrina, pruebas de funcionamiento renal, incluye depuración de creatinina, pruebas de funcionamiento hepático, Transaminasa Glutámico Oxalacética-Transaminasa Glutámico Pirúvica, prueba para detección de Virus inmunodeficiencia humana, o estudios virales: HIV en primario cerebral, hepatitis C, EBV y CMV citomegalovirus, perfil viral para hepatitis y citomegalovirus estudios de coagulación TP, TTP, fibrinógeno, osmolaridad urinaria después de privación de agua durante la noche Citología hemática completa, grupo sanguíneo ABO y RH, glucosa, urea, creatinina, electrolitos séricos con Ca, P y Mg (parámetros de lísis tumoral)*, ácido úrico, deshidrogenasa láctica, amilasa pancreática (opcional), tiempo de protrombina tiempo de tromboplastina parcial, fosfatasa alcalina, B y B2 microglobulina, amilasa pancreática, Citoquímico de líquido cefalorraquídeo.Tinciones de Wright, PAS, Mieloperoxidasa, Sudán Negro y estearasas para citoquímica. Calcio sérico mensual
- Que cuente con los insumos para: biometría Hemática completa, química sanguínea (glucosa, creatinina, ácido úrico, BUN, creatinina), pruebas de función hepática, electrolitos séricos (potasio sodio y cloro, tiempo de Coagulación (TP, TTP, INR), pruebas de función tiroidea (solo en uso de Sunitinib y Regorafenib), marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario, CA19.9).

- Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Antígeno prostático específico.
- Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Antígeno prostático total (APT).
- Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Antígeno prostático libre (APL).
- Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Niveles de testosterona.

Laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido.

- Termociclador
- Equipo de cuantificación de ácidos nucleicos.
- Cámara(as) de electroforesis
- Transiluminador.
- Vortex y agitadores magnéticos
- Campana de flujo laminar
- Secuenciador capilar o Sangre
- Equipo de refrigeración para muestras biológicas y reactivos (4° C y 20°C)
- Micropipetas;
- Secuenciador.

Quimioterapia.

- Infusores, aguja angulada 90°
- Registro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) para evaluar la función sistólica cardiaca en la situación basal y durante la quimioterapia (la determinación de la FEVI o con la técnica de ventriculografía isotópica con adquisición sincronizada múltiple (MUGA) por indicación médica o por uso de Trastuzumab).

Radioterapia Externa o Teleterapia.

- Acelerador lineal dedicado a radiocirugía (propio o subrogado)
- Unidad de radioterapia intracavitaria con cobalto 60 (propio o subrogado)
- Radioterapia externa estereotáctica hipofraccioanda.

Sala de endoscopia.

- Toracoscopio, rectosigmoidoscopio rígido o flexible, colonoscopio con pinzas de biopsia, equipo para radiofrecuencia, disector ultrasónico, prótesis endoscópicas metálicas (Stents).
- Se cuenta con instrumental y equipo para resección de mucosa, disección endoscópica de la submucosa, yeyunostomía o gastrostomía.

Ultrasonido.

- Equipo completo para ultrasonografía testicular (testículo) y transductores.

Unidad Quirúrgica.

- Cáncer de Próstata: Cuente con instrumental para Cirugía prostática suprapúbica, Cirugía urológica.
- Cáncer de Próstata: Torre de laparoscopia, constituida por un monitor de video (videoscopio), una fuente de luz, una cámara y el laparoscopio, insuflador de 30 L., y trocares.
- LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR: Cuente con insumos para cirugías diversas: equipo médico y material para la colocación de catéter subclavio o puerto subcutáneo,

equipo y material para aspirado de médula ósea, equipo y material para biopsia de hueso.

- LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO: Cuenta con insumos para cirugías diversas: equipo médico y material para la colocación de catéter subclavio o puerto subcutáneo, equipo y material para aspirado de médula ósea, equipo y material para biopsia de hueso, equipo y material para punción lumbar.
- Cáncer de Colon y Recto: Torre de laparoscopia, constituida por un monitor de video (videoscopio), una fuente de luz, una cámara y el laparoscopio, insuflador de 30 L., y trocares, protector de herida laparoscópico de 5-9 cm, equipo de corte, coagulación y sellado (para cirugía abierta y laparoscópica) con pinzas y tijeras, drenaje de succión cerrada de diversos canales de flujo, disector ultrasónico."
- Cáncer de Mama: Equipo para laparoscopia, gamma sonda, colorante, tecnesio 99, equipo de neuronavegación (propio o subrogado).
- Cáncer de ovario: Cuente con torre de laparoscopia y kit para trocares (trocar de 0.5cm, 2 trocares de 1.0 cm, aguja de Verres), pinza para laparoscopia (Gasper), máquina de perfusión de 60 a 50 minutos (propia o subrogada), cistoresectoscopio eléctrico o láser y cistoscopio.
- Cáncer Cérvicouterino: Que cuente con equipo para laparoscopia o de mínima invasión, equipo para histeroscopía con aditamentos para toma de biopsia y para ablación de tejido tumoral.
- Cáncer de esófago: Se cuenta con instrumental y equipo para esofagectomía radical con cirugía de reconstrucción, ascenso gástrico, transposición colónica, injerto de yeyuno microvascular, laparoscopia diagnostica solo en tumores de la unión esófagogástrica con lavado peritoneal con citología, yeyunostomía o gastrostomía, esofagectomía paliativa.

Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA.

Consulta Externa.

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

Laboratorio.

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

Infarto agudo al miocardio.

Consulta Externa. Cardiología.

- Equipo para pruebas de esfuerzo (propio o subrogado), electrocardiógrafo, monitores Holter y ecocardiógrafo.

Urgencias.

- Cuenta con equipo y material para la atención de infarto agudo al miocardio: catéter endovenoso central, catéter para línea arterial, catéter venoso central largo y corto.
- Cuenta con el medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio para terapia antiplaquetaria: ácido acetil salicílico, clopidogrel, para terapia antitrombínica: enoxaparina, heparina no fraccionada, para terapia anti isquémica: metoprolol, isosorbide, trinitrato de glicerilo, artovastatina, para terapia analgésica: morfina, para fibrinólisis: tenecteplasa, estreptoquinasa, alteplase.

Unidad de Cuidados Intensivos Adultos o en su caso, Unidad de Cuidados Coronarios.

- Cuenta con el medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio: para terapia antiplaquetaria: ácido acetil salicílico, clopidogrel, para terapia antitrombínica: enoxaparina, heparina no fraccionada, para terapia anti isquémica: metoprolol, isosorbide, trinitrato de glicerilo, artovastatina, para terapia analgésica: morfina, para fibrinólisis: tenecteplasa, estreptoquinasa, alteplase.

Hemodinámia.

- Cuenta con los siguientes insumos para: cateterismo cardiaco, para perfusión miocárdica, para angioplastia, para coronariografía: catéter de dilatación coronaria, prótesis endovascular (stents), sistema de aspiración de trombos, catéter endovenoso central, catéter para línea arterial, catéter venoso central largo y corto, catéter Sawn Ganz.

Laboratorio.

- Cuenta con los siguientes insumos para: biometría hemática completa, química sanguínea de 12 elementos, electrolitos séricos (Na, K, Cl), marcadores bioquímicos cardiacos: mioglobina, creatinfosfoquinasa total y su fracción MB, troponina I, troponina T cuantitativa, tiempos de coagulación (TP, TTP).

Banco de Sangre.

- Cuenta con la infraestructura del área de acuerdo a normatividad vigente y características enlistadas en áreas de atención médica generalizada o especializada. Insumos para realizar: biometría hemática o determinación de hematocrito, identificación de grupos sanguíneos, antígeno RH, compatibilidad sanguínea, anticuerpos irregulares, fenotipos, detección de los agentes infecciosos transmisibles por transfusión (Treponema pallidum, Virus B de la hepatitis, Virus C de la hepatitis, Virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2, Trypanosoma cruzi, brúcela, plasmodium, citomegalovirus, toxoplasma, retrovirus HTLV tipos I y II.

Imagenología.

- Equipo requerido para la cámara de centelleo (propio o subrogado).

Trasplante en menores y mayores de 18 años. Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea Y Médula Ósea.

Anatomía Patológica.

- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Estudio y descripción anatomopatológica.

- Que cuente con los insumos para el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.

- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de la biopsia de médula ósea en recaída.
- Que cuente con los insumos para que se realice estudio de citología de punción lumbar.
- Que cuente con los insumos para que se realice el diagnóstico por biopsia de enfermedad injerto contra huésped en piel y/o, hígado y/o gastrointestinal (trasplante alogénico).
- Que cuente con los insumos para que se realice estudio de la biopsia de médula ósea en recaída (trasplante alogéncio) y en la evaluación del paciente, seguimiento, recaída (trasplante autólogo).
- Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de citología de punción lumbar.
- Que cuente con los insumos para que se realice estudio citológico de líquido cefalorraquídeo (en pacientes con leucemia).
- Cuenta con los insumos para que se realice el estudio de BAAR y cultivo en orina (en caso de PPD positivo), citología y cultivo de líquido peritoneal.

Genética.

- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar: fenotipo (en paciente politransfundido), cariotipo, FISH, quimerismo por microsatélite; estudios de inmunofenotipo y citogenética.
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para que se realice: cariotipo (solo en caso necesario), genotipo para hepatitis B y C (solo en casos positivos), niveles alfa 1 anti tripsina y polimorfismos.

Imagenología.

- Área de ultrasonido oftalmológico modo A y B.

Inmunohistoquímica.

- Que cuente con equipo e insumos para criopreservación (propio o subrogado).
- Que cuente con equipo para citometría de flujo y RTPCR, citometría de flujo en LCR.
- PCR para CM,VHerpes, hongos.
- PCR de baja y mediana (100%) resolución, de alta resolución solo para trasplantes no emparentados o donador internacional (75%)
- Anticuerpos anti HLA, ANA y ANCA
- Anticuerpos antimúsculo liso, anticuerpo antimitocondirales, anti LKM1,
- Alfafetoproteina (AFP) en tumores germinales
- Células nucleadas totales
- Viabilidad celular
- CMV carga viral o antigenemia
- Perfil de inmunoglobulinas
- Subpoblación de linfocitos T CD3, CD4, CD8,
- Determinación de CD 3 (especificar subpoblación de linfocitos T CD3
- Determinación de subpoblación de linfocitos CD 3, 4 y 8 en haploidénticos
- Determinación de CD34
- Marcadores tumorales (antígeno carcino embrionario, ACE, Ca19-9, Ca125, HGC Frac. B, α feto proteína),
- Panel de reactividad antigénica (PRA).

Laboratorio.

- Cuenta con el equipo siguiente para la obtención de células progenitoras en el trasplante de médula ósea autólogo y alogénico:
- Equipo básico y/o su equivalente tecnológico automatizado para estudios de rutina y de complejidad, para Bh y tiempos de coagulación
- Equipo para química sanguínea, serología e inmunología, determinación de CD y su cuantificación o su equivalente tecnológico.
- Equipo para realización de cultivos y estudios de exudados.
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de indicaciones para trasplante.
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de evaluación pretrasplante donador vivo y receptor.
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de evalución pretrasplante donador fallecido
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar preoperatorio donador fallecido o vivo según sea el caso
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar estudios complementarios pretrasplante y de seguimiento
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de evaluación pretrasplante receptor.
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar estudios en complicaciones quirúrgicas
- Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar estudios en preparación de egreso hospitalario
- Equipo básico y/o su equivalente tecnológico automatizado para estudios de rutina y de complejidad como inmunofluorescencia, ELISA y Hemaglutinación.
- Gasómetro.
- Equipo para EGO, cultivos y Centrífuga.

Otros Auxiliares de Diagnóstico.

- Trasplante Alogénico. que cuente con el mobiliario y equipo requerido para evaluación del receptor: PET-CT con FDG en casos de linfoma (10%).
- Trasplante Autólogo que cuente con el mobiliario y equipo requerido para evaluación, seguimiento y recaída del paciente: equipo PET CT (con FDG) propio o subrogado.
- Trasplante Alogénico y Trasplante Autólogo. que cuente con el mobiliario y equipo requerido para seguimiento: densitometría ósea.
- Equipo para pletismografía

Quimioterapia.

- Cuenta con los equipos y medicamentos necesarios para Trasplante de médula ósea.

Sala de Endoscopia.

- Equipo específico: camilla neumática básica (por área de endoscopía en la unidad).
- Equipo e instrumental para endoscopía y toma de biopsia.
- Catéteres necesarios para cada procedimiento,
- Ultrasonido endoscópico con biopsia.
- Cuente con insumos para: colangiografía endoscópica, colangioscopía con biopsia, polipectomía o biopsia
- Broncoscopio (broncofibroscopio, videobroncoscopio)

- Toracoscopio,
- Colonoscopio
- Panendoscopio
- Duodenoscopio
- Ecoendoscopio linea
- Hemostáticos endoscópicos: inyector endoscópico para epinefrina
- polvos hemostáticos,
- Hemostasia por contacto (unidad electroquirúrgica) sonda bipolar y pinza hemostática
- Hemostasia con argón plasma (gas, unidad electroquirúrgica, bomba y sonda endoscópica para argón)
- Hemostasia mecánica (hemoclips y clips sobre el endoscopio.

Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria).

- Que cuente con equipo e instrumental necesario para la terapia de rehabilitación respiratoria: Espirómetro.
- Equipo e instrumental necesario para la terapia de rehabilitación respiratoria:
- Inspirómetro incentivo con uso de Triflow (ejercitador muscular de la función respiratoria).
- Equipo para pruebas de función respiratoria.
- Ergómetro de brazo o piernas.
- Chaleco percutor o percutor manual (percusión torácica).

Unidad de Trasplante de Médula Ósea.

- Que se cuente con el material y equipo para los diferentes procedimientos requeridos: aspirado de médula ósea y biopsia de médula ósea con mango en T (agujas de aspirado. jeringas de 20 ml). equipo para punción lumbar (pacientes con leucemia en trasplante alogénico evaluación del receptor).
- Equipo para soporte transfusional. así como insumos para el postoperatorio inicial y tratamiento del rechazo agudo (material y equipo para aspirado de médula ósea).

Unidad Quirúrgica.

- Córnea: Microscopio quirúrgico oftalmológico. Visco elástico. Solución Salina balanceada. Sutura nylon 10/0, con aguja espatulada doble armada 3/8. Poliglactina 8/0 con aguja espatulada doble armada 3/8. Seda 5 ceros con aguja espatulada. Trépanos de diferentes diámetros.
- Médula Ósea: Ultrasonido para guiar la colocación de catéter venoso central (trasplante autológo y alogénico receptor y donador).
- Médula Ósea: Que cuente con el equipo para la recolección de células progenitoras de médula ósea (trasplante alogénico obtención de células progenitoras del donador).
- Corazón: Bomba de circulación extracorpórea (equipo e insumos), dispositivos de asistencia ventricular (propio o subrogado), equipo para monitorización cerebral (BIS), equipo para tromboelastografía (opcional), equipo de drenaje torácico (tubo y colector), infusor rápido y equipo desechable, equipo necesario para aplicación de hemoderivados.
- Pulmón: Equipo para succión continua, equipo para monitorización cerebral (BIS), equipo de infusión rápida intravenosa, equipo e insumos para soporte transfusional, equipo para ECMO, desfibrilador intraoperatorio.
- Renal: Cuenta con el equipo e insumos necesarios para trasplante renal.

- Hepático: Torre de laparoscopia
- Hepático: Equipo (TRANSOPERATORIO DEL DONADOR FALLECIDO): equipo para monitorización cerebral (monitor BIS)"
- Hepático: TRANSOPERATORIO DEL RECEPTOR Y DONADOR VIVO): tromboelastógrafo (opcional), equipo para ultrasonido transoperatorio (donador vivo), equipo para colangiografia transoperatoria (donador vivo), infusor rápido y equipo desechable, microscopios para microcirugía para (donador vivo), equipo para ultrasonografía Doppler, transductor de presión invasiva, sabana térmica, motor para sábana térmica, colchón de agua térmico, motor para colchón térmico, sonda o tubos endotraqueales, con globo convencional de una luz, hemostáticos absorbibles, proteínas coagulables, medias antiembolicas tamaño de acuerdo al paciente, equipo para recuperación celular (opcional), equipo para hemostasia de plasma argón (opcional), pieza de mano corta para bisturí de argón (opcional), placa para argón (opcional), disector hepático ultrasónico solo en caso de donador vivo.

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

Equipo Médico y elementos complementarios.

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

Primer Cajón.

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

Segundo Cajón.

- Cateter venoso central
- Parches para electrodo (Pediátricos y adulto).
- Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)

- Llave de tres vías.
- Sonda de aspiración.
- Jeringas de 5, 10, 20 ml.
- Agujas hipodérmicas.
- Equipo de venoclisis con microgotero.
- Equipo de venoclisis con normogotero.

Tercer Cajón.

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

Cuarto Cajón.

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

SECCIÓN.2
CRITERIOS

INFRAESTRUCTURA BLANDA
ELEMENTOS MEDIBLES

III. Infraestructura Blanda

1. Recursos Humanos.

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

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

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

2. Normatividad Aplicable.

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

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

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

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

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

IV. ELEMENTOS MEDIBLES INFRAESTRUCTURA BLANDA

RECURSOS HUMANOS

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

- **Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.**
  - Título de licenciatura/ especialidad/ subespecialidad o Técnico profesional (lo que aplique). ➲
  - En caso de pasantía contar con carta de adscripción y/o carta de pasante emitida por institución académica. ➲

- **Certificación del personal médico.**

  - Además de lo anterior, contar con certificación vigente de la especialidad o subespecialidad para el personal médico que realiza procedimientos quirúrgicos. ➲

- **Capacitaciones para todo el personal en general.**

  - Constancia de capacitación en interculturalidad en salud.
  - Capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.
  - Capacitación en Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

- Capacitación en programas establecidos y en programas emergentes de acuerdo a las funciones que desempeña.
- Capacitación en cuidados paliativos.

- **Capacitaciones especificas por tipo de personal y/o servicio asignado en los tres niveles de atención.**

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

- **Centro de internamiento en adicciones.**

  Psicóloga(o) capacitada(o) en adicciones.
  Trabajador(a) social solo para el Modelo mixto/ profesional.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Capacitación en adicciones.

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

- **Atención hospitalaria especializada.**

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

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

  Personal Médico Especialista en Urgencias.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

  Personal Médico general/médico familiar.
  - Cursos afines a la atención médica de urgencias.

  Personal Médico de Gineceo-Obstetricia.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias
  - Capacitación en emergencia obstétrica.

- Curso de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas.

Personal Médico de Perinatología.

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

Personal Médico de Medicina Interna.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado crítico.
- Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias.

Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos.

Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a UCIN.
Personal Médico de Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación de cuidados del enfermo en estado crítico.

Personal Médico de Pediatría.

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

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

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

Personal Médico de Oftalmología
Personal Médico de Urología
Personal médico de Genética
Médico especialista en Nefrología
Personal Médico de Ortopedia y Traumatología
Personal Médico de Dermatología
Personal Médico de Cardiología
Personal Médico de Neumología
Personal Médico de Neurología
Personal Médico de Neurocirugía
Personal Médico de Otorrinolaringología
Personal Médico de Proctología
Personal Médico de Gastroenterología
Personal Médico de Endocrinología
Personal Médico de Psiquiatría
Personal de Anatomía Patológica
Personal médico de Hematología
Personal Médico de Audiología, Foniatría
Personal Médico en Rehabilitación
Personal Médico de Inmunología
Personal Médico de Infectología

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

Personal de Enfermería con Licenciatura o Técnico en enfermería.

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

Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas, UCIA.

- Capacitación en cuidados del enfermo en estado crítico.

Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas UCIP.

- Cursos de entrenamiento en reanimación pediátrica avanzada.

Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas, UCIN

- Curso taller en reanimación neonatal.

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

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

Personal de enfermería en el servicio médico de urgencias.

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

Personal de enfermería en el servicio de tocología y toco cirugía.

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

Personal de enfermería en hemodiálisis.

- Constancia de capacitación en hemodiálisis.

Personal de estomatología.

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

Personal de Imagenología.

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

Personal de Trabajo Social
Personal de Psicología
Personal de Inhaloterapia
Personal de Epidemiología
Personal de Calidad
Fisioterapeuta
Ingeniería Biomédica o equivalente.

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

Segundo nivel de atención en salud mental.

Personal de Enfermería con Licenciatura o Técnico en enfermería
Personal de psicología
Personal médico de Psiquiatría
Químico o técnico laboratorista
Químico o técnico laboratorista
Personal de Trabajo social
Personal médico de Urgencias

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).

Convenio de colaboración interinstitucional para la emergencia obstétrica.

Personal Médico de Anestesiología General
Personal Médico de Cirujano general
Personal Médico Especialista en Urgencias

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en atención de la emergencia obstétrica.

Personal Médico de Gineceo-Obstetricia.

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

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

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal.
- Constancia de cursos de entrenamiento y capacitación en emergencia obstétrica.

Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en atención de la emergencia obstétrica.
- Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias.
- Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado crítico.

Capacitaciones específicas para la atención hospitalaria de alta especialidad
Procesos quirúrgicos en menores de 18 años

Malformaciones congénitas y/o adquiridas
Personal Médico especialista en cirugía pediátrica.

Personal Médico especialista en neurocirugía y/o neurocirugía pediátrica.
Médico especialista en urología o urología pediátrica.
Personal Médico especialista en traumatología y ortopedia Pediátrica.
Personal de enfermería Especialista en enfermería Pediátrica.
Personal Médico especialista en cardiología.
Personal Médico especialista en cirugía cardiotorácica pediátrica o cirugía cardiotorácica con especialidad en congénitos.
Personal Médico especialista en cardiología pediátrica en hemodinamia congénitos.
Personal Técnico perfusionista.
Personal Médico especialista en urología o en urología pediátrica.
Personal Médico especialista en endocrinología y/o endocrinología pediátrica especialista en endocrinología y/o endocrinología pediátrica.

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

Implantación Prótesis Coclear.
Personal Médico de Pediatría y/o Otorrinolaringología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de certificación para el programa de implante coclear avalado por Institución de Enseñanza Superior.

Personal Médico o Técnico de Audiología y Foniatría
Personal de Psicología y Psicopedagogía.

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

Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo.
Personal Médico de Cirugía general.

- Constancia de capacitación en el tratamiento de niños y adultos con quemaduras.
- Constancia de entrenamiento en traqueotomía percutánea y traqueostomía de urgencia.

Personal Médico de Cirugía plástica y reconstructiva.
Personal Médico de Pediatría.
Personal de Psicología.

- Constancia de capacitación en el tratamiento de niños y adultos con quemaduras.

Enfermedades genéticas.

Hemofilia.
Personal médico de urgencias.
Personal médico de Pediatría.
Personal médico de UTIP.
Personal Otorrinolaringólogo interconsultante.
Personal de estomatología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en Enfermedades de la coagulación, adquiridas o hereditarias.

Personal de Psicología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en la rehabilitación psicológica de niños con hemofilia.

Enfermedades lisosomales.
Personal Médico de Pediatría.
Personal Médico internista.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en enfermedades por depósito lisosomal emitido por instancias de enseñanza, consejos o asociaciones de salud locales o federales.

Personal Médico Cardiólogo.
Personal Médico Endocrinólogo.

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

Síndrome de Turner.
Personal médico de Pediatría.
Personal médico Endocrinología. (propio o convenio con terceros).

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Cuenta con capacitación en Síndrome de Turner.

Cardiólogo pediatra.
Médico otorrinolaringólogo pedíatra.
Médico traumatólogo pediatra.
Médico nefrólogo pediatra.

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

Tratamiento oncológico.

Personal de enfermería con especialidad en oncología.
Personal de enfermería Licenciatura o profesional técnico con capacitación en Quimioterapia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Título y cédula de la especialidad en Oncología y/o Pos técnico en Oncología cursos.

Personal de enfermería Licenciatura o profesional técnico con capacitación en Radioterapia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Título y cédula de la especialidad en Oncología y/o Pos técnico en Oncología cursos. Constancia de la capacitación en el manejo de pacientes con implantes radiactivos en caso de que aplique.

Personal de enfermería con especialidad en cirugía.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Título y cédula de la especialidad en Cirugía y/o Pos técnico en Cirugía cursos.

Personal Médico en radio –oncología.
Personal Médico de Anatomía Patológica.

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

Personal Médico radioterapeuta.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad.

Físico Médico en Radioterapia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Maestría en su caso, constancia de capacitación especializada en los conceptos y técnicas de la física de radiaciones ionizantes y su uso médico.
- Constancia de entrenamiento clínico supervisado en física de la radioterapia avalada por institución de salud reconocida.
- Nombramiento como encargado de seguridad radiológica.

Personal Técnico en Radioterapia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en la aplicación clínica de la radioterapia.

Personal de Nutrición.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en apoyo nutricional en pacientes oncológicos.

Tratamiento Oncológico en menores de 18 años.
Personal médico de cirugía pediátrica.
Personal médico de oncología pediátrica.
Personal médico de neurocirugía pediátrica y/o neurocirugía.
Personal médico de anestesiología pediátrica.
Personal médico de Hemato-Oncología.
Personal médico de Traumatología y Ortopedia pediátrica.
Personal médico de urología pediátrica y/o urología.
Personal médico en nefrología pediátrica y/o nefrología.
Personal médico de oftalmología pediátrica y/u oftalmología.
Personal médico de endocrinología y/o endocrinología pediátrica.

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

Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años.
Personal Médico de Oncología médica.
Personal Médico de cirugía oncológica.
Personal médico de Anestesiología o Algólogo.
Personal médico hematología.
Personal médico Cardiología Propio o subrogado/interconsultante.
Personal Médico de Apoyo en la Atención Médica Oncológica (cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna, ginecología y obstetricia).

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

Personal médico de Anestesiología o Algólogo.
- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Diploma de algología (clínica del dolor).

Personal de Psicología.
Personal de Trabajo social.
- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en atención oncológica.

Personal en Psico-Oncología.
- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en atención oncológica.
- Constancia de capacitación específica sobre consejería y acompañamiento emocional.

Cirugía plástica y reconstructiva.
- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de manejo del dolor.

Físico Médico en Radioterapia.
- Constancia de entrenamiento supervisado de al menos 40 horas, en las tareas de garantía y control de calidad correspondientes a la técnica mamográfica en cada modalidad (convencional y digital).

Personal Médico en Radiología.
- Capacitación en imagen de la mama.

Personal de salud con capacitación para consejería y acompañamiento emocional.
- Constancia de capacitación específica sobre consejería y acompañamiento emocional. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos.

Personal Médico de Ginecología y obstetricia.
- Constancia del diplomado en colposcopia de al menos 6 meses de duración, avalado por una institución .de salud y/o educativa.

Personal Médico de Cirugía general.
- Diploma del curso de alta especialidad en endoscopia.

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

Coordinador del establecimiento y/o servicio que otorga atención a pacientes con VIH /VHC (profesional de salud).
Personal de enfermería.
Personal Médico General
Personal Médico de Infectología o Medicina Interna.
- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

- Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.
- Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.

Personal Médico de Pediatría y/o Infectología Pediátrica.

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

Personal Médico de Ginecología y Obstetricia (Interconsultante).

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

Personal de Farmacia.

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

Enfermedades cardiovasculares.

Personal Médico de Urgencias.
Personal Médico de Anestesiología.
Personal Médico de Cardiología.
Personal Médico de Medicina del Enfermo en Estado Crítico.
Personal de Enfermería en UCIA.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio.

Personal Médico de Cardiología Intervencionista.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio.
- Constancia de capacitación en hemodinamia y cardiología intervencionista.

Personal de Enfermería en Hemodinamia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio.
- Constancia de capacitación en hemodinamia.

Trasplantes en paciente pediátrico y adulto (hígado, corazón, pulmón, riñón, córnea y médula ósea).

Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación para realizar las funciones de procuración de órganos emitida por la Secretaría de Salud (CENATRA).
- Registro de las actividades atribuidas por ley.
- Registro de la coordinación con el comité interno de trasplante.
- Registro de inscripción ante el Centro Nacional de Trasplante.
- Documento que acredita los conocimientos actualizados para desempeñar sus funciones (notificación al CENATRA).
-

Responsable del Programa de Trasplante.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Acta correspondiente (aviso al CENATRA).

Personal Médico de Cirugía de Trasplante.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Diploma de entrenamiento especializado o diploma de alta especialidad para cirugía de trasplante.
- Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.

Personal de Radiología Intervencionista.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.
- Constancia de actualización de estudios con medios de contraste (en su caso).
- Constancia del curso de alta especialidad en radiología intervencionista.

Personal Médico de Gastroenterología y/o Hepatólogo.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Diploma y cédula de especialidad en endoscopia o diploma del curso de alta especialidad en endoscopia o hepatología (en su caso).
- Capacitación en trasplante de hígado.

Personal médico de Cirugía Cardiotorácica.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de entrenamiento especializado para cirugía de trasplante de pulmón (en su caso).
- Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes (en su caso).

Personal Médico de Oncología Médica.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de entrenamiento especializado en trasplante de médula ósea.
- Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.

Personal Médico de Hematología.
Personal Médico de Oncología Pediátrica.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de entrenamiento especializado en trasplante de médula ósea.
- Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.

Personal Médico de Oftalmología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de entrenamiento especializado para cirugía de trasplante de córnea.
- Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.

Personal médico de Cirugía Cardiovascular.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de entrenamiento especializado para cirugía de trasplante de corazón (en su caso).

Personal perfusionista.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Diploma del curso de perfusionista.

Personal de Inhaloterapia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de capacitación en rehabilitación pulmonar en su caso.

Personal de Rehabilitación Física / Pulmonar / Cardíaca.
Personal de Neurofisiología.
Personal Médico de Foniatría.
Personal Médico de Nefrología o nefrología pediátrica (responsable del servicio de hemodiálisis).
Personal de Electrofisiología.

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

Enfermedades del sistema nervioso central.

Personal Médico especialista en rehabilitación.
Licenciado en terapia física o fisioterapia.
Licenciado en terapia ocupacional.
Licenciado en terapia de lenguaje o comunicación humana.

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

NORMATIVIDAD APLICABLE

Autorizaciones sanitarias.

Permisos, avisos de funcionamiento, licencias, etc.

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

Convenios de prestación de servicios.

- Convenio de prestación de servicios subrogados vigente.

Comités técnicos hospitalarios.

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

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

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

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

Comité de Mortalidad Hospitalaria

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

Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.

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

Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).

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

SECCIÓN.3
CRITERIOS

INFRAESTRUCTURA CRÍTICA
ELEMENTOS MEDIBLES

V. Infraestructura Crítica

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

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

Los siguientes apartados describen los Criterios Mayores:

1. Eficacia y suficiencia del recurso humano.

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

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

- Contar con la cobertura del personal médico y paramédico de acuerdo a los servicios que presta.
- Deberá de contar con el personal específico para asegurar la atención de pacientes de acuerdo a la cartera de servicios que se prestan en el establecimiento. ➲
- Documentación comprobatoria de su formación académica (título, cédula o cédulas profesionales). ➲
- Certificación vigente para el personal médico que realiza procedimientos quirúrgicos.➲
- Para los EAM de segundo y tercer nivel de atención, se deberá contar con personal médico de las especialidades troncales (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia) y Urgencias por turno para satisfacer la demanda de atención. En el caso de otras especialidades y subespecialidades, deberá contar con personal de acuerdo con la cartera de servicios y la demanda de atención; estableciendo un mecanismo de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes. ➲
- Para el segundo y tercer nivel de atención, donde se requiera del equipo quirúrgico (conformado por personal de perfil quirúrgico, anestesiología y de enfermería), deben laborar en el mismo turno. ➲
- En aquellos EAM rurales o comunitarios donde exista personal de atención en turno y con guardias en los turnos restantes para proveer continuidad en el servicio, deberán informar al equipo evaluador los mecanismos de cobertura para las necesidades de la población. ➲
- Deberá existir cobertura del personal antes mencionado de conforme a la planeación del EAM en caso de vacaciones, incapacidades, ausencias o alguna otra incidencia. ➲
- La información deberá ser validada por el área de Recursos Humanos y podrá ser entregada al equipo evaluador durante el tiempo que dure la evaluación al EAM.
- Se validará la documentación presentada en formato físico o digital, la información recabada deberá registrarse en el formato correspondiente o acta de observaciones, el cual deberá contener las firmas y sellos requeridos.

2. Áreas Críticas.

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

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

2.1 Proceso de limpieza y desinfección de las áreas críticas. ➲

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

2.2 Proceso de esterilización. ➲

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

2.3 Circulación del personal en área quirúrgica. ➲

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

3. Seguridad de las Instalaciones.

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

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

3.1 Condiciones de Infraestructura y limpieza. ➲

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

3.2 Temperatura y humedad en terapias intensivas. ➲

- Contar con un sistema de control y medición de temperatura y humedad en las áreas de terapia intensiva. ➲
- Revisión de los registros históricos de mediciones, en un periodo mínimo de 6 meses anteriores al día de la visita, comprobando los valores con apego normativo (Temperatura 24° – 28° y Humedad 30-60%). ➲
- Verificar que se realiza mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas de control y medición, que incluya calibración, así como acciones implementadas para la resolución de parámetros fuera de rango en caso de haberse presentado. ➲

3.3 Sistema de energía de emergencia. ➲

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

funcionamiento del sistema de energía de emergencia y que se registre en las bitácoras correspondientes. ➲

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

3.4. Filtración de aire de alta eficiencia y sistema de inyección, extracción y distribución de aire. ➲

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

especificaciones de fabricante o mediante prueba de eficiencia basado en el conteo de partículas. ➲

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

3.5. Condiciones de la sala de operaciones. ➲

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

3.6. Condiciones de la CEyE. ➲

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

estos pueden ser controles físicos, químicos y biológicos de acuerdo a cada procedimiento. ➲

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

4. Autorizaciones sanitarias. ➲

Propósito de la evaluación:
Verificar que la documentación referente a autorizaciones sanitarias con las que cuenta el EAM tiene apego a la normativa vigente. ➲

Evaluación. Se verificará que se cumple con lo siguiente:

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

5. Expediente clínico de pacientes.

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

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

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

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

SECCIÓN.4
CRITERIOS

PROCESOS LIGADOS A INFRAESTRUCTURA
ELEMENTOS MEDIBLES

VI. Procesos ligados a infraestructura

1. Red de frío e inmunización.

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

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

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

2. Programas de prevención y detección

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

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

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

3. Servicios Subrogados

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

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

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

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

ESTÁNDARES HOSPITALES

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD SECCIÓN ESTÁNDARES HOSPITALES

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad se **conforma por estándares que guían a los servicios de Atención Hospitalaria** en el diseño y la implementación de procesos seguros básicos, intermedios, avanzados y de alta complejidad, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela en los pacientes, para lo cual es necesario definir actividades específicas que se integran a los procesos y que sirvan como barreras de seguridad; el Modelo ha tomado el principio: **"la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias"**.

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

El Modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de **actividades específicas** que funcionan como **barreras de seguridad**, es decir, **actividades estandarizadas y sistémicas**, viendo al hospital como un "todo".

Cuando un establecimiento de atención médica implementa los estándares de hospitales, trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de él. Es importante que la organización comprenda que el Modelo tiene un enfoque de sistema, lo cual implica, ver al hospital como un "todo", en donde cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente. Trabajar con este enfoque requiere en primer lugar del liderazgo y compromiso directivo que impulse el involucramiento y la participación de todas las áreas y personas que conforman la organización.

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

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

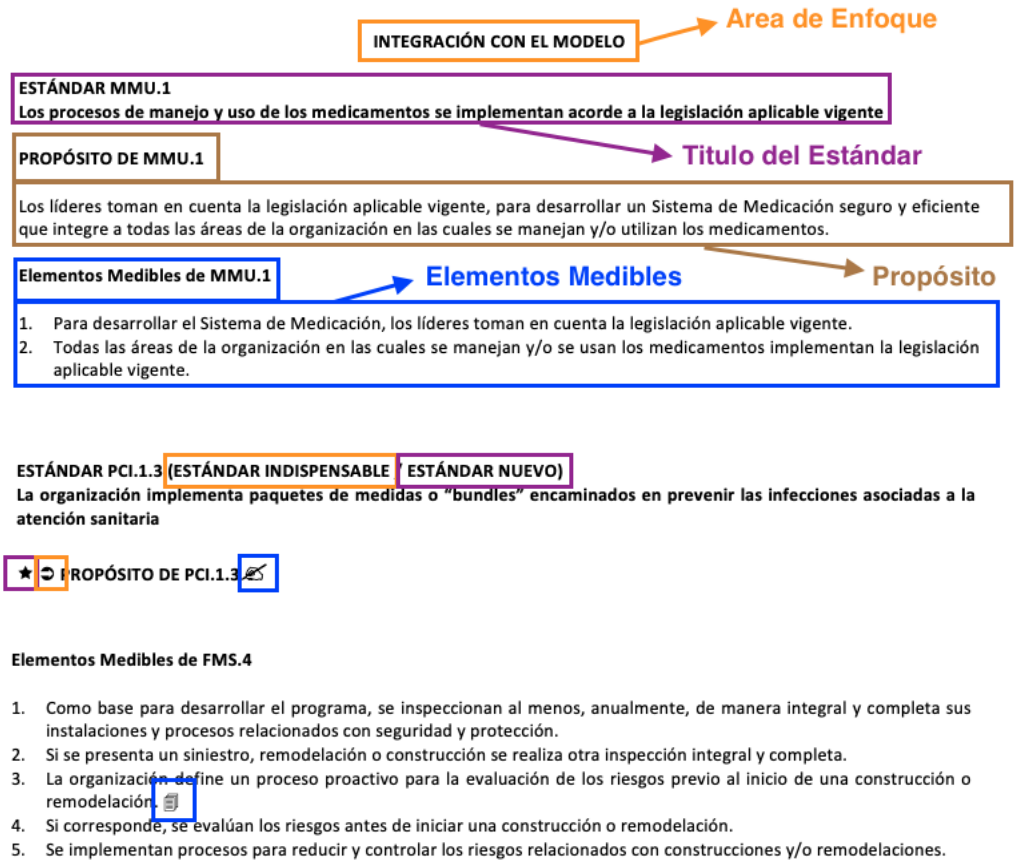
Apartado 1. METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
1.	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/ Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes (MISP/ IPSG, *International Patient Safety Goals*) (AESP/ *Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes)*	MISP/AESP
Apartado 2. SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
2.	Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU, *Medication Management and Use*)	MEDICACIÓN
3.	Prevención y Control de Infecciones (PCI, *Prevention and Control of Infections*)	INFECCIONES
4.	Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS, *Facility Management and Safety*)	INSTALACIONES
5.	Competencias y Capacitación del Personal (SQE, *Staff Qualifications and Education*)	PERSONAL
Apartado 3. SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
6.	Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (QPS, *Quality Improvement and Patient Safety*)	CALIDAD
Apartado 4. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE		
7.	Acceso y continuidad de la atención (ACC, *Access to Care and Continuity of Care*)	CONTINUIDAD
8.	Derechos del paciente y de su familia (PFR, *Patient and family rights*)	DERECHOS
9.	Evaluación de pacientes (AOP, *Assessment of Patients*)	EVALUACIÓN
10.	Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD, *Assessment of Patients*)	DIAGNÓSTICO
11.	Atención de pacientes (COP, *Care of Patients*)	ATENCIÓN
12.	Anestesia y atención quirúrgica (ASC, *Anesthesia and Surgical Care*)	CIRUGÍA
13.	Educación del paciente y de su familia (PFE, *Patient and Family Education*)	EDUCACIÓN
Apartado 5. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN		
14.	Gestión de la Comunicación y la Información (MCI, *Management of Communication and Information*)	INFORMACIÓN
15.	Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD, *Governance, Leadership, and Direction*)	LIDERAZGO

Cada **apartado** está integrado por agrupaciones de **Estándares** relacionados entre sí, y a su vez, cada Estándar está conformado por, **Áreas de Enfoque**, **Título**, un **Propósito** y **Elementos Medibles** (EM).

El **propósito** es la justificación, alcance y trascendencia de las acciones, barreras de seguridad y procesos que cada organización debe implementar, acorde a su contexto, complejidad y recursos, siempre con un enfoque multidisciplinario, sistémico, **basado en buenas prácticas**. Es decir, el propósito le dice a la organización por qué y para qué implementar los estándares de Hospitales.

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

ESTRUCTURA GENERAL DE LOS ESTÁNDARES Y SIMBOLOGÍA



Estándares Indispensables

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

Los procesos que deben definirse y documentarse acorde a lo que solicita cada PROPÓSITO para la implementación de los estándares, se pueden identificar de la siguiente manera:

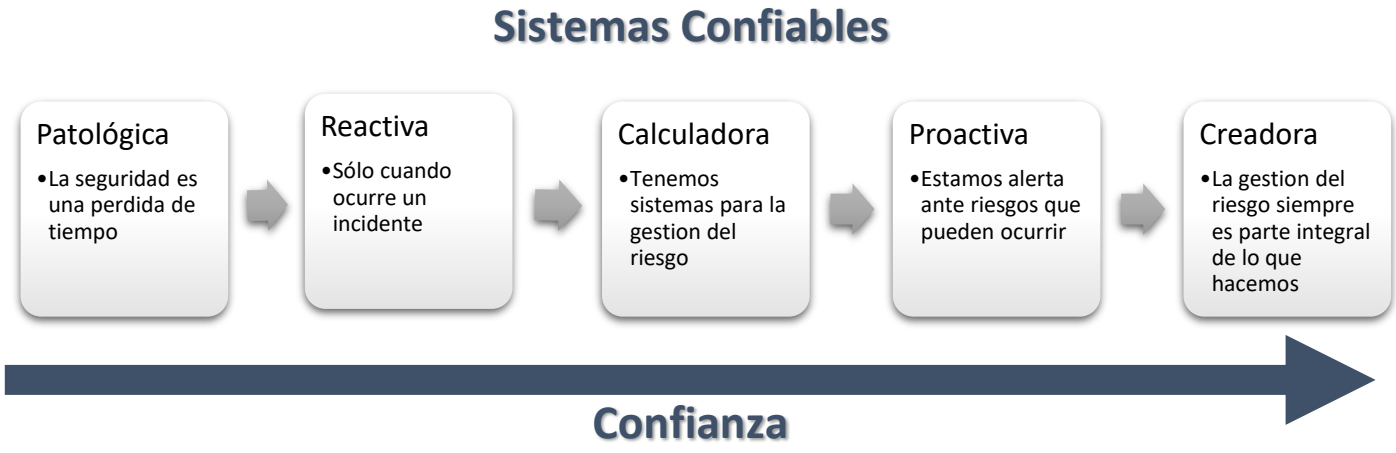
- El símbolo ✍ significa que dentro del propósito se solicita el análisis multidisciplinario y sistémico de una situación o un proceso, que deberá de documentarse.
- El símbolo 🗐 significa el punto específico que debe describirse y documentarse acorde a lo solicitado en el PROPÓSITO correspondiente.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

Estándares Exclusivos para Ambulatorios

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

SISTEMA DE MADUREZ PARA LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

Las organizaciones que logran llegar al cumplimiento de altos estándares de calidad y seguridad no lo hacen de la noche a la mañana, sino que estos comienzan mediante pequeñas acciones y cambios de la forma de pensar, se ha analizado la forma en la que los sistemas logran obtener la confianza encontrando algunos puntos en común en las organizaciones en los cuales avanzan hacia estos sistemas, encontrando primero a las organizaciones **Patológicas**, las que en su mayoría describen a los procesos de calidad y seguridad como un "extra" a la labor rutinaria u operativa y por ende una pérdida de tiempo, luego nos encontramos a las organizaciones **Reactivas**, como su nombre lo indica, actuando solo si es necesario arreglar algo, comúnmente observamos al personal "apagando fuegos" todo el tiempo, corriendo de un incidente a otro, sin análisis del porque están sucediendo las cosas, cabe mencionar que al menos en estas organizaciones ya se inician al menos algunos procesos relacionados a los problemas encontrados, no es hasta que la organización se vuelve **Calculadora** cuando estas acciones reactivas aisladas se conforman en sistemas de gestión de los riesgos y así iniciar el análisis del porque ocurren las situaciones, posteriormente estos análisis empiezan a verse como modelos que predicen las situaciones y se mantienen alerta de manera **Proactiva**, para actuar y mejorar incluso antes de que se presenten los problemas, pero podemos definir a la organización como **Creadora**, una vez que todo el sistema forma parte del engranaje de los procesos cotidianos, todo esto no se logra simplemente con decretarlo, es un camino, que siempre resultara en algo mejor.



Parker D. Patient Safety. NPSA 2005. Birmingham, 2006

Un modelo es " una abstracción de la realidad, que define parámetros a seguir o imitar debido a su excelencia y validez"[1]. Según Hammer la madurez de una organización es la posibilidad que esta tiene de adaptarse rápidamente[2].

Actualmente, el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, contiene una serie de estándares enfocados en mejorar la calidad y seguridad que se brinda a los pacientes en los establecimientos de atención médica del país.

Un modelo de madurez es un mapa que guía a los establecimientos de atención médica en la implementación de buenas prácticas, ofreciendo un punto de partida[3] [4]. Describe un camino de mejoramiento evolutivo, desde los procesos cotidianos hasta los más maduros de la organización [5][6].

[1] OMG, "Business Process Maturity Model", [en línea], s.n, s.l, 2008, pp.1-16 [consulta: 27-03-2012], Disponible en: http://www.omg.org/spec/BPMM/1.0/PDF
[2] BADENHORST-WEISSJ, A.; et al., Introduction to Business Management, 8 va. ed., s.n, Southern Africa, Editorial OUP, 2010, ISBN 9780195992519, 640 p.
[3] ROSEMANN, M.; VOM BROCKE, J., "The six core elements of business process management", Berlín, Springer, 2010, ISBN 3642004156.
[4] ROSEMANN, M.; DE BRUIN, T. "Towards a business process management maturity model". En: Proceedings of the 13th European Conference on Information Systems (ECIS 2005) (Regensburg: 2005). ISBN 90-8548-014-0
[5] . DE BRUIN, T., "Insights into the Evolution of BPM in Organisations", en 18th Australasian Conference on Information Systems. Toowoomba, 2007, pp. 632-642. ISBN 978-3-642-39059-3
[6] OMG, "Business Process Maturity Model", [en línea], s.n, s.l, 2008, pp.1-16 [consulta: 27-03-2012], Disponible en: <http://www.omg.org/spec/BPMM/1.0/PDF>

Los niveles permiten evaluar el estado de desarrollo de una organización de salud, en un proceso de mejora continua, hasta alcanzar la implementación completa de las buenas prácticas señaladas en todo el Modelo.

Los niveles de madurez para la Calidad y Seguridad del paciente permiten:

- Evaluar el estado de crecimiento de los establecimientos de salud en el país, en términos de calidad y seguridad.
- Ofrecer a las organizaciones la posibilidad de que transiten de forma progresiva a través de los niveles de madurez, a partir de procesos que forman parte de la cotidianidad del establecimiento de salud, hasta procesos robustos en materia de calidad y seguridad.
- Trazar claramente estrategias de mejora continua para alcanzar la implementación completa del Modelo.
- Identificar las áreas o factores donde la organización debe enfocarse para mejorar.
- Institucionalizar las prácticas de la organización, que aseguren que los procesos asociados serán efectivos, repetibles y duraderos.
- Guiar paso a paso para la mejora de la calidad y seguridad, a través de niveles de madurez ligados al tiempo y al desarrollo de capacidades, favoreciendo una transición del 'aprendizaje individual' al 'aprendizaje de la organización' en un proceso de mejora continua.

Cada uno de los niveles de madurez, contienen un grupo de estándares que indican donde la organización debe centrarse para mejorar sus procesos y lograr determinado nivel. Cada estándar contiene un grupo de elementos medibles que deben ser alcanzados por la organización para satisfacer ese proceso. Los estándares hacen referencia a lo que debe hacerse, pero no cómo se debe hacer, por esta razón las organizaciones son libres de definir acorde a su contexto la forma y los métodos para satisfacer el propósito de cada estándar.

APARTADO.1 ESTÁNDARES

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

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

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

MISP.1/AESP.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Identificar correctamente a los pacientes.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.1/AESP.1 ✍

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

En el diseño del proceso de identificación del paciente se define **el USO de dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento)**. En su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa del establecimiento. Para este propósito NO SON DATOS DE IDENTIFICACIÓN: la ubicación, el padecimiento del paciente, especialidad, disciplina o nombre del médico tratante; por ejemplo: el paciente de terapia intensiva, quirófano 1, camilla 5, máquina de hemodiálisis 7, el paciente del Dr. Juárez, la paciente con apendicitis, el paciente psiquiátrico, entre otros. Debido a que pueden cambiar durante el proceso de atención o ser relacionados a más de un mismo paciente, lo que aumenta la posibilidad de error que involucra al paciente equivocado.

El diseño del proceso de identificación del paciente **también considera todas las posibles variantes en la identificación precisa de los pacientes**; por ejemplo, cómo identificar a un paciente desconocido y/o con alteración del estado de conciencia, así como a recién nacidos y productos de embarazos múltiples; acorde a lo definido en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Los datos de identificación se pueden encontrar en diferentes medios, por ejemplo: en membretes, brazaletes de identificación o pulsera, tarjetas de cabecera o pie de cama, gafetes, entre otros acordes a los recursos y al contexto de la organización, los cuales deben estar disponibles durante el proceso de atención para que puedan ser consultados en todo momento. En el mismo sentido, los dos identificadores deben encontrarse en todas las hojas que integran el expediente clínico.

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

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

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

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

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

- Procedimientos quirúrgicos
- Toma de biopsias
- Procedimientos odontológicos
- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres centrales, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros)
- Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- Colocación de accesos vasculares
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo (Por ejemplo, procedimientos endoscópicos)

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

Es importante que, como primer paso para poder diseñar el proceso de identificación del paciente acorde al propósito de este Estándar, se analice y se identifiquen todos los momentos críticos para la identificación del paciente que se presentan en la organización, así como en qué áreas o servicios y quién los lleva a cabo. Así como, se considere confirmar la información con el paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) al momento de la elaboración de los medios de identificación, al momento de registrar dicha información y de no ser posible por las condiciones o edad del paciente verificar con algún familiar, cuidador o acompañante o en última instancia cotejar en el expediente clínico (si existiera uno previamente) o algún otro documento generado en el establecimiento u otro medio de verificación; con la finalidad de disminuir el riesgo de un registro incorrecto de los datos de identificación que puedan ocasionar algún incidente.

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

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

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

Elementos Medibles de MISP.1/AESP.1

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente. 🗐
2. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento, la especialidad o disciplina que le brinda atención. 🗐
3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de consciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente. 🗐
4. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **administrarles medicamentos.**
5. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **administrarles infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico**.

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

MISP.2/AESP.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Mejorar la comunicación efectiva.

➲PROPÓSITO DE LA MISP.2/AESP.2 ✍

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

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

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

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

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

Se define un lugar estandarizado para escribir la información recibida con el propósito de disminuir los riesgos asociados a la pérdida de la información y/o a los errores en la transcripción.

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

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

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

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

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización, identifique todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones clínicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (telefónica o presencial), y se asegure que barrera de seguridad se realice de

manera correcta (en orden del proceso Escuchar-Escribir-Leer- Confirmar) en el momento oportuno (en el momento de la recepción) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

Elementos Medibles de la MISP.2/AESP.2

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

MISP.3/AESP.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.3/AESP.3 ✍

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente.
Este Estándar debe ser implementado en todas las organizaciones siempre y cuando se preparen y/o se administren:

- Electrolitos concentrados
- Quimioterapia
- Radiofármacos
- Insulinas
- Anticoagulantes por vía parenteral

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

- **ELECTROLITOS CONCENTRADOS**

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

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

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

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

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

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

- **DOBLE VERIFICACIÓN**

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

- Electrolitos Concentrados.
- Quimioterapéuticos.
- Radiofármacos.
- Insulinas.
- Anticoagulantes vía parenteral.

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de la MISP.3/AESP.3

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:
   1.1. Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.
   1.2. Alerta Visual de color rojo individual de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo.
   1.3. El etiquetado rojo es exclusivo para identificar medicamento de alto riesgo.
   1.4. Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
      1.4.1. Electrolitos concentrados.
      1.4.2. Quimioterapias.
      1.4.3. Radiofármacos.
      1.4.4. Insulinas.
      1.4.5. Anticoagulantes parenterales.
2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
3. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.
4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.
5. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.4/AESP.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Procedimientos Correctos.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.4/AESP.4 ✍

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

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

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

Es preciso que la organización, de manera multidisciplinaria, implemente el **Protocolo Universal**, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.

Los tres procesos esenciales que conforman el **Protocolo Universal** son:

- Marcado del sitio anatómico
- Proceso de verificación pre-procedimiento
- Tiempo fuera

El Protocolo Universal debe realizarse en todos los procedimientos quirúrgicos que se realicen en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine. Para ello, se debe cumplir con lo señalado en la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2, nombrando a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante.

▪ MARCADO DEL SITIO ANATÓMICO

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

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

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

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

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

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

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

- **VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO**

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

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

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

- El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP 1).
- El procedimiento correcto.
- La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
- La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
- Las alergias del paciente.
- El filtro y superficie correctos
- La identificación del acceso vascular.

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

- **TIEMPO FUERA**

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

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

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

La organización define la manera en que el proceso será documentado.

La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar **todo aquel procedimiento invasivo o de alto riesgo** como podrían ser:

- Transfusión de sangre y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemocomponente correcto).
- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).
- Procedimientos quirúrgicos
- Toma de biopsias
- Procedimientos odontológicos
- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- Procedimientos endoscópicos

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

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

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

Siempre que sea posible, se deberá brindar educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo Fuera para su participación y/o toma de decisiones de acuerdo con los procesos definidos para la MISP.4.

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

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente el Protocolo Universal teniendo cómo guía la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía en todos los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo dentro y fuera de la sala de operaciones; y es muy importante que estas acciones se realicen de la manera correcta y en el momento oportuno dando prioridad al Tiempo Fuera justo antes de comenzar el procedimiento. La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el

procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar los procedimientos.

Elementos Medibles de la MISP.4/AESP.4

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

MISP.5/AESP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

➲PROPÓSITO DE LA MISP.5/AESP.5 ✍

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

En los hospitales, la higiene de manos toma especial relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos de mano en mano, por ejemplo, durante la exploración física de los pacientes, durante la toma de signos vitales, durante la realización de algún procedimiento, entre otros.

Las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud más comunes son: infecciones de las vías urinarias, asociadas con el uso de catéteres, infecciones de sitio quirúrgico, bacteriemias y neumonía (a menudo asociadas con la ventilación mecánica asistida en los hospitales y neumonía adquirida en la comunidad.

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

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

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

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

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

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización se asegure que la barrera de seguridad se realice de **manera correcta** (técnica correcta, Cinco Pasos) en el **momento oportuno** (Cinco Momentos), para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Elementos Medibles de la MISP.5/AESP.5

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

MISP.6/AESP.6 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.6/AESP.6 ✍

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

Se evalúa intencionadamente el riesgo de caídas en todos los pacientes que acudan a solicitar atención médica, ya sea para recibir atención de urgencia o para realizarse un procedimiento o un tratamiento.

La evaluación del riesgo de caídas puede cambiar durante el proceso de atención, sobre todo después de la realización de Procedimientos o Tratamientos como por ejemplo después de una cirugía, después del tratamiento de hemodiálisis, después de la realización de procedimientos endoscópicos, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo, la característica general en este tipo de procedimientos es que el riesgo que el paciente tiene de presentar una caída, puede cambiar al término del procedimiento.

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

Esta evaluación se caracteriza por lo siguiente:

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

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

También es importante señalar que, aunque en todos los pacientes se implementan acciones generales para prevenir caídas, el propósito de la evaluación es determinar el nivel de riesgo y las acciones específicas, estas acciones se implementan para brindar una mayor protección para estos pacientes. Así mismo se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso de evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde al propósito de este Estándar se analicen y se identifiquen los riesgos y los tipos de pacientes a quienes se brinda atención en la organización, para que con esta información puedan definirse adecuadamente los criterios específicos para identificar el nivel de riesgo. Una vez identificado el nivel de riesgo de caídas de cada paciente, se implementan las medidas específicas con el propósito de disminuir la posibilidad de que se presenten caídas en los pacientes.

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

Elementos Medibles de la MISP.6/AESP.6

1. El establecimiento a través de un análisis multidisciplinario identificó y realizó un listado de las áreas, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caída.
2. La organización implementa un instrumento o herramienta validada para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas, acorde a su población de pacientes.
3. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta, el resultado de la evaluación se documenta en el expediente clínico, cuando así corresponda.
4. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.
5. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.
6. Se evalúa el riesgo de caídas como parte del proceso de evaluación inicial.
7. Se revalúa a todos los pacientes en cada cambio de turno y cambio de área o servicio.
8. Se revalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.
9. Como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas específicas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.
10. La organización realiza la evaluación de caídas de los pacientes ambulatorios y para aquellos que cumplan los criterios, toman las medidas necesarias para reducir el riesgo de caída.
11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.
12. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.
13. Se utiliza un formato dinámico como resultado de la Valoración de Riesgo de caídas, visible como alerta en la atención del paciente.

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

APARTADO.2 ESTÁNDARES

SISTEMAS CRÍTICOS

MANEJO Y USO DE LOS MEDICAMENTOS

Medication Management and Use

MMU

MEDICACIÓN

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

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
MMU.1	La organización integra un Sistema de Medicación		✍
MMU.1.1	El desarrollo del Sistema Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos	➲	✍
MMU.1.2	Los datos derivados de la supervisión del sistema de Medicación se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
MMU.1.3	La organización implementa un Programa para el uso óptimo y racional de los antibióticos		✍
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN		
MMU.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Medicación al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
MMU.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación		
	SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS		
MMU.4	Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles	➲	✍
MMU.4.1	La organización gestiona y controla de manera adecuada la inclusión y exclusión de medicamentos al inventario		
MMU.4.2	La organización obtiene de manera rápida los medicamentos que requiere y no están disponibles		
	ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS		
MMU.5	Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura	➲	
MMU.5.1	Se han definido consideraciones de almacenamiento para medicamentos e insumos especiales		✍
MMU.5.2	Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura		
MMU.5.3	Se ha definido un proceso de retiro de medicamentos		✍
	PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS		
MMU.6	Existe un proceso para la prescripción completa y segura de medicamentos basado en barreras de seguridad	➲	✍
MMU.6.1	Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos	➲	
MMU.6.2	Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones	➲	✍
MMU.6.3	Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos	➲	✍
MMU.6.4	Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos	➲	✍

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

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR MMU.1
La organización integra un Sistema de Medicación.

PROPÓSITO DE MMU.1 ✍

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

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

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

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) La planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas.
b) La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad.
c) La capacitación del personal.
d) La supervisión integral de todo el sistema.
e) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.
f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

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

Elementos Medibles de MMU.1

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

ESTÁNDAR MMU.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El desarrollo del Sistema de Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. (Enfoque Proactivo)

➲PROPÓSITO DE MMU.1.1 ✍

Se realiza una identificación de las situaciones de riesgo que se observan en la organización en cada una de las fases del Sistema de Medicación que incluye desde la selección y adquisición hasta la fase de control posterior a la administración de medicamentos.

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

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.1.1

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Medicación. 🗐
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Medicación.
4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.

ESTÁNDAR MMU.1.2
Los datos derivados de la supervisión del sistema de Medicación se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE MMU.1.2

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

Elementos Medibles de MMU.1.2

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Medicación.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.

4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los errores y cuasifallas de medicación.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

ESTÁNDAR MMU.1.3
La organización implementa un Programa para el uso óptimo y racional de los antibióticos.

★ PROPÓSITO DE MMU.1.3

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

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

Con el fin de reducir el desarrollo y la difusión de bacterias multirresistentes y de producir mejores resultados en los pacientes, la organización define e implementa un programa para la optimización de los antibióticos, el programa cuenta con el apoyo de la dirección del hospital, lo que supone el compromiso de la dirección en proporcionar los recursos necesarios para garantizar un programa efectivo.

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

- Patrones de seguimiento de prescripción y resistencia antibiótica;
- Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias;
- Educación al personal sobre el uso óptimo de antibióticos.
- La participación de los profesionales de prevención y control de infecciones, además de médicos, enfermeras, farmacéuticos, personal en formación, pacientes, familias y otros.
- Seguimiento de su efectividad, por ejemplo, la evidencia de un descenso en el uso inadecuado de antibióticos y de organismos multirresistentes, pruebas documentales de que los prescriptores están siguiendo las directrices de práctica aceptadas, y un uso óptimo apropiado de la profilaxis antibiótica.
- Un mecanismo de supervisión a cargo del Subcomité de uso de Antimicrobianos o en su defecto una persona, un grupo de trabajo pequeño, un equipo especial, un Comité o algún otro mecanismo.

Elementos Medibles de MMU.1.3

1. La organización define e implementa un programa para el uso óptimo y racional de los antibióticos.
2. El programa se basa en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente.
3. El programa para el uso óptimo y racional de los antibióticos, incluye al menos:
   3.1. Directrices para el uso óptimo de antibióticos para el tratamiento de las infecciones.
   3.2. Directrices para el uso adecuado de la terapia de profilaxis antibiótica.
   3.3. Patrones de seguimiento de prescripción y resistencia antibiótica.
   3.4. Educación e Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias.
4. El programa esta implementado en la organización.
5. Existe un mecanismo para supervisar el programa y monitorear su efectividad.
6. Se toman decisiones de acuerdo con los resultados obtenidos.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN

ESTÁNDAR MMU.2
La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Medicación al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE MMU.2

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

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

La capacitación al personal incluye la identificación y notificación de Errores y Cuasifallas de medicación, mediante sus definiciones operativas.

Elementos Medibles de MMU.2

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

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR MMU.3
Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación.

PROPÓSITO DE MMU.3

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

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.3

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

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles.

ESTANDAR MMU.4.1
La organización gestiona y controla de manera adecuada la inclusión y exclusión de medicamentos al inventario.

➲ PROPÓSITO DE MMU.4 ✍ y ★MMU.4.1

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

La adquisición de los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.

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

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

La lista de medicamentos se revisa, al menos, una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, efectividad, los efectos secundarios y reacciones adversas.

Elementos Medibles de MMU.4

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión de la organización, las necesidades del paciente, los servicios prestados y la legislación aplicable vigente.
2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata.🗐
3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.
4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios y reacciones adversas.
5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MMU.4.1

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

ESTÁNDAR MMU.4.2 (ESTÁNDAR INSDISPENSABLE)
La organización obtiene de manera rápida los medicamentos que requiere y no están disponibles.

➲PROPÓSITO DE MMU.4.2 ✍

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

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

Elementos Medibles de MMU.4.2

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

ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

➲ PROPÓSITO DE MMU.5

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

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

Elementos Medibles de MMU.5

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

ESTÁNDAR MMU.5.1
Se han definido consideraciones de almacenamiento para medicamentos e insumos especiales.

PROPÓSITO DE MMU.5.1 ✍

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

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

Elementos Medibles de MMU.5.1

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

ESTÁNDAR MMU.5.2
Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura.

PROPÓSITO DE MMU.5.2

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

A fin de garantizar el acceso y resguardo de estos medicamentos, la organización implementa procesos para mantenerlos organizados y facilitar el manejo durante una situación de urgencia, además de establecer procesos para evitar el abuso, robo o extravío y para asegurar que estos medicamentos sean reemplazados cuando se usan, dañan o caducan y, por consiguiente, se encuentran en un lugar visible y al alcance del personal capacitado para atender la urgencia. Por lo tanto, la organización comprende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo apropiado en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia

Elementos Medibles de MMU.5.2

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

ESTÁNDAR MMU.5.3
Se ha definido un proceso de retiro de medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.5.3 ✍

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

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

Elementos Medibles de MMU.5.3

1. Se ha implementado un proceso para recibir y actuar, en relación con las alertas de retiros de medicamentos emitidos por una instancia regulatoria nacional y/o internacional.
2. Se ha implementado un proceso para identificar, recuperar y devolver medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso).
3. Se ha implementado un proceso para el retiro de medicamentos caducos o vencidos.
4. Se ha implementado un proceso que se ocupa del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.
5. La descripción del cómo se llevan a cabo estos procesos se encuentra documentada.🗐

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.6 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Existe un proceso para la prescripción completa y segura de medicamentos basado en barreras de seguridad.

➲ PROPÓSITO DE MMU.6

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

El diseño del proceso se basa en buenas prácticas para la prescripción, incluyendo el uso seguro de abreviaturas universales tanto en las vías de administración como abreviaturas en los nombres de los medicamentos, así como el uso de decimales, puntos y comas.

Como las prescripciones de medicamentos ilegibles, incompletas o confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, el proceso para la prescripción segura y completa, considera las acciones para prevenir errores de medicación relacionadas con la ilegibilidad de las prescripciones y las acciones a seguir ante prescripciones incompletas, ilegibles o confusas.

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

a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1.
b) Los requisitos que debe contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente y a los servicios brindados, por ejemplo, en una prescripción en el servicio de urgencias, un requisito puede ser la velocidad de infusión y en el servicio de consulta externa, la duración del tratamiento.
c) Especificación del método de administración, por ejemplo, el uso de dispositivos especiales o una técnica de administración en particular, si corresponde.
d) La utilización segura de prescripciones “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”, incluirá indicaciones específicas para su uso cuando corresponda al contexto de la organización (por ejemplo, especificar cual será la “razón necesaria” en una prescripción de paracetamol, “Paracetamol, 500 mg cada 8 horas en caso de fiebre mayor a 38ºC”).
e) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo, escribir en mayúsculas o con diferente color estos medicamentos); si corresponde al contexto de la organización.
f) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal, si corresponde al contexto de la organización.
g) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede auto administrarse, si corresponde al contexto de la organización.
h) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo y que deben ser resguardados por el personal de enfermería.
i) Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos, si corresponde al contexto de la organización.
j) Los tipos de prescripciones especiales permitidas, tales como prescripciones de urgencia, prescripciones cuya dispensación se repite a lo largo del tiempo o prescripciones de detención automática sin valoración médica, por ejemplo, un anticoagulante que se suspende 4 horas antes de una intervención quirúrgica.

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

k) Los requisitos especiales para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT), de acuerdo con lo estipulado en la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3C, tiene que contar por lo menos con los siguientes datos:

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

Por consiguiente, el proceso implementado se verá reflejado en que se registren/documenten prescripciones completas y seguras (manuales o electrónicas), que disminuyan la probabilidad de que ocurran errores de medicación en las siguientes fases al generar alertas de seguridad.

El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.

Elementos Medibles de MMU.6

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

ESTÁNDAR MMU.6.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.

➲PROPÓSITO DE MMU.6.1

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

Elementos Medibles de MMU.6.1

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

ESTÁNDAR MMU.6.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones.

➲ PROPÓSITO DE MMU.6.2 ✍

La transcripción en cualquier fase del sistema es un proceso que por sí mismo conlleva un riesgo, sin embargo, en el entorno de la atención clínica, se observa una alta incidencia de errores de medicación asociadas a las transcripciones realizadas entre la prescripción médica y la administración de medicamentos, por ejemplo, de las indicaciones medicas a la Hoja de Enfermería, al Perfil Farmacoterapéutico, entre otros.

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.6.2

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

ESTÁNDAR MMU.6.3(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos.

➲PROPÓSITO DE MMU.6.3 ✍

Durante la prescripción de los medicamentos, los médicos realizan de manera inherente un proceso por medio del cual identifican los medicamentos que el paciente toma de manera crónica o tomó previamente, con el fin de definir los medicamentos que va a prescribir. Como barrera de seguridad, la organización implementa la conciliación de medicamentos como un proceso consciente y deliberado en el cual se obtiene, un listado de los medicamentos que el paciente tomaba antes del ingreso para que en el momento entre la prescripción hecha por el médico y la administración de los medicamentos, se comparan estas listas por una persona competente con el propósito de detectar discrepancias, por ejemplo omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

La organización realiza el proceso de conciliación al comparar la lista de los medicamentos que el paciente tomaba con la nueva prescripción, asegurando que las personas reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas.

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

- El paciente es trasladado a otro servicio o área de la organización donde se dé continuidad a la medicación.

- Se cambia de médico tratante.
- Se egresa al paciente.

La organización asegura la adecuada medicación al realizar el proceso de conciliación de medicamentos durante estas transiciones con el fin de dar continuidad al proceso de medicación.

El proceso de Conciliación consta de los siguientes momentos:

- Se obtiene el **listado** de medicamentos que el paciente **tomaba antes de su ingreso** (tanto medicamentos de ingesta crónica como aquéllos que ingirió antes de su ingreso como lo pueden llegar a ser los administrados en el servicio de urgencias previo a hospitalizarse).
- Este listado se incluye en el expediente clínico.
- El listado incluye al menos: sustancia activa, vía de administración, dosis, frecuencia, duración del tratamiento y ultima dosis administrada.
- Se realiza la **conciliación** (comparación de la medicación actual con la previa), ésta se lleva a cabo en los siguientes momentos y de la siguiente manera, siempre entre los procesos de prescripción y administración:
    - **Al ingreso** del paciente se compara el listado de medicamentos que el paciente tomaba antes de su ingreso con la primera prescripción que se realiza en la organización.
    - Cuando el paciente **cambia de área o de servicio** dentro del establecimiento (por ejemplo, cambio de urgencias a quirófano, cambio de hospitalización a terapia intensiva, de unidad coronaria a hospitalización, etc.) se compara la última prescripción realizada en el servicio de egreso con la primera prescripción que se realiza en el servicio al que ingresa.
    - Cuando hay **cambio de médico tratante** se compara la última prescripción que realizó el médico tratante previo con la primera prescripción que realiza el nuevo médico tratante.
    - **Al egreso**, se compara el listado de medicamentos que tomaba antes de su ingreso al establecimiento en conjunto con la última prescripción realizada durante su internamiento con la receta o instrucciones de seguimiento que se dan al alta.
- Cuando el proceso de conciliación de medicamentos da como resultado la detección de **discrepancias** no establecidas en la indicación médica, éstas se comunican al médico, quien, basado en la información, tomará la decisión de continuar con la prescripción, realizar cambios o suspender.

Elementos Medibles de MMU.6.3

1. La organización define el proceso de conciliación de los medicamentos.
2. Se documenta una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición del personal competente que realiza la conciliación de los medicamentos.
3. A todos los pacientes se realiza el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso de los pacientes.
4. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o servicio.
5. Cuando hay cambio de médico responsable, se realiza la conciliación de medicamentos.
6. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso de hospitalización.
7. Cuando existen discrepancias como resultado del proceso de conciliación, se comunica al médico responsable de la atención.

ESTÁNDAR MMU.6.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos.

➲PROPÓSITO DE MMU.6.4

La revisión de la **idoneidad** de la prescripción es una barrera de seguridad que tiene como objetivo evaluar y analizar que la medicación sea la adecuada para cada paciente en particular, considerando sus características clínicas, fisiológicas, fisiopatológicas, interacciones medicamentosas, historia de alergias, entre otras. La revisión de la idoneidad de la

prescripción se realiza basándose en la realización de un perfil farmacoterapéutico a cada paciente. Este perfil incluye todos los medicamentos prescritos y administrados, y demás información del paciente que permita llevar a cabo el proceso de análisis para revisar la idoneidad de la prescripción. Cada organización define en dónde y cómo se documenta este perfil.

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

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.6.4

1. La organización define el proceso de revisión de la idoneidad de la prescripción.
2. El establecimiento define qué información específica del paciente se necesita y se documenta en el perfil farmacoterapéutico para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción.
3. A todos los pacientes se les realiza un perfil farmacoterapéutico al menos en el servicio de hospitalización.
4. Se analiza cada perfil farmacoterapéutico y se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la administración de medicamentos. El análisis incluye, al menos, los incisos de la a) hasta la g) definidos en el propósito.
5. Cuando se identifican problemas relacionados con la medicación, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.
6. El personal autorizado para revisar la idoneidad de las prescripciones tiene las competencias para llevar a cabo esta barrera de seguridad.

DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.7 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

➲PROPÓSITO DE MMU.7

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

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

Elementos Medibles de MMU.7

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

ESTÁNDAR MMU.7.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se emplea un sistema estandarizado para dispensar y distribuir de manera adecuada los medicamentos.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.1

La organización dispensa y distribuye medicamentos en la forma más adecuada, a fin de minimizar las posibilidades de error durante el proceso de entrega de los medicamentos (distribución y/o dispensación) distribución y administración. Todos los puntos de distribución de medicamentos en la organización (farmacia central, almacén, subalmacenes, farmacia hospitalaria) emplean el mismo sistema, el cual respalda la dispensación y/o distribución de manera precisa y oportuna, acorde a los recursos y a la estructura Sistema de Medicación. Por lo que, todos los medicamentos que se utilicen en la atención de los pacientes tienen que estar registrados en el servicio de farmacia, rotulados adecuadamente, incluyendo fecha de caducidad y lote. Y en cualquier área del establecimiento queda prohibido el trasvase de medicamento o sustancias que se pretendan administrar al paciente por cualquier vía.

El sistema estandarizado de dispensación incluye verificaciones (procesos redundantes) antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal de la organización y/o al paciente o familiar de acuerdo con su proceso. En caso de dudas, no se entrega el medicamento, y se debe contactar con el médico que prescribió para realizar la aclaración.

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

Elementos Medibles de MMU.7.1

1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.
3. El sistema respalda la dispensación precisa y oportuna.
4. La dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.

5. El personal de la farmacia verifica la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no tiene que entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.
6. Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes, tiene que estar registrado en la farmacia hospitalaria y rotulado adecuadamente, incluyendo la fecha de caducidad y el lote.
7. Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.

ESTÁNDAR MMU.7.2
Los productos y/o medicamentos estériles se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico.

★ PROPÓSITO DE MMU.7.2

Los productos / medicamentos estériles (ejemplo la alimentación parenteral, quimioterapia, epidurales, etc.) se preparan y se dispensan en un entorno higiénico y seguro y, además, toma en cuenta la legislación aplicable vigente. La organización identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. El personal que prepara la alimentación parenteral está capacitado en técnicas asépticas. De manera similar, hay materiales de protección disponibles y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican.

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

Elementos Medibles de MMU.7.2

1. Los productos / Medicamentos estériles se preparan y se dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de los productos / medicamentos estériles toma en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas actuales.
3. El personal que prepara los productos / medicamentos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

ESTÁNDAR MMU.7.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los medicamentos se etiquetan de manera segura.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.3

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

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

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

Únicamente se puede omitir el etiquetado si el medicamento **se administra inmediatamente después de prepararlo para un mismo paciente.**

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

Elementos Medibles de MMU.7.3

1. Los medicamentos y soluciones intravenosas se etiquetan inmediatamente después de su preparación.
2. El etiquetado incluye, al menos, los incisos del a) hasta la g) definidos en el propósito.
3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser dispensados y/o administrados.

ESTÁNDAR MMU.7.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se define el uso estandarizado y seguro de medicamentos multidosis.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.4 ✍

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

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

Elementos Medibles de MMU.7.4

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

ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.8 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos.

➲ PROPÓSITO DE MMU.8

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

Elementos Medibles de MMU.8

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

ESTÁNDAR MMU.8.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo con la prescripción.

➲ PROPÓSITO DE MMU.8.1

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.8.1

1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización (MISP.1).
2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.
3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar.
4. Se verifica la dosis y/o concentración del medicamento con la prescripción.
5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.
6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.

7. Se verifica que los medicamentos se administren en la hora y frecuencia prescrita.
8. Se verifican otros correctos cuando la organización así lo defina.
9. Los medicamentos se administran tal como se prescriben y se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR MMU.8.2
Se ha definido un proceso que guía procesos especiales de administración de los medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.8.2

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.8.2

1. La organización define un proceso para la autoadministración de medicamentos.
2. El proceso se encuentra implementado de acuerdo con lo definido por la organización.
3. La organización define un proceso para administrar todo medicamento que el paciente ingresa a la organización.
4. El proceso se encuentra implementado de acuerdo con lo definido por la organización.
5. La organización define un proceso para administrar las muestras de medicamentos.
6. El proceso se encuentra implementado de acuerdo con lo definido por la organización.
7. Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, tiene que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada organización defina.
8. En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.

CONTROL

ESTÁNDAR MMU.9 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se implementan actividades de Farmacovigilancia.

➲PROPÓSITO DE MMU.9

La Farmacovigilancia incluye las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro posible problema relacionado con los fármacos. Por lo anterior, el médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar la respuesta de los pacientes a la farmacoterapia con el propósito de monitorizar el efecto del medicamento para detectar Reacciones Adversas a Medicamentos, (RAM), Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM), Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) u otras reacciones esperadas, como los efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento se pueden ajustar cuando sea necesario. Es importante el control de la respuesta del paciente ante la(s) primera(s) dosis de un medicamento nuevo, dicho control pretende identificar la respuesta terapéutica de manera anticipada, por ejemplo, reacciones alérgicas, interacciones medicamentosas y cambios en el paciente que aumentan el riesgo de caídas, etc.

La organización cuenta con un proceso para la identificación, notificación y evaluación de los reportes de casos de SRAM, RAM, ESAVI tanto las esperadas como las inesperadas. La notificación se realiza en el formato oficial de COFEPRIS, para hacer del conocimiento al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) en el marco de la normatividad vigente.

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

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

Elementos Medibles de MMU.9

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

ESTÁNDAR MMU.9.1
Se notifican y analizan los Errores y Cuasifallas de Medicación.

PROPÓSITO DE MMU.9.1 ✍

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

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

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

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

Elementos Medibles de MMU.9.1

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

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention and Control of Infections

PCI

INFECCIONES

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

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
PCI.1	La organización integra un Sistema de Prevención y Control de Infecciones		✍
PCI.1.1	El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos	➲	✍
PCI.1.2	La organización implementa paquetes de medidas o “bundles” encaminados en prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	➲	✍
PCI.1.3	Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES		
PCI.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
PCI.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones	➲	
	ENFOQUE DEL SISTEMA		
PCI.4	La organización establece la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.		
PCI.5	En todos los procesos de atención se implementan las medidas de precaución Estándar	➲	✍
PCI.6	La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo		✍
PCI.6.1	La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo de un solo uso		✍
PCI.7	La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa		✍
PCI.8	La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos		✍
PCI.9	La organización reduce el riesgo de infecciones asociadas al mantenimiento y controles de ingeniería		✍
PCI.10	La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos		✍
PCI.11	La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones		✍
PCI.12	La organización reduce los riesgos de infección asociados a los procesos de medicación		

PCI.13	La organización reduce el riesgo de infección a través de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte	✍
PCI.14	La organización reduce el riesgo de infección asociado a la terapia de remplazo renal con hemodiálisis	➲
	CONTROL DEL SISTEMA	
PCI.15	La organización realiza actividades de control de las infecciones	

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR PCI.1
La organización integra un Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

PROPÓSITO DE PCI.1

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

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

- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- Vigilancia epidemiológica.
- Precauciones Estándar y específicas en la atención de la salud.
- Esterilización y desinfección.
- Limpieza.
- Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
- Manejo de la ropa.
- Alimentación.
- Reúso de Dispositivos de un solo uso.
- Hemodiálisis.
- Procesos de medicación (MMU).
- Salud y Seguridad de los trabajadores (SQE).
- Supervisión de la calidad del agua (FMS).
- Mantenimiento y Controles de ingeniería (FMS).
- Servicio de Ambulancias (ACC).
- Vacunación.
- Seguridad en construcciones o remodelaciones.

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

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

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

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

El sistema es coordinado de manera integral por un Comité de Detección y Control de Infecciones Nosocomiales (CODECIN o su equivalente) acorde a la legislación aplicable vigente. La coordinación implica comunicarse con todas las áreas del

establecimiento para garantizar que el Sistema sea continuo y proactivo. El proceso de la coordinación y supervisión del Sistema incluye la detección, investigación, registro, notificación y análisis de la información, además de la capacitación para la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Elementos Medibles de PCI.1

1. El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, los servicios que ofrece y el tipo de pacientes a quienes brinda atención.
2. Todas las áreas de la organización donde se brinde atención a pacientes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
3. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
4. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
5. Se ha desarrollado un Sistema de Prevención y Control de las Infecciones que integra, al menos, las siguientes áreas de enfoque:
   5.1. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
   5.2. Vigilancia epidemiológica.
   5.3. Precauciones Estándar y específicas en la atención de la salud.
   5.4. Esterilización y desinfección.
   5.5. Limpieza.
   5.6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
   5.7. Manejo de la ropa.
   5.8. Alimentación.
   5.9. Reúso de dispositivos de un solo uso.
   5.10. Hemodiálisis.
   5.11. Procesos de medicación.
   5.12. Salud y Seguridad de los trabajadores.
   5.13. Supervisión de la calidad del agua.
   5.14. Servicio de Ambulancias.
   5.15. Vacunación.
   5.16. Mantenimiento y Controles de ingeniería.
   5.17. Seguridad en construcciones o remodelaciones.
6. La integración del sistema incluye los incisos del a) hasta el f) definidos en el propósito.
7. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.
8. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.
9. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR PCI.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. (Enfoque Proactivo)

➲ PROPÓSITO DE PCI.1.1

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

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

La buena práctica podrá basarse en los datos, riesgos y los procesos que afectan por lo menos:

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

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

Elementos Medibles de PCI.1.1

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

ESTÁNDAR PCI.1.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización implementa paquetes de medidas o "bundles" encaminados en prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

➲★ PROPÓSITO DE PCI.1.2

Las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (IAAS) son un problema relevante de salud pública de gran trascendencia económica y social, constituyendo un desafío para las instituciones y el personal de salud responsable de su atención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a las IAAS como "infecciones contraídas por un paciente durante su tratamiento en un hospital u otro centro sanitario y que dicho paciente no tenía ni estaba incubando en el momento de su ingreso. Las IAAS pueden afectar a pacientes en cualquier tipo de entorno en el que reciban atención sanitaria, y pueden aparecer también después de que el paciente reciba el alta."

Las principales IAAS que la organización deberá enfocarse son:

- Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS),
- Neumonías Asociadas a Ventilador (NAV),
- Infección de Vías Urinarias (IVU)
- Infecciones de Sitio Quirúrgico (ISQ),

Estas se asocian con altas tasas de morbilidad y mortalidad, que se traducen no sólo en un incremento en los días de hospitalización y los costos de atención, sino también en la calidad de vida de los pacientes.

Debido a que las IAAS son eventos adversos en los que se conjugan diversos factores de riesgo, se considera que en su mayoría pueden ser susceptibles de prevención y control. Se cuenta con prácticas basadas en evidencia que consisten en

integrar un paquete de estrategias (bundle), a partir de recomendaciones. Los paquetes son un conjunto de intervenciones que disminuyen, cada una por sí misma, la tasa de infecciones y que, al ser integradas como parte de un procedimiento, potencialmente actúan de manera sinérgica, aumentando los efectos favorables; cada estrategia debe estar respaldada por evidencia científica de alto nivel.

Es importante resaltar que estos paquetes funcionan como un todo o nada, esto es, sólo se considera que se aplicó adecuadamente cuando todas las intervenciones se llevan a cabo de manera conjunta.

La implementación de los paquetes de acciones para la prevención de IAAS y su monitoreo, contribuye a la promoción de la cultura de calidad en el Establecimiento de Atención Médica, lo que permitirá por un lado un impacto positivo en los colaboradores, desarrollando y fortaleciendo el sentido de pertenencia a la organización y por otro lado a los pacientes, al reducir potencialmente el riesgo de adquirir una IAAS, identificar mejoras en la atención y como resultado la satisfacción por la atención recibida.

La organización implementa una vez al año un paquete de medidas o bundles en una de sus prioridades para la prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Elementos Medibles de PCI.1.2

1. Se ha definido y adaptado un paquete de medidas o bundles en un proceso prioritario para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
2. El paquete de medidas o bundles se encuentra implementado.
3. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación y monitoreo del paquete de medidas o bundle.

ESTÁNDAR PCI.1.3
Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE PCI.1.3

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

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

Elementos Medibles de PCI.1.3

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

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

ESTÁNDAR PCI.2
La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE PCI.2

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

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización. La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con la prevención y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

Elementos Medibles de PCI.2

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

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

➲ PROPÓSITO DE PCI.3

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

Para implementar el Sistema de prevención y Control de Infecciones, es importante, que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria, (esto es: la determinación de criterios para definir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, la definición de métodos para la recolección (vigilancia) de datos, que incluya una vigilancia epidemiológica activa y pasiva, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones, el control de riesgos y la notificación a la organización hospitalaria y a la autoridad sanitaria correspondiente).

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

Elementos Medibles de PCI.3

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

ENFOQUE DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.4
La organización establece la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

PROPÓSITO DE PCI.4

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) implementa medidas de prevención y acciones de vigilancia epidemiológica a través de:

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de PCI.4

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

8. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioridades.
9. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioridades.
10. Las infecciones emergentes o reemergentes se incluyen como prioridades.

ESTÁNDAR PCI.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
En todos los procesos de atención se implementan las medidas de precaución Estándar.

➲ PROPÓSITO DE PCI.5 ✍

Las medidas de precaución Estándar son herramientas fundamentales para la prevención y control de las infecciones, éstas se basan en el método para evitar el contagio de enfermedades y se ocupan de cada paciente que pueda ser contagioso o estar inmunodeprimido. Las medidas de aislamiento reducen la probabilidad del riesgo de infección por exposición. El personal es capacitado para manejar a pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.

La organización identifica aquellas situaciones en las que se necesitan cubrebocas, protección ocular, batas y/o guantes, y cualquier otro equipo de protección personal que minimice el riesgo de contagio e imparte capacitación para usarlos correctamente. Por ello, la organización debe definir un formato de alerta (medidas de precaución estándar) para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

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

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

ESTÁNDAR PCI.6
La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipos.

PROPÓSITO DE PCI.6 ✍

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

El riesgo de infección se minimiza con los debidos procesos de limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización, tales como la limpieza y desinfección de endoscopios, la esterilización del instrumental quirúrgico y demás materiales, dispositivos y equipos utilizados para procedimientos invasivos o no invasivos. La limpieza, desinfección y esterilización pueden darse en un área de esterilización centralizada o en otras áreas de la organización, tales como áreas de endoscopía, inhaloterapia, hemodinámia, hemodiálisis, odontología, consulta externa, entre otras, ya sean servicios propios o

subrogados. Para cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad y se supervisan de manera periódica; por ejemplo, los procesos de esterilización se validan por medios físicos, químicos o biológicos, según corresponda.

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

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

Elementos Medibles de PCI.6

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

ESTÁNDAR PCI.7
La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa.

PROPÓSITO DE PCI.7

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

El riesgo de infección para el personal y para los pacientes se minimiza a través del manejo correcto de la ropa limpia, sucia y contaminada. El manejo de la ropa incluye el lavado, distribución, transporte y almacenamiento, así como el confinamiento de la ropa sucia y contaminada. Estos procesos se llevan a cabo de tal forma que se minimicen los riesgos de contaminación e infección. Estos procesos son supervisados de manera periódica.

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

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

Elementos Medibles de PCI.7

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

ESTÁNDAR PCI.8
La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

PROPÓSITO DE PCI.8

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

Los establecimientos de atención médica producen a diario un volumen considerable de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, por consiguiente, su debido manejo (identificación, envasado, almacenamiento temporal, recolección, transporte externo y destino final) contribuye a la reducción del riesgo de infecciones, por ejemplo: el personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección, el personal tanto clínico como no clínico expuesto a accidentes por punzocortantes es capacitado para su adecuado manejo; sin embargo, existe el riesgo de punción, por lo cual la organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.

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

Cuando a la organización se le proporcionan estos servicios relacionados con el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.8

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

ESTÁNDAR PCI.9
La organización reduce el riesgo de infecciones asociadas al mantenimiento y controles de ingeniería.

PROPÓSITO DE PCI.9

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

El mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los servicios prioritarios para la operación del establecimiento, contribuyen con la buena higiene y la reducción de riesgos de infección. Dentro de esta área de enfoque se incluyen los sistemas de ventilación, el control de la temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, esterilizadores (vapor, óxido de etileno, peróxido de hidrógeno), lavadoras, selladoras de esterilización, entre otros. Por ejemplo, es importante llevar a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor y a la legislación aplicable vigente y buenas prácticas.

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

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

Elementos Medibles de PCI.9

1. Se define un proceso para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones.
2. Se lleva a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor.
3. Se implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y el control de las infecciones.
4. Se incluyen, al menos, los procesos de los sistemas de ventilación, el control de temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, esterilizadores (vapor, óxido de etileno, peróxido de hidrógeno), lavadoras, selladoras de esterilización de todo el establecimiento.

ESTÁNDAR PCI.10
La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos.

PROPÓSITO DE PCI.10

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

El servicio de alimentación de las organizaciones es un área crítica en la prevención y control de infecciones, debido a que existen mecanismos de transmisión de gérmenes hacia consumidores (pacientes, trabajadores y visitantes) que se relacionan a un inadecuado almacenamiento, conservación, manejo, preparación, transporte y dotación de los alimentos.

La organización implementa un proceso seguro para el manejo de los alimentos acorde a la legislación aplicable vigente y capacita al personal para que lo lleve a cabo.

Existen productos nutricionales que cuenten con requisitos especiales como la leche materna, formula láctea para bebes y otros productos enterales que requieren de condiciones particulares de almacenamiento y preparación, los cuales deberán ser tomados en cuenta por la organización desde un enfoque de prevención de infecciones

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

Elementos Medibles de PCI.10

1. Se define un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.
2. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.
3. La organización garantiza el proceso para mantener una adecuada temperatura de los alimentos, durante el almacenamiento, preparación, transporte y distribución.
4. Los alimentos se almacenan y preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
5. Los productos nutricionales enterales que cuentan con requisitos especiales de almacenamiento y preparación se llevan a cabo conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.
6. La distribución de los alimentos se controla para garantizar la seguridad.
7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.
8. Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.
9. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen nivel de cloración, así como la búsqueda intencionada de Microorganismos relacionados con los brotes epidémicos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud que se presenten en la organización. (Ver FMS.8.1, FMS.8.2 y FMS.8.3)

ESTÁNDAR PCI.11
La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones.

PROPÓSITO DE PCI.11

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

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

Elementos Medibles de PCI.11

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

ESTÁNDAR PCI.12
La organización reduce los riesgos de infección asociados a los procesos de medicación.

PROPÓSITO DE PCI.12

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

Elementos Medibles de PCI.12

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

ESTÁNDAR PCI.13
La organización reduce el riesgo de infección a través de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte.

PROPÓSITO DE PCI.13

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

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

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

El ambiente hospitalario puede contribuir al riesgo de infecciones en pacientes, familiares, personal de salud y visitantes, en este se incluyen áreas físicas tales como pasillos, habitaciones y salas de internamiento, pacientes y zonas donde se encuentran y circulan los familiares y visitantes; así como equipos y/o dispositivos utilizados para la atención de pacientes. Además de la limpieza y desinfección de superficies inertes como por ejemplo camillas, sillas de ruedas, superficies, ambulancias, etc., por lo tanto, la organización implementa procesos adecuados de limpieza y desinfección para minimizar los riesgos de infección.

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

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

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

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

Elementos Medibles de PCI.13

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

ESTÁNDAR PCI.14 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización reduce el riesgo de infección asociado a la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

➲ PROPÓSITO DE PCI.14

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

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de PCI.14

1. Se implementan procesos seguros que minimizan el riesgo de infección durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
2. Se incluyen, al menos, los siguientes puntos relacionados a la prevención y control de las infecciones:
   2.1. Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
   2.2. Manejo de accesos vasculares.
   2.3. Atención de pacientes seropositivos.
   2.4. La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.
   2.5. El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.
   2.6. El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
   2.7. La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.
3. Se cumple con lo definido por la organización.

CONTROL DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.15
La organización realiza actividades de control de las infecciones.

PROPÓSITO DE PCI.15

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

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

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

Elementos Medibles de PCI.15

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

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

Facility Management and Safety

FMS

INSTALACIONES

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

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
FMS.1	La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones		✍
FMS.1.1	El desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos internos y externos	➲	✍
FMS.1.2	Los datos derivados de la supervisión del sistema se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES		
FMS.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
FMS.3	Los líderes de la Organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones		
	PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN		
FMS.4	Se inspeccionan las instalaciones, y se implementan acciones para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes	➲	✍
FMS.4.1	La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido		✍
	MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS		
FMS.5	La organización implementa un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos		✍
	SEGURIDAD CONTRA PELIGROS RELACIONADOS A FUEGO Y HUMO		
FMS.6	La organización implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de los riesgos y peligros relacionados a fuego y humo		✍
FMS.6.1	El programa se prueba, al menos, dos veces por año		
	EQUIPO BIOMÉDICO		
FMS.7	La organización implementa un programa para gestionar el equipo biomédico	➲	✍
FMS.7.1	El programa integra el análisis de datos que genera la gestión del equipo biomédico para planear las necesidades a largo plazo de la organización		
	SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN		
FMS.8	La organización implementa un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación		✍
FMS.8.1	Los servicios prioritarios para la operación se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras		

FMS.8.2	Se controla periódicamente la calidad del agua	➲
FMS.8.3	El Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación integra el análisis de datos para planear las necesidades a largo plazo de la organización	
FMS.8.4	La organización ha definido e implementado procesos de emergencia para proveer de manera continua los servicios prioritarios para la operación	
	GESTIÓN DE EMERGENCIAS EXTERNAS	
FMS.9	La organización desarrolla e implementa un programa para la gestión de emergencias dentro de la comunidad	✍
FMS.9.1	Se somete a prueba la capacidad de respuesta de la organización ante emergencias, epidemias y desastres	

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR FMS.1
La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

PROPÓSITO DE FMS.1 ✍

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

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

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

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

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

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

Elementos Medibles de FMS.1

1. Se ha desarrollado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra, al menos, las siguientes seis áreas:
   1.1. Protección de la organización.
   1.2. Materiales, sustancias y residuos peligrosos.
   1.3. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
   1.4. Equipo biomédico.
   1.5. Servicios prioritarios para la operación.
   1.6. Gestión de emergencias externas.
2. La integración del sistema incluye los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito.
3. El sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario.
4. La supervisión abarca todas las instalaciones.
5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se documenta en un Plan. 🗐

ESTÁNDAR FMS.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)

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

➲ PROPÓSITO DE FMS.1.1 ✍

Se realiza una identificación de riesgos internos y externos sobre la cual se fundamenta el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones con el objetivo de diseñar procesos que prevengan lesiones, accidentes y peligros y coadyuven a mantener condiciones seguras para los pacientes, familiares, visitantes y el personal.

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

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de FMS.1.1

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

ESTÁNDAR FMS.1.2
Los datos derivados de la supervisión del sistema se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE FMS.1.2

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

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

Elementos Medibles de FMS.1.2

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

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

ESTÁNDAR FMS.2
La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE FMS.2

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

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

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

Elementos Medibles de FMS.2

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

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR FMS.3
Los líderes de la Organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

★ **PROPÓSITO DE FMS.3**

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

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

El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales, además deben incluirse al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

Elementos Medibles de FMS.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, acorde al contexto de la Organización.
2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR FMS.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se inspeccionan las instalaciones, y se implementan acciones para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

ESTÁNDAR FMS.4.1
La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido.

➲ PROPÓSITO DE FMS.4 Y FMS.4.1

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

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

Como parte del programa para la Protección de la Organización se implementan procesos que aseguran que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas y que todo el personal, visitantes y proveedores sean identificados, si corresponde. La organización debe establecer la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido, de acuerdo con la normativa vigente.

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

Las remodelaciones o construcciones representan un riesgo adicional para los pacientes, familiares, visitantes y personal e incluyen los riesgos relacionados con el control de infecciones, ventilación, flujo vehicular, basura, desechos etc. Una evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación permitirá establecer las medidas apropiadas, así como, planear e implementar un proceso de supervisión durante todas las fases de construcción y remodelación.
Como parte del programa, los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de FMS.4

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

Elementos Medibles de FMS.4.1

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

MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS

ESTÁNDAR FMS.5
La organización implementa un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

PROPÓSITO DE FMS.5 ✍

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de FMS.5

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

SEGURIDAD CONTRA PELIGROS RELACIONADOS A FUEGO Y HUMO

ESTÁNDAR FMS.6
La organización implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de los riesgos y peligros relacionados a fuego y humo.

ESTÁNDAR FMS.6.1
El programa se prueba, al menos, dos veces por año.

PROPÓSITO DE FMS.6 Y FMS.6.1
El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en un establecimiento de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planear cómo mantendrá seguros a sus ocupantes en caso de presentarse peligros relacionados con fuego y/o humo y cómo volverá a las actividades diarias posterior a que se presente uno de estos eventos.

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

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

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

El programa además incluye:

- La inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, conforme a legislación aplicable vigente.
- El proceso para probar todo el programa o parte del mismo, al menos, dos veces por año (simulacros).
- La participación del personal en, al menos, un simulacro de seguridad contra incendios por año.
- La capacitación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia.
- La vinculación con los apoyos externos disponibles en la comunidad para atender la emergencia por fuego y/o humo.

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

Elementos Medibles de FMS.6

1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra a menos los iniciosos del a) al g) definidos en el propósito.
2. El programa está implementado en toda la organización.

Elementos Medibles de FMS.6.1

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

EQUIPO BIOMÉDICO

ESTÁNDAR FMS.7(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización implementa un programa para gestionar el equipo biomédico.

ESTÁNDAR FMS.7.1
El programa integra el análisis de datos que genera la gestión del equipo biomédico para planear las necesidades a largo plazo de la organización.

➲ ★**PROPÓSITO DE FMS.7 ✍ y FMS.7.1**

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

La organización implementa un Programa para la Gestión del Equipo Biomédico el cual se basa en la identificación y la realización de un listado del mismo que incluye además de lo propio, el equipo biomédico rentado y en comodato, cuando corresponde. A fin de asegurar que todo el equipo biomédico esté disponible para su uso, y que funcione debidamente, la organización planifica y desarrolla, al menos, los siguientes procesos como parte del programa:

a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo con el tipo de pacientes y servicios de la organización.
b) La selección y adquisición de todo el equipo.
c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
d) En el caso de los equipos que requieren ser calibrados, contar con la trazabilidad de las calibraciones. Es decir, se cuenta con la relación documentada entre la exactitud del instrumento calibrador y los patrones de un laboratorio nacional o internacional reconocido como patrón de referencia. (Por ejemplo, la calibración de los joule en los desfibriladores, entre otros que considere la organización).
e) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
f) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
g) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.
h) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente y a los procesos definidos.

El programa incluye las actividades que emanan del Comité de Tecnovigilancia con relación al apartado de tecnología biomédica, dicho Comité se integra acorde a la legislación aplicable vigente y toma en cuenta el resto de los dispositivos médicos del establecimiento.

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

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

Elementos Medibles de FMS.7

1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo biomédico que se maneja en la organización (propia, rentada y/o en comodato).
2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo biomédico que, al menos, integra los incisos del a) a el h) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Se tienen implementadas actividades de Tecnovigilancia.
5. El equipo biomédico se inspecciona regularmente.
6. El equipo biomédico se prueba cuando son de reciente adquisición y según sea adecuado a partir de entonces.
7. Se da mantenimiento preventivo al equipo biomédico.
8. Existe personal con las competencias adecuadas para prestar estos servicios.
9. Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de FMS.7.1

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

SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN

ESTÁNDAR FMS.8
La organización implementa un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación.

PROPÓSITO DE FMS.8

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

Para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, se consideran como servicios prioritarios para la operación los siguientes:

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de FMS.8

1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.
2. La organización ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que, al menos, integra los incisos del a) a el d) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Los servicios públicos están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Los servicios clave están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

ESTÁNDAR FMS.8.1
Los servicios prioritarios para la operación se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

ESTÁNDAR FMS.8.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se controla periódicamente la calidad del agua.

ESTÁNDAR FMS.8.3
El Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación integra el análisis de datos para planear las necesidades a largo plazo de la organización.

➲ PROPÓSITO DE FMS.8.1, FMS.8.2 Y FMS.8.3

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

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

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

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

Elementos Medibles de FMS.8.1

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

Elementos Medibles de FMS.8.2

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

Elementos Medibles de FMS.8.3

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

ESTÁNDAR FMS.8.4
La organización ha definido e implementado procesos de emergencia para proveer de manera continua los servicios prioritarios para la operación.

PROPÓSITO DE FMS.8.4

Los establecimientos de atención médica deben brindar un servicio continuo en condiciones de emergencia, por lo que cada organización debe implementar procesos para proteger a los ocupantes de las instalaciones en caso de interrupción, falla o

cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación. Estos procesos son suficientes para mantener las funciones esenciales durante estas emergencias y para reducir los riesgos asociados a ellas.

A fin de prepararse para tales emergencias, la organización:

- Identifica el equipo, sistemas y áreas que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, agua limpia para la higiene y esterilización de suministros, entre otros.
- Evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.
- Planifica fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación para cada una de estas áreas y necesidades.
- Prueba la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes de emergencia con la periodicidad definida por la organización.
- Documenta y analiza los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica, con la finalidad de verificar que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.

Elementos Medibles de FMS.8.4

1. La organización identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay alguna interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación.
2. Se evalúan y minimizan los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.
3. Se implementan procesos para prevenir los riesgos relacionados con dichos eventos.
4. Se planean fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación, para cada una de estas áreas y necesidades.
5. Se prueba de manera periódica la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes.
6. Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica.
7. Se asegura que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.
8. Se documentan y analizan los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

GESTIÓN DE EMERGENCIAS EXTERNAS

ESTÁNDAR FMS.9
La organización desarrolla e implementa un programa para la gestión de emergencias dentro de la comunidad.

ESTÁNDAR FMS.9.1
Se somete a prueba la capacidad de respuesta de la organización ante emergencias, epidemias y desastres.

PROPÓSITO DE FMS.9 Y FMS.9.1

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

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

El programa integra, al menos, los siguientes procesos:

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

El programa se prueba, al menos, una vez en un periodo de doce meses. Los simulacros son adecuados para los eventos probables. Los resultados de la prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde. Si la organización sufre una emergencia real, activa su programa y posteriormente analiza su capacidad de respuesta, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Elementos Medibles de FMS.9

1. La organización desarrolla el Programa para la Gestión de Emergencias Externas con base en una identificación de riesgos (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico- tecnológicos).
2. La organización ha definido el Programa a través de la integración de, al menos, los incisos del a) hasta el i) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado en toda la organización.

Elementos Medibles de FMS.9.1

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

COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Staff Qualifications and Education

SQE

PERSONAL

COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
SQE – PERSONAL
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
SQE.1	La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		✍
SQE.1.1	El desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos		
SQE.1.2	Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL		
SQE.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
SQE.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
	DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y PRIVILEGIOS		
SQE.4	La organización ha definido las funciones de todo el personal que depende de la organización		
SQE.5	Se implementa un proceso de otorgamiento de privilegios	➲	✍
	RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN		
SQE.6	Se implementan procesos de reclutamiento y selección de personal		
	ASIGNACIÓN Y REASIGNACIÓN DEL PERSONAL		
SQE.7	Se ha definido un plan para la asignación del personal clínico y no clínico todo el personal, así como para la reasignación del personal clínico		✍
	ORIENTACIÓN		
SQE.8	Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área o servicio o unidad a la que es asignado		
	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		
SQE.9	A todo el personal clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente		✍
SQE.9.1	A todo el personal no clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente		✍
	CAPACITACIÓN CONTINUA		
SQE.10	Todo el personal recibe capacitación para mantener o mejorar sus competencias		✍
SQE.11	Se cuenta con personal capacitado para brindar Soporte Vital Avanzado	➲	✍
	RECONOCIMIENTO DEL PERSONAL		
SQE.12	La organización ha implementado un Programa de Reconocimiento para el Personal	➲	✍

	SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL		
SQE.13	La organización ha implementado un Programa de Salud y Seguridad para el Personal.	➲	✍
SQE.13.1	La organización ha implementado un Programa que aborda la salud física y mental del personal		✍
	PERSONAL CLÍNICO		
SQE.14	La organización ha implementado un proceso para verificar la fuente original del personal clínico	➲	✍
SQE.15	Un programa académico guía la participación del personal clínico en formación dentro de la organización		
	DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL		
SQE.16	Se mantiene y se documenta la información del personal clínico y no clínico		

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR SQE.1
La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.1

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

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

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

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

- Definición de funciones o privilegios
- Reclutamiento del personal
- Selección del personal
- Asignación/Reasignación
- Orientación
- Evaluación del desempeño
- Capacitación Continua
- Reconocimiento al personal
- Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal

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

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.1

1. La misión de la organización, el tipo de pacientes a quienes se brinda atención, los servicios que ofrece, las barreras de seguridad implementadas en sus procesos, la tecnología y la estructura indispensable hospitalaria se toman en cuenta para la planeación del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Se definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para el personal.
3. Todas las áreas y todo el personal, tanto clínico como no clínico, de la organización están integrados en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
4. Se ha desarrollado un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integra, al menos, los siguientes procesos:
   4.1. Definición de funciones y privilegios.
   4.2. Reclutamiento del personal.
   4.3. Selección del personal.
   4.4. Asignación/Reasignación.
   4.5. Orientación.
   4.6. Capacitación continua.
   4.7. Reconocimiento al personal.
   4.8. Evaluación del desempeño.
   4.9. Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.
5. La integración del sistema incluye los incisos del a) hasta el f) definidos en el propósito.
6. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.
7. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.
8. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR SQE.1.1
El desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. (Enfoque Proactivo)

PROPÓSITO DE SQE.1.1

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

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

Elementos Medibles de SQE.1.1

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

ESTÁNDAR SQE.1.2
Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE SQE.1.2

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

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

Elementos Medibles de SQE.1.2

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

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.2
La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.2

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.2

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

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR SQE.3
Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos necesarios para planear y desarrollar en forma efectiva el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

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

Elementos Medibles de SQE.3

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

DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y PRIVILEGIOS

ESTÁNDAR SQE.4
La organización ha definido las funciones de todo el personal que depende de la organización.

PROPÓSITO DE SQE.4

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.4

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

ESTÁNDAR SQE.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se implementa un proceso de otorgamiento de privilegios.

➲ PROPÓSITO DE SQE.5 ✍

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.5

1. La organización identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente en la organización.
2. Se ha definido un proceso para el otorgamiento de privilegios para este personal, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito.
3. El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se lleva a cabo con cada profesional.
4. Los profesionales que ejercen de manera independiente en la organización sólo llevan a cabo los servicios que les fueron autorizados.
5. El otorgamiento de privilegios se actualiza, al menos, cada tres años o antes, si corresponde.

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

ESTÁNDAR SQE.6
Se implementan procesos de reclutamiento y selección de personal.

PROPÓSITO DE SQE.6

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.6

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

ASIGNACIÓN Y REASIGNACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.7
Se ha definido un plan para la asignación del personal clínico y no clínico de todo el personal, así como para la reasignación del personal clínico.

PROPÓSITO DE SQE.7 ✍

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

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.7

1. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de asignación del personal que incluye a todo el personal de la organización **(clínico y no clínico**) que describe al menos:🗐
   1.1. Las competencias, cantidad y tipos de personal clínico y no clínico que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.
2. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de reasignación del **personal clínico** que describe, al menos:
   2.1. Cómo se llevará a cabo la reasignación del personal clínico de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal.
   2.2. La consideración de las solicitudes del personal clínico para la reasignación según los valores o creencias.
   2.3. Cómo se llevará a cabo el traspaso de funciones en los profesionales clínicos.
3. El plan está implementado en toda la organización.
4. La efectividad del plan de asignación se controla permanentemente.
5. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.

ORIENTACIÓN

ESTÁNDAR SQE.8
Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área o servicio o unidad a la que es asignado.

PROPÓSITO DE SQE.8

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

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.8

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

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ESTÁNDAR SQE.9
A todo el personal clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente.

ESTÁNDAR SQE.9.1
A todo el personal no clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente.

PROPÓSITO DE SQE.9 Y SQE.9.1

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

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

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

Para la organización puede ser un aspecto importante evaluar las actitudes, la puntualidad o hacer exámenes escritos de conocimiento o memorización; sin embargo, lo fundamental para el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal es la evaluación de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria, por lo que la evaluación del desempeño debe incluir estas actividades. El propósito es identificar las áreas de oportunidad del personal y establecer estrategias para desarrollar sus competencias y ofrecer una atención segura a sus pacientes.

Elementos Medibles de SQE.9

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico.
2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
3. La evaluación se centra en las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

Elementos Medibles de SQE.9.1

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal no clínico.
2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
3. La evaluación se centra en las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

CAPACITACIÓN CONTINUA

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

PROPÓSITO DE SQE.10 ✍

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

a) La monitorización de los procesos.
b) La supervisión de los sistemas críticos.
c) Las evaluaciones del desempeño.
d) La notificación y análisis de eventos adversos, centinela, cuasifallas.
e) Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.

Además, la capacitación en programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia, así como de nuevas tecnologías, nuevos procesos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, entre otros, también representan dichas fuentes de datos.

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

Elementos Medibles de SQE.10

1. Se cuenta con un Programa de Capacitación del Personal.🗐
2. El programa está basado en los datos relacionados con al menos, los incisos del a) a el e) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado.
4. El programa se supervisa y se controla.

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

➲ PROPÓSITO DE SQE.11 ✍

En un establecimiento de atención médica es sumamente importante contar con personal clínico con validación de las competencias para brindar Soporte Vital Avanzado, esta competencia es indispensable para personal que labora en áreas críticas; se consideran al menos las siguientes áreas como críticas en un hospital:

- Las unidades de cuidados intensivos (adultos, pediátricos, neonatos, entre otros)
- Los servicios de urgencias (adultos, pediátricos, neonatos, obstétricas)
- Áreas de atención de neonatal como cuneros (neonatos)
- Aquellos que la organización así considere.

En estas áreas se deberá contar permanentemente con al menos una persona por turno con competencia vigente en Soporte Vital Avanzado, tomando en cuenta el grupo de pacientes al que se brinda atención, ya sea adultos, pediátricos, neonatales o pacientes obstétricas.

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

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

a) La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo con las áreas críticas identificadas.
b) La integración de equipos de reanimación, de acuerdo con las necesidades identificadas.
c) La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.
d) La capacitación es estandarizada acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido, que incluya al menos los siguientes temas:
    - Adultos: manejo del paro respiratorio, conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico y uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático), identificación de ritmos y tratamientos al menos de la Fibrilación Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP), Bradicardia, Asistolia Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP), Taquiarritmias estables e inestables, Síndrome coronario agudo y Evento Vascular Cerebral.
    - Pediátricos, además de los anteriores, considerar emergencias respiratorias y estado de choque.
    - Obstétricas: Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica.
e) La evaluación teórica y práctica que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado.
f) La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo, simulacros, al menos una vez al año.
g) La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño.
h) La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta competencia.

Debido a que el manejo de este tipo de pacientes es crítico para la vida y su atención es compleja las competencias deben mantenerse vigentes y actualizadas, por lo que dicho curso deberá establecer un período para la evaluación y vigencia de la certificación, lo recomendable es que se actualice al menos cada 2 años, así como mantener las competencias a través de simulacros o capacitaciones constantes al menos 1 vez al año.

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

Elementos Medibles de SQE.11

1. La organización ha identificado las áreas críticas en donde es necesario contar permanentemente con al menos una persona por turno con competencia en soporte vital avanzado, incluyendo al menos las unidades de cuidados intensivos, los servicios de urgencias y áreas de atención neonatal (cuneros).
2. Se cuenta con un programa de Soporte Vital Avanzado, incluye al menos, los incisos del a) hasta el h) definidos en el propósito.
3. El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el Responsable Sanitario. Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado de ser posible por la máxima autoridad de este.

RECONOCIMIENTO DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.12 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha implementado un Programa de Reconocimiento para el Personal.

➲★ PROPÓSITO DE SQE.12

El reconocimiento del personal es sumamente importante ya que impacta en el compromiso e involucramiento para la mejora de la seguridad del paciente. Un programa de reconocimiento incluye todas aquellas estrategias dirigidas al personal para agradecer y demostrar el valor que tienen sus acciones y la contribución que hacen para la calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

El reconocimiento al personal no siempre se relaciona con aspectos económicos, el establecimiento puede desarrollar estrategias que refuercen la motivación, participación y compromiso con la Cultura de seguridad del paciente, por ejemplo, el reconocimiento público de su trabajo en publicaciones específicas, carteles o sitios de información del hospital.

Elementos Medibles de SQE.12

1. La Organización ha definido un Programa de reconocimiento que incluye a todo el personal.
2. Como parte del programa se diseñan procesos para reconocer al personal.
3. El programa está implementado.

SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.13 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha implementado un Programa de Salud y Seguridad para el Personal.

➲ PROPÓSITO DE SQE.13 ✍

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

El Programa de salud y Seguridad para el Personal incluye, al menos, lo siguiente:

a) La identificación de riesgos por perfil de puesto, funciones asignadas y área donde labora, con el propósito de establecer medidas que disminuyan la posibilidad de que el personal presente lesiones asociadas con sus actividades.
b) Dotación del equipo de protección personal acorde a los riesgos identificados.
c) La Capacitación en el uso correcto del equipo de protección personal.
d) La Capacitación en actos seguros.
e) El Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo como las producidas por pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, exposición a radiaciones ionizantes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y seguridad.
f) La investigación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

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

El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

Elementos Medibles de SQE.13

1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, los incisos del a) a el f) definidos en el propósito. 🗐
2. El programa está implementado en toda la organización.
3. El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

ESTÁNDAR SQE.13.1
La organización ha implementado un Programa que aborda la salud física y mental del personal.

★ PROPÓSITO DE SQE.13.1 ✍

El entorno del cuidado a menudo presenta desafíos emocionales que pueden ser estresantes mental y físicamente.

Los profesionales de la salud son empáticos y brindan apoyo emocional a los pacientes y las familias; a menudo participan en la toma de decisiones éticas, están expuestos con frecuencia a la muerte y otorgan atención, tratamiento y servicios en un entorno físicamente exigente y de alto estrés.

La exposición repetida a estos desafíos emocionales y físicos puede desencadenar el síndrome de Burnout (estado de agotamiento emocional, mental y físico causado por un estrés excesivo y prolongado en el área laboral) y puede llevar a resultados adversos para la salud y la calidad de vida para los trabajadores de la salud. Promover y mantener la capacidad de recuperación del personal para minimizar el estrés es esencial para crear una cultura positiva en beneficio de los pacientes y del propio personal.

La evaluación inicial de la salud del personal de la Organización es el primer paso para detectar necesidades específicas y establecer prioridades, el análisis de esta información permitirá desarrollar estrategias que apoyen la salud física y mental del personal.

La organización de acuerdo con su contexto y recursos definirá un programa de salud del personal, que incluya al menos:
a) Una evaluación inicial de salud laboral
b) Seguimiento a la vacunación del personal
c)La identificación de las principales necesidades de salud del personal.
d)Los programas de salud específicos de acuerdo con los recursos y las necesidades detectadas.

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

El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

Elementos Medibles de SQE.13.1

1. Se realiza una evaluación inicial de salud de cada colaborador al ingreso a la Organización.
2. La Organización identifica las principales necesidades de salud del personal.
3. La Organización diseña e implementa un programa de salud que responde a las necesidades del personal de acuerdo con su contexto y recursos.
4. La organización promueve la salud física y mental del personal.
5. La organización da seguimiento a la vacunación del personal.

PERSONAL CLÍNICO

ESTÁNDAR SQE.14 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha implementado un proceso para verificar la fuente original del personal clínico.

➲ PROPÓSITO DE SQE.14

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

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

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

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

Elementos Medibles de SQE.14

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

ESTÁNDAR SQE.15
Un programa académico guía la participación del personal clínico en formación dentro de la organización.

PROPÓSITO DE SQE.15

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

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

Elementos Medibles de SQE.15

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

DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.16
Se mantiene y se documenta la información del personal clínico y no clínico.

PROPÓSITO DE SQE.16

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

Elementos Medibles de SQE.16

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

APARTADO.3
ESTÁNDARES

SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Quality Improvement and Patient Safety

QPS

CALIDAD

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE
QPS – CALIDAD
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
QPS.1	La organización desarrolla un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente		✍
QPS.2	El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria	➲	✍
	EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS		
QPS.3	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas.		✍
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
QPS.4	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas		
QPS.4.1	Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas		✍
QPS.4.2	Se notifican y analizan los eventos adversos		✍
QPS.4.3	Se notifican y analizan las cuasifallas		✍
	ESTÁNDARIZACIÓN DE PROCESOS		
QPS.5	Se estandarizan procesos con alta variabilidad		
	EVIDENCIA DE MEJORA DE LA CALIDAD		
QPS.6	La organización gestiona la Mejora de la calidad y la seguridad, a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.		
	REDISEÑO DE PROCESOS		
QPS.7	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva		
	ANÁLISIS DE LOS DATOS		
QPS.8	El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupa y analiza sistemáticamente los datos		
QPS.8.1	La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio		
QPS.8.2	El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con Estándares científicos y mejores prácticas		
QPS.8.3	Los datos se analizan para detectar tendencias no deseables y variaciones evidentes de estos.		

	MEJORA
QPS.9	Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad
QPS.9.1	Las mejoras obtenidas se difunden al personal
QPS.9.2	La organización realiza evaluaciones internas como mecanismo para la gestión de la mejora de la calidad y seguridad
	CAPACITACIÓN
QPS.10	El personal está capacitado para participar en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente

EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.1
La organización desarrolla un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROPÓSITO DE QPS.1

Los líderes trabajan para impulsar una cultura de calidad y seguridad del paciente que impacte sobre todos los procesos y sistemas de la organización. Esto requiere de liderazgo directivo, así como la participación y compromiso de todos los que conforman la Organización, a través de un enfoque multidisciplinario y de sistema.

El Plan de Calidad y Seguridad del paciente es la base para la planificación e integra las prioridades de la Organización relacionadas con la calidad y seguridad. Los líderes analizan toda la información generada a través de la implementación de los procesos clínicos y de gestión de la Organización con el objetivo de evidenciar y controlar la mejora que de estos derive.

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente del establecimiento tiene un alcance a toda la organización, todas las áreas y servicios, todas las disciplinas y procesos y se vincula con todos los apartados del Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

La base de las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente están relacionadas con el enfoque proactivo y el enfoque reactivo; el enfoque proactivo se fundamenta en el proceso de gestión de riesgos, que incluye la identificación, priorización, análisis y toma de decisiones, con el propósito de disminuir la posibilidad de que los riesgos identificados se concreten en daño al paciente, es decir se refieren a una situación que podría suceder y que puede ser prevenida con oportunidad mediante una intervención determinada. Con relación al enfoque reactivo las organizaciones necesitan analizar la información generada del Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas, con el propósito de aprender de ellos y disminuir la posibilidad de que se repitan, además esta información alimenta al proceso de gestión de riesgos, al tomar en cuenta aquellas situaciones que ocurrieron en la organización y que tienen la potencialidad de volver a ocurrir.

A partir de la evaluación de los riesgos y de los problemas de toda la organización, se planifican e implementan mejoras que son el resultado del análisis de la información y del uso de herramientas de calidad, es decir, el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente integra la información que permitirá desarrollar actividades específicas tendientes a mejorar la calidad y seguridad en el establecimiento, por lo tanto, no es únicamente un documento.

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

1. La evaluación integral de riesgos y problemas de toda la organización
2. El sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
3. La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica, como estrategia para la estandarización de procesos.
4. Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
5. El rediseño de procesos de riesgo a través del uso de la Herramienta proactiva de Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF)

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

Elementos Medibles de QPS.1

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente basa sus actividades en la Evaluación de Riesgos y Problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente en la Organización.
2. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente:
   2.1. La Evaluación y Priorización de los Riesgos y Problemas de toda la organización, relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente.
   2.2. El diseño e implementación de un Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
   2.3. La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramienta para la estandarización de procesos.
   2.4. Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
   2.5. El Análisis de un proceso de riesgo prioritario de la organización, a través del uso de una Herramienta proactiva, como el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).
3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente es revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno y/o directivos.
4. La descripción del cómo se desarrolla y se integra las acciones para la Calidad y Seguridad del Paciente se describen en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

ESTÁNDAR QPS.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria.

➲ PROPÓSITO DE QPS.2

Con el propósito de dar seguimiento a las acciones y resultados relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente en la Organización, los líderes conforman un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo: el COCASEP o su equivalente, el cual ayuda a analizar con enfoque multidisciplinario y sistémico las actividades implementadas para mejorar los procesos y los sistemas de la organización, y mediante su visión y respaldo, crean y fortalecen la cultura de calidad de la organización.

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

Este Comité cuenta con las siguientes características:

- Es encabezado por el director de la organización.
- Sesiona periódicamente.
- Integra información relevante relacionada con los procesos de calidad y seguridad del paciente.
- Se articula con los diferentes comités existentes dentro de la organización.
- Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Toma decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.
- Da seguimiento puntual a sus acuerdos

Los temas por tratar en el comité de Calidad y Seguridad del Paciente pueden incluir los siguientes aspectos, entre otros definidos por la Organización.

- Avances respecto a las revisiones previas.
- Cambios que afecten la calidad y seguridad del paciente en la organización.
- Resultados sobre las quejas y experiencia del paciente.
- Las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
- Los resultados de la implementación de procesos y barreras de seguridad para mejorar el desempeño de los procesos y servicios.
- Los resultados de las evaluaciones realizadas, las inconsistencias identificadas y acciones tomadas.

- El desempeño de los proveedores.
- Las oportunidades de mejora.

Elementos Medibles de QPS.2

1. Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.
2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.
3. El Comité sesiona periódicamente y es encabezado por el director de la organización.
4. El Comité integra información relevante para la calidad y la seguridad del paciente en la organización.
5. El Comité lleva a cabo, al menos, lo siguiente:
   5.1. Avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
   5.2. Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
   5.3. Toma decisiones con base en el análisis de información.
   5.4. Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS

ESTÁNDAR QPS.3
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas.

PROPÓSITO DE QPS.3 ✍

La evaluación integral de riesgos y problemas, es una metodología que permite a la Organización identificar prioridades relacionadas con los procesos para mejorar la Seguridad del Paciente.

El riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento que produzca consecuencias negativas, los riesgos están presentes en cualquier tipo de actividad y los procesos de atención no son la excepción; en la mayor parte de los casos no es posible establecer mecanismos para su completa eliminación, por lo que se hace absolutamente imprescindible gestionarlo de forma adecuada.

El proceso para la Gestión de Riesgos incluye lo siguiente:

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

La identificación de los riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e instalaciones. Es importante considerar como riesgos aquellas situaciones que ya ocurrieron en la organización pero que tienen la potencialidad de volver a ocurrir, y por lo tanto, deben ser consideradas en la identificación de riesgos con el propósito de ser gestionados.

Elementos Medibles de QPS.3

1. La definición de las prioridades para la calidad y la seguridad del paciente se fundamenta en una Evaluación de Riesgos y problemas de la organización. 🗐
2. La identificación de riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones.🗐
3. La identificación de los riesgos se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos.
4. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
5. Los riesgos se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
6. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

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

ESTÁNDAR QPS.4 (ESTÁNDAR VINCULADO A LA AESP 7)
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

PROPÓSITO DE QPS.4

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

La DGCES cuenta con el Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA), como herramienta para ese fin.

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

Si bien es evidente que los Eventos Adversos de consecuencias graves tienen el mayor impacto en los pacientes y sus familiares (primera víctima), estos no son los únicos que se ven afectados ante los hechos, también son víctimas, aunque en segundo plano, los profesionales de la salud involucrados directa o indirectamente en el evento (segundas víctimas). De igual manera la ocurrencia de estos eventos también puede provocar la disminución de confianza, desprestigio o pérdida de la imagen del Establecimiento de Atención Médica (Terceras víctimas), por ello es importante fortalecer la cultura de seguridad del paciente y establecer los protocolos de actuación ante dichos eventos y la atención a las diferentes víctimas.

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

a) Las **definiciones operativas** de evento centinela, evento adverso y cuasifallas.
b) Un mecanismo para su notificación.
c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
d) El proceso para la atención y apoyo a los profesionales que se ven afectados por un evento adverso con consecuencias graves (atención a segunda víctima).
e) Un plan de comunicación y manejo de crisis ante el impacto institucional de un evento adverso con consecuencias graves (atención a tercera víctima).
f) La gestión y la confidencialidad de la información.
g) La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
h) La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

Elementos Medibles de QPS.4

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de un Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
2. El Sistema de Notificación y Análisis incluye, al menos, los incisos del a) a lel h) definidos en el propósito.

ESTÁNDAR QPS.4.1
Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas.

PROPÓSITO DE QPS.4.1 ✍

Un **Evento Centinela** es un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad

o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas" o "todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente"

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

Cada organización establece las **definiciones operativas** de evento centinela, esta descripción debe incluir, al menos, las siguiente cuando así apliquen al contexto de operación de la organización:

a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
d) Muerte materna.
e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
f) Suicidio (Dentro del Establecimiento).
g) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente (dentro del establecimiento).
h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

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

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

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

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

Elementos Medibles de QPS.4.1

1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento centinela que incluye, al menos, las descritas en los incisos del a) a el i) definidos en el propósito, cuando así correspondan al contexto de la organización.
2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.
3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.
4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.

ESTÁNDAR QPS.4.2
Se notifican y analizan los eventos adversos.

PROPÓSITO DE QPS.4.2

Los **Eventos Adversos** son aquellos sucesos imprevistos, indeseados o potencialmente peligrosos en un establecimiento de atención médica *que llegan al paciente*. La Organización Mundial de la Salud lo define como "lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización

prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas" o "Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente".

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

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

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

Elementos Medibles de QPS.4.2

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

ESTÁNDAR QPS.4.3
Se notifican y analizan las cuasifallas.

PROPÓSITO DE QPS.4.3

Las cuasifallas son aquellos eventos adversos que ocurren en la organización, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como "Cuasi-incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar".

La organización implementa un mecanismo para la identificación, notificación y análisis de las cuasifallas, a partir del desarrollo de las **definiciones operativas**, con la finalidad de facilitar su identificación y notificación por el personal involucrado en los procesos.

A partir del análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas se toman decisiones y se implementan mejoras. El análisis de patrones y tendencias se realiza, al menos, dos veces por año.

Elementos Medibles de QPS.4.3

1. Se han establecido **definiciones operativas** de cuasifallas.
2. Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

ESTÁNDARIZACIÓN DE PROCESOS

ESTÁNDAR QPS.5
Se estandarizan procesos con alta variabilidad.

PROPÓSITO DE QPS.5

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

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

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

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

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

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

Elementos Medibles de QPS.5

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

EVIDENCIA DE MEJORA DE LA CALIDAD

ESTÁNDAR QPS.6
La organización gestiona la Mejora de la calidad y la seguridad, a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.

★ PROPÓSITO QPS.6

Debido a las limitaciones de las organizaciones como lo son: recurso humano, recursos materiales y financieros, entre otros, no todos los procesos dentro de una organización se pueden medir al mismo tiempo para mejorarlos. Por lo tanto, una de las principales responsabilidades del equipo directivo es establecer las prioridades de medición de los procesos.

Las prioridades se pueden centrar en proyectos que incrementen la eficiencia, reduzcan las tasas de reingreso, tasas de infecciones, accidentes de trabajo, así como también eliminen problemas de flujo de pacientes en el servicio de urgencias o en el control de la calidad de los servicios subrogados entre otras.

Las mediciones toman en cuenta las prioridades a nivel de sistema para extender el impacto de las mejoras ampliamente en la organización; por ejemplo, del sistema de gestión de medicamentos. Del mismo modo, las prioridades toman en cuenta los datos disponibles para identificar en que sistemas y en que procesos se muestra una mayor variación en la implementación y en los resultados.

Después de implementar una mejora, se recopilan datos durante un periodo de prueba de 6 meses a un año como mínimo, para que sea una muestra confiable para la organización, esto ayuda a comprobar que el cambio planificado realmente fue una mejora. Como parte de este proceso se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal si es necesario. La medición de los riesgos prioritarios seleccionados por la organización permite comprender el impacto de una mejora en el resultado del paciente o en la eficiencia de un proceso, lo que contribuye a que el establecimiento de continuación de prioridades en el futuro, tanto a nivel organizacional como a nivel departamental y de áreas servicio.

A partir de la Evaluación Integral de Riesgos y Problemas la organización identifica, al menos 5 riesgos prioritarios que nazcan de los siguientes estándares:

a) Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/ Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes.
b) Sistema de Medicación.
c) Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
d) Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
e) Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
f) Procesos Clínicos.
g) Procesos de Gestión.

Para las prioridades identificadas por la organización, acorde a su contexto, se implementa una acción o acciones (barreras de seguridad) con el propósito de disminuir la probabilidad de que se presenten eventos adversos y mejorar los procesos, los cuales se deben medir a través de indicadores. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente no es limitativo a los 5 indicadores solicitados, por lo que la organización podrá agregar la medición de los procesos considerados como prioritarios que afectan la calidad, la seguridad y la satisfacción del paciente, con el propósito de garantizar la calidad de la atención.

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

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

Las características que debe tener cada uno de los indicadores que nacen de los riesgos prioritarios de cada organización son:

a) Alineado al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
b) Partir de un riesgo o problema.
c) Medir la implementación al menos durante 6 meses o un año.
d) Medir el impacto sobre el proceso que se desea mejorar.
e) Contar con técnica de recolección de datos confiable.
f) Que sea una muestra representativa del proceso que se desea mejorar.

Elementos Medibles de QPS.6

1. Se utilizan los datos disponibles para establecer prioridades para la mejora a través de mediciones y acciones específicas.
2. Se evalúa el impacto de las mejoras a nivel del sistema y los procesos, según corresponda.
3. Los datos están disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y se mantienen.
4. Se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal cuando es necesario.

Consideración MUEC para QPS.6:

La organización debe integrar desde Fase 1, etapa 2 de Gestión inicial, el Plan de Calidad con la priorización de sus riesgos, que deberá monitorizar a través de indicadores de la manera antes señalada, de esta forma se da oportunidad a la organización de alcanzar el proceso de madurez que se revisa en la etapa 6 y 7 de la fase 4, con lo cual desarrollará nuevos hábitos en el personal que ejecuta las barreras de seguridad definidas por la organización.

REDISEÑO DE PROCESOS

ESTÁNDAR QPS.7
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva.

PROPÓSITO DE QPS.7

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

El AMEF es una herramienta de calidad que permite analizar la situación actual de un proceso para a través del análisis del mismo rediseñarlo, es decir, establecer a partir del análisis la forma en que el proceso debe funcionar en el futuro, con la incorporación de las mejoras identificadas durante el análisis. Es importante destacar que el rediseño no siempre significa cambiar completamente un proceso, los cambios pudieran darse en alguna o algunas de las actividades, la finalidad es que a partir del análisis se modifique el proceso para hacerlo más seguro.

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

La identificación de los riesgos debe incluir todos los procesos y sistemas y priorizarse con la metodología definida por el establecimiento, posteriormente, seleccionar uno de los procesos de riesgo prioritario que pueda ser analizado a través de la metodología del AMEF. Es importante que este análisis se realice con la participación del personal involucrado en el proceso tomando en cuenta el alcance del mismo, es decir el inicio y término de las actividades objeto del AMEF. Una vez finalizado el AMEF, se obtiene como resultado el rediseño del proceso, mismo que se debe implementar en la operación. Esta metodología se realiza, al menos, una vez por año para alguno de los procesos de riesgo prioritario de la Organización.

Elementos Medibles de QPS.7

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

ANÁLISIS DE LOS DATOS

ESTÁNDAR QPS.8
El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupa y analiza sistemáticamente los datos.

PROPÓSITO DE QPS.8

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

Elementos Medibles de QPS.8

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

ESTÁNDAR QPS.8.1
La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.

PROPÓSITO DE QPS.8.1

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

Elementos Medibles de QPS.8.1

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

ESTÁNDAR QPS.8.2
El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con Estándares científicos y mejores prácticas.

PROPÓSITO DE QPS.8.2

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

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

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

La DGCES cuenta entre otros, con El Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA) y el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), los cuales permiten concentrar la información de todo el Sistema Nacional de Salud, para el análisis y comparación, las cuales se encuentran ubicadas en la siguiente liga: https://desdgces.salud.gob.mx/srea/acceso.php y https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php, respectivamente.

Elementos Medibles de QPS.8.2

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

ESTÁNDAR QPS.8.3
Los datos se analizan para detectar tendencias no deseables y variaciones evidentes de estos.

★ PROPÓSITO DE QPS.8.3

El hospital recopila datos sobre diversas y diferentes áreas de los servicios de atención al paciente de forma periódica e informa los resultados al órgano rector como parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Para hacerlo, deben existir mecanismos confiables de reporte de resultados para asegurar servicios de calidad. Aquellos que representan un riesgo para la seguridad del paciente se identifican y monitorean. La recopilación de datos debe ser suficiente para detectar tendencias y patrones y variará según la frecuencia del servicio o el riesgo para los pacientes. (ver MCI. 10)

Elementos Medibles de QPS.8.3

1. Se desarrollan e implementan procesos para garantizar que la recopilación, el análisis y la comunicación de datos sean oportunos y confiables.
2. Se realiza un análisis de datos cuando se producen patrones o tendencias.
3. Los resultados de los análisis se utilizan para implementar acciones para mejorar la calidad y la seguridad.
4. Los resultados se comunican a la entidad de gobierno como parte del programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

MEJORA

ESTÁNDAR QPS.9
Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR QPS.9

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

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

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

Elementos Medibles de QPS.9

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

ESTÁNDAR QPS.9.1
Las mejoras obtenidas se difunden al personal.

PROPÓSITO DE QPS.9.1

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

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

Elementos Medibles de QPS.9.1

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

ESTÁNDAR QPS.9.2
La organización realiza evaluaciones internas como mecanismo para la gestión de la mejora de la calidad y seguridad.

★ PROPÓSITO DE QPS.9.2

El objetivo de una evaluación interna es conocer el grado en que se cumple lo definido por la Organización con relación a los procesos para la calidad y seguridad del Paciente, de tal forma que al identificar qué problemas existen se podrá intervenir para corregirlos y mejorar el desempeño.
La organización elabora un plan de evaluación interna que incluye al menos:

a) La periodicidad en que se realizará este ejercicio (al menos una vez al año).
b) Los procesos involucrados (alcance del ejercicio de auditoria).
c) Las competencias y responsabilidades del personal que interviene.
d) La capacitación necesaria para asegurar la competencia del personal que participa, por ejemplo, la auditoría interna puede realizarse a través de entrevistas, revisión de documentos, datos y mediante la observación sobre cómo se llevan a cabo los procesos.

Se elabora y entrega un informe de los resultados de la auditoría interna a los líderes correspondientes, de acuerdo con el contexto de la Organización.

Cuando se identifican inconsistencias en los procesos, se determina el mecanismo para realizar las correcciones y su seguimiento.

La organización conserva evidencias documentales de la evaluación y sus resultados, así como de las acciones implementadas.

Elementos Medibles de QPS.9.2

1. La organización elabora un plan de evaluación interna que incluye al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito.
2. Los resultados de la evaluación interna se informan a los líderes de la organización.
3. Se da seguimiento a las acciones implementadas como resultado de la evaluación interna.

CAPACITACIÓN

ESTÁNDAR QPS.10
El personal está capacitado para participar en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROPÓSITO DE QPS.10

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

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

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

Elementos Medibles de QPS.10

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

APARTADO.4
ESTÁNDARES

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Access and Continuity of Care

ACC

CONTINUIDAD

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN
ACC – CONTINUIDAD
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO		
ACC.1	Se brinda atención a los pacientes cuyas necesidades coinciden con la misión y recursos de la organización		
ACC.1.1	El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.		
ACC.1.2	Se define un proceso de aceptación de pacientes		✍
ACC.1.3	Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas	➲	✍
ACC.1.4	Se informa al paciente y/o a su familia sobre la admisión		
ACC.1.5	Se reduce el impacto de las barreras más comunes al acceso y a la prestación de servicios		✍
ACC.1.6	Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta	➲	✍
	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		
ACC.2	Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.	➲	✍
ACC.2.1	Se ha definido un proceso de interconsulta		✍
ACC.2.2	Se cuenta con un médico responsable de la atención del paciente		
	ALTA Y SEGUIMIENTO		
ACC.3	Se define un proceso que guía el egreso hospitalario		✍
ACC.3.1	Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso	➲	
ACC.3.2	Se proporcionan instrucciones comprensibles de seguimiento al momento del egreso		
	TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS		
ACC.4	Se define un proceso que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos	➲	✍
ACC.4.1	Se asegura que cuando se refiere/traslada a un paciente el establecimiento que lo recibe tiene capacidad resolutiva		
ACC.4.2	Se entrega al establecimiento receptor un resumen del estado clínico del paciente		
ACC.4.3	El cuidado del paciente durante el traslado se proporciona por personal con las competencias necesarias		
ACC.4.4	Se documentan las referencias/contrareferencia	➲	

	TRANSPORTE	
ACC.5	El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte	✍
ACC.6	Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente	
ACC.6.1	La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, sean propios o subrogados	

ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

ESTÁNDAR ACC.1
Se brinda atención a los pacientes cuyas necesidades coinciden con la misión y recursos de la organización.

PROPÓSITO DE ACC.1

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

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

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

Elementos Medibles de ACC.1

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

ESTÁNDAR ACC.1.1
El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA)

ESTÁNDAR ACC.1.2
Se define un proceso de aceptación de pacientes.

PROPÓSITO DE ACC.1.2

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

Elementos Medibles de ACC.1.2

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

ESTÁNDAR ACC.1.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas.

➲ PROPÓSITO DE ACC.1.3 ✍

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

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

Elementos Medibles de ACC.1.3

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

ESTÁNDAR ACC.1.4
Se informa al paciente y/o a su familia sobre la admisión.

PROPÓSITO DE ACC.1.4

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

Elementos Medibles de ACC.1.4

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

ESTÁNDAR ACC.1.5
Se reduce el impacto de las barreras más comunes al acceso y a la prestación de servicios.

PROPÓSITO DE ACC.1.5 ✍

Los establecimientos de atención médica con frecuencia prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o lenguas, presentar una diversidad cultural, entre otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención.

La organización realiza un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que le permite identificar cuáles son las barreras más comunes para el acceso y la prestación de los servicios de la población a la cual brinda atención.

La organización implementa procesos para reducir el impacto de estas barreras durante el proceso de admisión y en la prestación de los servicios.

Elementos Medibles de ACC.1.5

1. La organización define cuáles son las barreras más comunes en su población de pacientes.
2. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de admisión.
3. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de atención.

ESTÁNDAR ACC.1.6 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta.

➲ PROPÓSITO DE ACC.1.6

Los servicios especializados son áreas con capacidad limitada y personal con competencias especiales, donde los pacientes requieren cuidados especiales y monitorización continua, por lo cual los costos de operación son altos.

La organización realiza un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que le permite identificar cuáles son sus servicios especializados.

Se consideran como servicios especializados, al menos, a:

- Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras)
- Unidades de atención a pacientes quemados
- Unidades de trasplante

Cada organización debe definir los criterios de ingreso y alta de estas unidades, los cuales deben tener una base fisiológica cuando sea posible y apropiado. El personal clínico que labora en estas unidades participa en la elaboración de estos criterios.

Elementos Medibles de ACC.1.6

1. La organización define cuáles son sus servicios especializados, además de:
   1.1. Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras).
   1.2. Unidades de atención a pacientes quemados.
   1.3. Unidades de trasplante.
2. La organización define criterios de ingreso y alta para sus servicios especializados.
3. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
4. En la elaboración de los criterios participa personal que brinda atención en estas unidades.
5. Los pacientes ingresados en los servicios especializados reúnen los requisitos establecidos en los criterios.
6. Se darán de alta los pacientes que ya no cumplan con los requisitos de los criterios para permanecer en el servicio especializado.

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTÁNDAR ACC.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.

➲ PROPÓSITO DE ACC.2

Uno de los aspectos importantes para lograr la continuidad en la atención es diseñar un proceso estructurado de comunicación para estandarizar la comunicación entre profesionales sanitarios que permita la entrega clara, precisa, completa y oportuna de la información del paciente durante las transiciones; ya sea en cambios de área y servicio, o cambio de turno y guardia.

El personal médico, de enfermería y administrativo, colabora de manera multidisciplinaria para identificar los momentos en los cuales se realiza una entrega de paciente debido a una transición en la atención ya sea en tiempo o en lugar, además identifican el personal involucrado en estos momentos. Por ejemplo, la entrega de guardia por personal médico, los cambios de turno por personal de enfermería, la entrega de una paciente a hospitalización, entre otros.
Esta identificación de momentos y personas involucradas se plasma en un listado, con base en el cual la organización diseña dos procesos estructurados de comunicación:

- Uno durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno)
- Uno durante las transiciones en lugar (cambio de área o servicio)

Un ejemplo de una buena práctica para asegurar la adecuada transferencia de información del paciente en estas transiciones es la herramienta **SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation), es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: Situación actual (S), Antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (B), Evaluaciones (A) y Recomendaciones y actividades pendientes (R). Por sus siglas en español también se le conoce como herramienta **SAER**.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización implemente el mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones, al utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: situación actual (S), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (A), evaluaciones (E) y recomendaciones y actividades pendientes (R), el orden mencionado es la manera correcta y el momento oportuno es al entregar al paciente, ambas características conforman esta barrera de seguridad.

Elementos Medibles de ACC.2

1. La organización identificó y realizó un listado de los momentos de transición en tiempo, incluyendo al personal involucrado en estas transiciones.
2. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno).
3. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.
4. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones.
5. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio).
6. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.

ESTÁNDAR ACC.2.1
Se ha definido un proceso de interconsulta.

PROPÓSITO DE ACC.2.1
La organización define cómo se llevarán a cabo las interconsultas y su documentación dentro del expediente clínico, acorde a la legislación aplicable vigente, a fin de responder de manera oportuna a las necesidades del paciente y asegurar la continuidad de la atención.

Elementos Medibles de ACC.2.1

1. La organización define el proceso de interconsulta.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. Las interconsultas se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ACC.2.2
Se cuenta con un médico responsable de la atención del paciente.

PROPÓSITO DE ACC.2.2

A fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en la organización, la persona que tiene la responsabilidad de la atención del paciente o de una fase específica de la misma, está claramente identificada y se documenta en el expediente clínico; esta persona es un médico competente que colabora y se comunica con los demás integrantes del equipo de salud.

Cuando un médico en formación documenta la atención planeada y brindada, ésta se valida por el médico responsable del paciente.

Cuando un paciente pasa de una fase de atención a otra (por ejemplo, de atención quirúrgica a rehabilitación), el responsable de la atención podrá cambiar, o la misma persona podrá continuar supervisando toda la atención del paciente.

Elementos Medibles de ACC.2.2

1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.
2. El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.
3. El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención planeada y brindada o valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.
4. Si corresponde, los pacientes son informados sobre el cambio de profesional responsable.
5. En el expediente clínico se registra el cambio de profesional responsable y los motivos del mismo.

ALTA Y SEGUIMIENTO

ESTÁNDAR ACC.3
Se define un proceso que guía el egreso hospitalario.

PROPÓSITO DE ACC.3 ✍

Cuando el médico responsable del paciente determina el egreso hospitalario, se inicia un proceso organizado que garantiza la continuidad de la atención y se basa en las necesidades específicas del paciente. La familia debe estar incluida en este proceso, según convenga al paciente y a sus necesidades.

Después de su egreso, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, psicológico, médico u otro. Este proceso toma en cuenta el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dichos servicios, de preferencia en la comunidad del paciente.

Las organizaciones que autoricen "permisos de salida" a sus pacientes, por ejemplo, para el fin de semana, para alguna fecha importante en la familia o contexto social del paciente, deberán definir un proceso y la forma de documentarlo en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ACC.3
1. La organización define el proceso que guía el egreso hospitalario. 🗐
2. El proceso toma en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
4. Si corresponde, existe un proceso para autorizar un "permiso de salida" a los pacientes por un periodo definido. 🗐
5. Cuando se autoriza un "permiso de salida", se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ACC.3.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso.

➲ PROPÓSITO DE ACC.3.1

Se realiza una nota de egreso en el momento en que el paciente es dado de alta de la organización. Cualquier médico competente puede elaborar esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de egreso, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de egreso se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientras el paciente estaba hospitalizado. Esta nota de egreso puede ser utilizada para dar seguimiento al paciente.

La nota de egreso incluye lo siguiente:
a) Datos de identificación del paciente.
b) Fecha de ingreso y fecha de egreso.
c) Motivo del egreso.
d) Resumen de la evolución.
e) Diagnóstico final.
f) Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso.
g) El estado del paciente al momento del alta.
h) Problemas clínicos pendientes.
i) Pronóstico.
j) Plan de manejo y tratamiento.
k) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
l) Atención de factores de riesgo.

La nota de egreso se integra en el expediente clínico y **si corresponde**, se entrega una copia al paciente.

Elementos Medibles de ACC.3.1

1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.
2. La nota de egreso incluye, al menos, los incisos del a) a la l) definidos en el propósito.
3. La nota de egreso se integra en el expediente clínico.
4. Si corresponde, se entrega a los pacientes una copia de la nota de egreso.

ESTÁNDAR ACC.3.2
Se proporcionan instrucciones comprensibles de seguimiento al momento del egreso.

PROPÓSITO DE ACC.3.2

Los pacientes deben recibir instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades posteriores a su egreso. Las instrucciones incluyen cuándo debe obtenerse atención de urgencia, cualquier retorno al hospital para su seguimiento y, si corresponde, el nombre y la ubicación de los establecimientos para la continuidad de la atención. Se incluye a la familia cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención.

La organización informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible. Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito o en la forma que resulte más comprensible para el paciente.

Para fomentar la continuidad de la atención, la organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a grupos y redes de apoyo, según corresponda a su patología.

Elementos Medibles de ACC.3.2

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensibles.
2. Las instrucciones incluyen cualquier indicación de seguimiento.
3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.
5. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a los grupos de apoyo para la continuidad de la atención, si corresponde.
6. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a redes de apoyo comunitario para la continuidad de la atención, si corresponde.

TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS

ESTÁNDAR ACC.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se define un proceso que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos.

➲ PROPÓSITO DE ACC.4

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

Para lo anterior, la organización define dos procesos de traslado a otro establecimiento a fin de asegurar que se cubran sus necesidades de atención:

- Proceso de traslado para estudio o valoración (el paciente regresa a la organización).
- Proceso de traslado a otro establecimiento para continuar su atención.

Para cada proceso se define y se describe, al menos, lo siguiente:

a) Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento.
b) Quién es responsable del paciente durante el traslado.
c) El modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde.
d) Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.

Elementos Medibles de ACC.4

1. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes a otro establecimiento para estudio o valoración y describe, al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.
3. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes para continuar su atención en otro establecimiento, y describe, al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito.
4. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.

ESTÁNDAR ACC.4.1
Se asegura que cuando se refiere/traslada a un paciente el establecimiento que lo recibe tiene capacidad resolutiva.

PROPÓSITO DE ACC.4.1

Al trasladar y/o referir a un paciente, la organización se asegura que el establecimiento receptor puede proporcionar servicios acordes a las necesidades del paciente y si cuenta con la capacidad para recibirlo. La disposición para recibir pacientes y las condiciones de la referencia se describe en convenios formales o informales. Esto asegura la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención del paciente.

Para facilitar la comunicación, es importante que la organización cuente con listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes, los cuales contengan, al menos, nombre, dirección y teléfono.

Elementos Medibles de ACC.4.1

1. La organización se asegura que el establecimiento receptor puede atender las necesidades del paciente que será trasladado y/o referido.
2. Existen convenios formales o informales implementados con establecimientos receptores cuando los pacientes son trasladados o referidos con cierta frecuencia.
3. Existen listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes.

ESTÁNDAR ACC.4.2
Se entrega al establecimiento receptor un resumen del estado clínico del paciente.

PROPÓSITO DE ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente debe transferirse al establecimiento receptor mediante un resumen que incluya el estado clínico y las necesidades del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.

Elementos Medibles de ACC.4.2

1. La información del paciente se transfiere al establecimiento receptor.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.
4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

ESTÁNDAR ACC.4.3
El cuidado del paciente durante el traslado se proporciona por personal con las competencias necesarias.

PROPÓSITO DE ACC.4.3

El traslado de un paciente a otro establecimiento puede ser un proceso sencillo con un paciente estable, o puede involucrar el traslado de un paciente crítico que necesita monitorización continua por personal clínico. Por lo tanto, la condición del paciente determina las competencias adecuadas del personal encargado de su cuidado durante el traslado.

Elementos Medibles de ACC.4.3

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

ESTÁNDAR ACC.4.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se documentan las referencias/contrareferencia.

➲ PROPÓSITO DE ACC.4.4

Se realiza una nota de referencia/contrareferencia en el momento en que el paciente es trasladado a otro establecimiento. Un médico competente elabora esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de referencia/contrareferencia, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de referencia/contrareferencia se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca del estado del paciente, motivo de envío y la atención que se ha otorgado. Esta nota tiene como objetivo facilitar el envío-recepción- regreso de pacientes entre diferentes establecimientos (cuando aplique) y brindar una atención oportuna, integral y de calidad. La nota se integra al expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al establecimiento receptor.

La nota de referencia/contrareferencia incluye al menos lo siguiente:

- Datos de identificación del Paciente.
- Establecimiento que envía.
- Establecimiento que recibe.
- Resumen Clínico, que incluya como mínimo:
    - Motivo de la referencia.
    - Impresión Diagnóstica.
    - Terapéutica empleada, si la hubo.
- Fecha y hora.
- Nombre y firma de quien refiere.

Elementos Medibles de ACC.4.4

1. Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contrareferencia.
2. La nota de referencia/contrareferencia incluye lo siguiente:
    2.1. Los dos datos de identificación del Paciente.
    2.2. Establecimiento que envía.
    2.3. Establecimiento que recibe.
    2.4. Resumen Clínico, que incluya como mínimo:
        2.4.1. Motivo de la referencia.
        2.4.2. Impresión Diagnóstica.
        2.4.3. Terapéutica empleada, si la hubo.
    2.5. Fecha y Hora.
    2.6. Nombre y firma de quien refiere.
3. La nota de referencia/contrareferencia se integra en el expediente clínico.
4. El Resumen Clínico del servicio de Hemodiálisis incluye:
    1.1. Diagnóstico Nefrológico.
    1.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
    1.3. Tiempo en el programa de hemodiálisis.
    1.4. Tipo de acceso vascular.
    1.5. Funcionalidad del acceso vascular.
    1.6. Superficie del dializador.
    1.7. Si se encuentra incluido en el programa de reúso.
    1.8. Peso seco actual.
    1.9. Ganancia promedio Interdialítica.
    1.10. Alergias.
    1.11. Problemas durante el tratamiento.
    1.12. Cinética de la urea.
    1.13. Serología Viral.

TRANSPORTE

ESTÁNDAR ACC.5
El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

PROPÓSITO DE ACC.5

El proceso para la referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte. La organización debe proporcionar o hacer los arreglos necesarios para transportar a los pacientes (por ejemplo, contactar a la familia o amigos del paciente) que, por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Es importante que se cuente con un listado de los servicios de ambulancia (terrestre, aérea, marítima) para facilitar el acceso a estos servicios.

Elementos Medibles de ACC.5

1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
3. El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
4. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.
5. Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia.

ESTÁNDAR ACC.6
Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE ACC.6

Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo con las necesidades y al estado de los pacientes.

Las ambulancias propias o subrogadas cumplen con la legislación aplicable vigente, la cual regula el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de ambulancias, por ejemplo, el requisito de la presencia de un médico durante el transporte de determinados tipos de pacientes, así como el mantenimiento de los vehículos, las competencias de los conductores y técnicos en urgencias médicas, entre otros.

Elementos Medibles de ACC.6

1. Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.
2. Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.

ESTÁNDAR ACC.6.1
La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, sean propios o subrogados.

PROPÓSITO DE ACC.6.1

La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal), tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.

La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.

Cuando el hospital subroga el servicio de ambulancias, se integran como parte de la supervisión y control (especificaciones de calidad), al menos, los siguientes puntos:

- Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
- Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal).
- Evaluación del tiempo de respuesta.
- Atención de quejas.

Elementos Medibles de ACC.6.1

1. La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos, tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.
2. La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.
3. Cuando el servicio es subrogado se integran como parte de la supervisión y control, al menos, los siguientes puntos:
   3.1. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
   3.2. Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos.
   3.3. Evaluación del tiempo de respuesta.

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Patient and Family Rights

PFR

DERECHOS

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
PFR – DERECHOS
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	DERECHOS DE LOS PACIENTES		
PFR.1	La organización respalda los derechos de los pacientes		
PFR.1.1	Se respetan los valores, costumbres y creencias de los pacientes		
PFR.1.2	Se respeta la necesidad de privacidad del paciente durante el proceso de atención.		
PFR.1.3	Se asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes		✍
PFR.1.4	Se protege a los pacientes contra agresiones físicas	➲	✍
PFR.1.5	Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables	➲	✍
PFR.1.6	La información del paciente es confidencial		
PFR.2	La organización respalda y promueve la participación del paciente en los procesos de atención		
PFR.2.1	Los pacientes reciben información sobre el proceso de atención		
PFR.2.2	La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento		✍
PFR.2.3	La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados		
PFR.2.4	La organización respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva		
PFR.3	Se informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica		
PFR.4	El personal recibe capacitación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos		
PFR.5	Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos		✍
	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
PFR.6	Se define un proceso para obtener un consentimiento informado		✍
PFR.6.1	Los pacientes y familiares reciben información para que puedan tomar decisiones sobre su atención		

PFR.6.2	La organización implementa un proceso para que terceros puedan otorgar el consentimiento informado	✍
PFR.6.3	Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización	
PFR.6.4	Se obtiene un consentimiento informado antes de una cirugía, la administración de anestesia o sedación y el uso de sangre y/o hemocomponentes	
PFR.6.4.1	Se obtienen consentimientos informados especiales cuando corresponde	✍
	INVESTIGACIÓN	
PFR.7	Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas	
PFR.8	Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas	
PFR.9	La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos	

DERECHOS DE LOS PACIENTES

ESTÁNDAR PFR.1
La organización respalda los derechos de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1

Los líderes son los responsables de guiar la manera en que la organización brinda atención a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares, al igual que la responsabilidad de la organización para respaldarlos, por lo tanto, se aseguran de que el personal asuma la responsabilidad de proteger y respetar los derechos del paciente y su familia durante todo el proceso de atención.

La organización respeta los derechos del paciente, al definir e implementar procesos para asegurar que todo el personal respete los derechos del paciente y sus familiares, de tal manera que el respeto a los derechos del paciente va más allá del solo conocimiento de los derechos.

La organización respeta los derechos de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente de decidir qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, puede que el paciente no desee que su familia se entere sobre un diagnóstico.

Elementos Medibles de PFR.1

1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. La organización define procesos para promover y respetar los derechos de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso de atención.
3. La organización respeta el derecho de los pacientes y de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.
4. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.1
Se respetan los valores, costumbres y creencias de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1.1

Como parte del Proceso de Evaluación Inicial (AOP) se identifican los valores, costumbres y creencias de los pacientes con el propósito de planear una atención integral e identificar los factores que pudieran impactar en este proceso. La organización alienta a todos los pacientes a expresar sus valores, costumbres y creencias y a respetar las de los demás.

Los valores, costumbres y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden a éste. Cuando un paciente o una familia desean hablar con alguien en relación con sus necesidades relacionadas a sus valores, costumbres y creencias (por ejemplo: creencias religiosas) el establecimiento cuenta con un proceso para responder a la solicitud. El proceso podrá ser llevado a cabo a través de personal religioso existente en la organización, la comunidad o ser referidas por la familia.

Elementos Medibles de PFR.1.1

1. Como parte del Proceso de Evaluación Inicial, se evalúan los valores, costumbres y creencias de los pacientes.
2. Se respetan los valores, costumbres y creencias del paciente.
3. La organización define un proceso para responder ante solicitudes vinculadas con los valores, costumbres y creencias (por ej. apoyo religioso o espiritual.)

ESTÁNDAR PFR.1.2
Se respeta la necesidad de privacidad del paciente durante el proceso de atención.

PROPÓSITO DE PFR.1.2

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y durante los traslados. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Además, es posible que los pacientes no deseen ser fotografiados, grabados ni participar en cierto tipo de entrevistas. Si bien existen algunos enfoques comunes para ofrecer privacidad a todos los pacientes, éstos podrían tener necesidades y expectativas de privacidad diferentes o adicionales, las cuales además podrían cambiar durante su estancia. Por lo tanto, en la medida que el personal presta atención y servicios a los pacientes, deben consultar al paciente sobre sus necesidades y expectativas de privacidad. Esta comunicación entre el personal y el paciente genera confianza y una comunicación abierta; no es necesario documentarla. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.

Elementos Medibles de PFR.1.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento.
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y traslados.
3. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.

ESTÁNDAR PFR.1.3
Se asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1.3 ✍

La organización comunica al paciente y a su familia, la responsabilidad que asume por sus pertenencias, la cual implica que no van a ser extraviadas ni robadas. Esta responsabilidad se extiende a todos los pacientes a quienes se les brinda atención en la organización.

En ocasiones la organización toma la responsabilidad de algunas o todas las pertenencias del paciente dentro del establecimiento, se define un proceso para asegurar que no sean extraviadas. Este proceso considera los objetos de los pacientes en todos los servicios, y a los pacientes que sean incapaces de tomar decisiones en relación con sus pertenencias.

Elementos Medibles de PFR.1.3

1. La organización define un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes. 🗐
2. Los pacientes reciben información sobre el proceso.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

➲ **PROPÓSITO DE PFR.1.4** ✍

La organización es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de pacientes pediátricos, adultos mayores, pacientes psiquiátricos, pacientes que presentan estados de agresividad o violencia y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o de pedir ayuda. La organización procura evitar las agresiones a través de la implementación de procesos tales como la identificación de las personas que se encuentren dentro del hospital, la

monitorización de las áreas que se consideren prioritarias para la organización y aquellas consideradas remotas o aisladas de la instalación, y por medio de una respuesta rápida ante quienes se crea que corren peligro de sufrir una agresión.

Elementos Medibles de PFR.1.4

1. La organización ha definido un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de pacientes pediátricos, adultos mayores, pacientes psiquiátricos, pacientes que presentan estados de agresividad o violencia y demás personas que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas.
3. La organización ha definido un proceso para las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.
4. Se investiga a las personas sin identificación.
5. Se monitorizan las áreas identificadas como prioritarias por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables.

➲ PROPÓSITO DE PFR.1.5

La organización diseña e implementa procesos para proteger a todos sus pacientes. Hay pacientes que requieren protección adicional, estos se consideran pacientes en condición de vulnerabilidad; Un paciente en condición de vulnerabilidad es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación, por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar a los pacientes en condición de vulnerabilidad tomando en cuenta las características de sus pacientes, condiciones clínicas o momentos en el proceso de atención donde se requiere diseñar e implementar mecanismos de protección adicional.

Un ejemplo de pacientes considerados vulnerables son los pacientes que se encuentran bajo efectos de sedación o con pérdida de la conciencia, cuyos mecanismos de protección adicional están dirigidos a evitar abusos. Otro ejemplo se presenta durante el momento de la exploración ginecológica en donde como protección adicional, se puede establecer el acompañamiento de personal de salud adicional a quién realizará la exploración con el fin de evitar cualquier daño a la paciente.

Es importante mencionar que los mecanismos de protección adicionales pueden incluir, por ejemplo: desde la definición de políticas específicas, cambios en los procesos, restricción y controles de acceso en ciertas áreas, etc., de acuerdo con el contexto y recursos de la organización.

Elementos Medibles de PFR.1.5

1. La organización analiza e identifica de acuerdo con su población, condición clínica o momentos en el proceso de atención a aquellos pacientes que se les considerará en condición de vulnerabilidad.
2. La organización define mecanismos de protección adicional a pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo con su contexto y recursos.
3. Los mecanismos de protección adicional definidos por la organización están implementados.

ESTÁNDAR PFR.1.6
La información del paciente es confidencial.

PROPÓSITO DE PFR.1.6

La información médica que se documenta es importante para la comprensión del paciente y sus necesidades, así como para la prestación de atención y servicios a lo largo del tiempo. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico o en una combinación de ambas. La organización resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa procesos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, por ejemplo, omite hacer comentarios relacionados con los pacientes en lugares públicos. El personal está al tanto de la legislación aplicable vigente e informa al paciente respecto al modo en que la organización respeta la confidencialidad de su información. También se informa a los pacientes respecto a cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y cómo se obtendrá su autorización.

Elementos Medibles de PFR.1.6

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

ESTÁNDAR PFR.2
La organización respalda y promueve la participación del paciente en los procesos de atención.

PROPÓSITO DE PFR.2

Los pacientes y sus familiares participan en el proceso de atención tomando decisiones, haciendo preguntas e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todas las fases del proceso de atención. Todo el personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de los derechos de los pacientes y sus familiares en lo que se refiere a su participación en los procesos de atención.

Elementos Medibles de PFR.2

1. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.
2. El personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

ESTÁNDAR PFR.2.1
Los pacientes reciben información sobre el proceso de atención.

PROPÓSITO DE PFR.2.1

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

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

Durante el proceso de atención, los pacientes y sus familias, tienen derecho a que les comuniquen los resultados de la atención y el tratamiento planeados. También es importante que les informen acerca de todo resultado inesperado de la atención y tratamiento, por ejemplo, eventos imprevistos durante una cirugía, eventos relacionados con medicamentos prescritos u otros tratamientos. El paciente debe tener claro cómo y quién le hablará sobre los resultados esperados y los imprevistos.

Elementos Medibles de PFR.2.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo, cuándo y quienes les informarán sobre el estado de salud y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado.
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planeados.
3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.
4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen.
5. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados e imprevistos de su atención y tratamiento, siendo comprendidos por ellos.

ESTÁNDAR PFR.2.2
La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento.

PROPÓSITO DE PFR.2.2

Los pacientes, o quienes tomen las decisiones en su nombre (Representante Legal), quizá decidan no proceder con la atención o tratamiento planeados o no continuar la atención o el tratamiento una vez que han iniciado. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a tomar estas decisiones, los resultados potenciales de las mismas y sus responsabilidades relacionadas con tales decisiones. Se informa a los pacientes y sus familiares sobre todas las alternativas de atención y tratamiento.
Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.

Las decisiones sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento o retirarlo para prolongar la vida de manera innecesaria, son situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, profesionales de la salud y las organizaciones. En estos casos, si en la entidad federativa donde se encuentra el hospital existe legislación aplicable vigente, se deberá definir un proceso que se ajuste a las normas religiosas y culturales de su comunidad.

Elementos Medibles de PFR.2.2

1. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.
2. La organización informa a los pacientes sobre las consecuencias de sus decisiones.
3. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
4. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.
5. Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.
6. Si corresponde, se define un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.

ESTÁNDAR PFR.2.3
La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados.

PROPÓSITO DE PFR.2.3

El dolor es un síntoma común en la experiencia de los pacientes y el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. La respuesta de un paciente al dolor, con frecuencia se encuentra dentro de su contexto social y tradiciones, por consiguiente, se alienta y apoya a los pacientes para que manifiesten su dolor. Los procesos de atención de la organización respaldan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y un manejo del dolor adecuados.

Elementos Medibles de PFR.2.3

1. La organización respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.
2. El personal comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja acorde a los procesos definidos por la organización.

ESTÁNDAR PFR.2.4
La organización respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva.

PROPÓSITO DE PFR.2.4

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

Elementos Medibles de PFR.2.4

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

ESTÁNDAR PFR.3
Se informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica.

PROPÓSITO DE PFR.3

Los pacientes tienen derecho a expresar sus quejas sobre su atención y a que esas quejas se revisen y, cuando sea posible, se resuelvan con la participación de ellos. Además, las decisiones con respecto a la atención a veces presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para el hospital y el paciente, la familia u otros tomadores de decisiones.

El hospital ha establecido procesos para identificar y dar seguimiento a las quejas del paciente y su familia.
L
a DGCES cuenta con el Sistema Unificado de Gestión (SUG), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: http://sistemas.cnpss.gob.mx:7777/SUG/pages/unsecure/login.xhtml.

Elementos Medibles de PFR.3

1. Se informa a los pacientes sobre el proceso para expresar quejas, conflictos y diferencias de opinión.
2. El hospital investiga las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión.
3. Se da seguimiento y de ser posible se resuelven las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención.
4. Los pacientes y las familias participan en el proceso de resolución de quejas, conflictos y diferencias de opinión, cuando sea posible.

ESTÁNDAR PFR.4
El personal recibe capacitación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos.

PROPÓSITO DE PFR.4

La organización capacita a todo el personal sobre los derechos de los pacientes y de sus familias. Se reconoce la posibilidad de que el personal y pacientes no coincidan en los mismos valores y creencias. La capacitación incluye la manera que cada miembro de la organización participa en la identificación de los valores y creencias del paciente, y la forma de respetarlos durante el proceso de atención.

Elementos Medibles de PFR.4

1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.
2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.

ESTÁNDAR PFR.5
Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos.

PROPÓSITO DE PFR.5 ✍

La admisión a un establecimiento de atención médica puede ser una experiencia aterradora y confusa para los pacientes, razón por la cual les resulta difícil entender y actuar acorde a sus derechos. Por consiguiente, la organización define un proceso para informar los derechos de los pacientes y de sus familias.

La información debe otorgarse acorde a la edad, nivel de comprensión, idioma y/o lengua de los pacientes. Cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada, el paciente y la familia son informados acerca de sus derechos de un modo tal que los puedan entender.

Elementos Medibles de PFR.5

1. La organización ha definido un proceso para informar a todos los pacientes y sus familias acerca de sus derechos. 🗐
2. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada. 🗐
3. A cada paciente se le brinda información sobre sus derechos.
4. La organización cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles.
5. La organización cuenta con un proceso para evaluar que la atención médica se efectúe sustentada en el trato digno al paciente y su familia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTÁNDAR PFR.6
Se define un proceso para obtener un consentimiento informado.

PROPÓSITO DE PFR.6 ✍

Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su consentimiento informado. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa a la realización del mismo; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente.

El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar a hospitalización o antes de la realización de determinados procedimientos/ tratamientos.

El proceso de consentimiento está definido por la organización y toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares identifican quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita al personal involucrado para informar a los pacientes, obtener y documentar su consentimiento.

Elementos Medibles de PFR.6

1. La organización define un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente. 🗐
2. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme al proceso definido.
3. Se capacita al personal para la obtención de consentimientos informados.

ESTÁNDAR PFR.6.1
Los pacientes y familiares reciben información para que puedan tomar decisiones sobre su atención.

PROPÓSITO DE PFR.6.1

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

a) El estado del paciente.
b) El procedimiento/ tratamiento propuesto (acto autorizado).
c) Los beneficios.
d) Los riesgos.
e) Las posibles alternativas.
f) Las probabilidades de éxito.
g) Los posibles problemas relacionados con la recuperación.
h) Los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

En la carta de consentimiento informado se documentan, al menos, los incisos b), c), d) y e).

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

Elementos Medibles de PFR.6.1

1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.
2. Se informa a los pacientes sobre los procedimientos y tratamientos propuestos, y el personal autorizado a realizarlos.
3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del (los) tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al (los) tratamiento(s) propuesto(s) y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.
5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del (los) procedimiento(s)/tratamiento(s) propuesto(s).
6. Los pacientes conocen la identidad del (los) médico(s) u otro(s) facultativo(s) responsable(s) de su atención.
7. En la carta de Consentimiento Informado se documenta el acto autorizado, los riesgos, beneficios y posibles alternativas.

ESTÁNDAR PFR.6.2
La organización implementa un proceso para que terceros puedan otorgar el consentimiento informado.

PROPÓSITO DE PFR.6.2 ✍

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero; por ejemplo, cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico.

Elementos Medibles de PFR.6.2

1. La organización define un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado. 🗐
2. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.
3. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.6.3
Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización.

PROPÓSITO DE PFR.6.3

Los hospitales deben obtener un consentimiento informado en el momento en que el paciente es admitido para ser hospitalizado. Los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado, en ocasiones llamado “consentimiento informado general” o “consentimiento informado de ingreso/admisión”. Los pacientes también obtienen información sobre los procesos para los cuales se deberá obtener otro consentimiento informado; lo anterior conforme lo señalan los artículos 80 y 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Si corresponde, se informa a los pacientes durante el proceso de obtención del consentimiento informado de ingreso/admisión la probabilidad de participación de personal en formación en los procesos de atención clínica y se documenta en la carta de consentimiento informado.
Se debe contar con lineamientos que definan cómo se documenta este consentimiento en el expediente clínico acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.6.3

1. Se informa a los pacientes y/o sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento de ingreso/admisión.
2. Se obtiene un consentimiento informado de ingreso/admisión.
3. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento de ingreso/admisión en el expediente clínico.
4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.
5. Si corresponde, en el consentimiento informado de ingreso/admisión se documenta la participación de personal en formación durante los procesos de atención.

ESTÁNDAR PFR.6.4
Se obtiene un consentimiento informado antes de una cirugía, la administración de anestesia o sedación y el uso de sangre y/o hemocomponentes.

PROPÓSITO DE PFR.6.4

Cuando la atención planeada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia y sedación, transfusión de sangre y/o hemocomponentes u otros tratamientos o procedimientos que la organización defina como de alto riesgo; por ejemplo, la colocación de un catéter central o que sean solicitados por la legislación aplicable vigente como la reutilización de filtros de hemodiálisis, la donación de órganos, tejidos y trasplantes, se obtiene un consentimiento informado. Este proceso de consentimiento proporciona la información señalada en el propósito de PFR.6.1 e identifica a la persona que proporciona la información. Se documenta en el expediente clínico acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.6.4

1. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar procedimientos quirúrgicos.
2. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar anestesia.
3. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar sedación.
4. Se obtiene el consentimiento informado antes de transfundir sangre y hemocomponentes.
5. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar otros procedimientos y tratamientos que la organización ha definido como de alto riesgo.
6. Se obtienen los consentimientos informados que solicita la legislación aplicable vigente.
7. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.
8. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.6.4.1
Se obtienen consentimientos informados especiales cuando corresponde.

PROPÓSITO DE PFR.6.4.1

La organización obtiene los consentimientos informados acorde a la legislación aplicable vigente. Hay otras situaciones en las cuales es importante informar al paciente y obtener por escrito su consentimiento; cuando esto se lleva a cabo se considera como un consentimiento informado especial; por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar aquellas situaciones en las cuales será necesario obtener por escrito un consentimiento informado (por ejemplo, consentimiento para la sujeción de un paciente).

Elementos Medibles de PFR.6.4.1

1. La organización analiza e identifica en qué situaciones será necesario obtener un consentimiento informado especial.
2. Se obtienen los consentimientos informados especiales cuando corresponda.

INVESTIGACIÓN

ESTÁNDAR PFR.7
Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas.

PROPÓSITO DE PFR.7

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

- Beneficios esperados.
- Molestias y riesgos potenciales.
- Alternativas que quizá también sean de ayuda.
- Procedimientos que deben seguirse.

Se informa a los pacientes que pueden rehusarse a participar o abandonar la investigación, y que su negativa o abandono no comprometen su acceso a los servicios brindados por el hospital.

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

La organización cuenta con procesos para proporcionar esta información a los pacientes y sus familiares.

Elementos Medibles de PFR.7

1. Se identifica a los pacientes y familiares adecuados y se les informa sobre cómo acceder a investigaciones clínicas relevantes para sus necesidades de tratamiento.
2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados.
3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.
4. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre alternativas que también pueden serles de ayuda.
5. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los procedimientos que deben seguirse.
6. Se informa a los pacientes que, en caso de rehusarse a participar o abandonar la investigación clínica, su acceso al hospital no se verá comprometido.

ESTÁNDAR PFR.8
Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas.

PROPÓSITO DE PFR.8

Cuando los pacientes y familiares deciden participar en investigaciones clínicas se otorga un consentimiento informado. La información brindada en el momento en que se toma la decisión de participar sirve de base para documentar el consentimiento informado.

Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.8

1. Cuando un paciente decide participar en investigaciones clínicas, se obtiene un consentimiento informado.
2. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.
3. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.9
La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos.

PROPÓSITO DE PFR.9

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

El comité será responsable de:

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

Las investigaciones que así lo requieran son autorizadas por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

Elementos Medibles de PFR.9

1. La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación conformado según la legislación aplicable vigente.
2. El Comité de Ética en Investigación es responsable de:
   2.1. Evaluar, dictaminar y supervisar los protocolos de investigación en seres humanos.
   2.2. Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan.
   2.3. Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.
   2.4. Definir y llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.
3. La investigación que así lo requiera, cuenta con las autorizaciones correspondientes de la COFEPRIS.

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Assessment of Patients

AOP

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE PACIENTES
AOP – EVALUACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
AOP.1	La organización ha definido un proceso de evaluación inicial de pacientes	➲	✍
AOP.1.1	El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención	➲	
AOP.2	Se realiza una historia clínica a cada paciente en las primeras 24 horas de hospitalización		
AOP.2.1	Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio hospitalario en el marco de tiempo definido por la organización		
AOP.3	Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.4	Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión		✍
AOP.5	Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente	➲	✍
AOP.6	Se evalúa el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa		✍
AOP.7	Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.8	Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.9	Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.10	Se realiza una evaluación nutricional a cada paciente, como parte del proceso de evaluación inicial, y cuando se identifica riesgo, se realiza una evaluación exhaustiva		✍
AOP.11	Se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.12	El proceso de evaluación inicial incluye criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)		✍
AOP.13	El proceso de evaluación inicial considera revaluar al paciente		✍
AOP.14	El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y de los elementos que se revalúan		
AOP.14.1	Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia		

ESTÁNDAR AOP.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha definido un proceso de evaluación inicial de pacientes.

ESTÁNDAR AOP.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención.

➲ PROPÓSITO DE AOP.1 ✍ Y AOP.1.1

La evaluación inicial es un proceso que se realiza a fin de identificar en forma coherente las necesidades y factores de riesgos específicos de cada paciente que pueden impactar en el proceso de atención. El proceso de valoración inicial comienza desde el primer contacto del paciente con el personal clínico encargado de su valoración y puede concluirse o seguirse desarrollando durante las primeras 24 horas de estancia en el Hospital. Para llevar a cabo lo anterior, cada organización define:

- Los elementos o criterios a evaluar acorde a la población, características de pacientes que atiende y el momento más adecuado para obtener dichas evaluaciones.
- Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones
- Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.
- El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial, que permita dar seguimiento a los resultados.
- El momento de la primera evaluación.
- La periodicidad de las revaluaciones que la organización considere pertinente.
- Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.

Las evaluaciones requieren de identificar o adaptar algunas ocasiones a las poblaciones y contextos específicos, lo que podríamos definir como personalizar, sin que esto se refiera que se deberá adaptar a cada persona, sino más bien a grupos poblacionales, por ejemplo: Una escala de dolor se puede personalizar para pacientes adultos, pacientes sedados, neonatos, pediátricos, dolor obstétrico, etc. Tener procesos de personalización de las evaluaciones nos permiten tener resultados más objetivos y poder hacer intervenciones oportunas para la atención del paciente.

El proceso de evaluación inicial es fundamental para identificar las necesidades específicas de cada paciente y comenzar el proceso de atención. Este proceso proporciona información para:

- Entender la atención que el paciente necesita.
- Seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente.
- Orientarnos a formular un diagnóstico inicial y las necesidades de atención inmediatas del paciente.
- Comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para el **paciente hospitalizado** se incluyen, al menos, los siguientes catorce elementos como parte del proceso de evaluación inicial:

- Historia Clínica.
- Evaluación de enfermería.
- Evaluación del riesgo de desarrollo de lesiones en la piel por presión.
- Evaluación del dolor y sus características.
- Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en poblaciones de adultos.
- Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6).
- Factores de riesgo social.
- Valores, costumbres y creencias.
- Factores de riesgo psicológicos (riesgo de suicidio y autolesión).
- Evaluación nutricional.
- Identificación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.
- Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).

- Necesidades específicas de educación (PFE).
- Barreras para el aprendizaje (PFE).

Para los pacientes que acuden a **servicios ambulatorios hospitalarios** de atención, por ejemplo: cirugía de corta estancia, unidades ambulatorias, hemodiálisis, servicios de rehabilitación, endoscopía, quimioterapia, radioterapia, urgencias, terapia intensiva, entre otros se incluyen los siguientes cuatro elementos como parte del proceso de evaluación inicial:

- Historia Clínica, si corresponde.
- Evaluación de enfermería, si corresponde.
- Evaluación del dolor, si corresponde.
- Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6).

Este proceso de evaluación inicial toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Cada evaluación debe documentarse, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una. La forma y lugar en donde se documenta los determina cada organización no perdiendo de vista que **el objetivo de documentarlo es que el resto de los profesionales de la salud que intervienen en la atención estén informados de los riesgos identificados**, debido a esto es importante que las valoraciones se hayan realizado de manera completa, correcta, oportuna y se encuentren disponibles para quienes atienden al paciente.

Personal calificado de diferentes disciplinas podrá participar en el proceso de evaluación inicial. La organización de acuerdo con su contexto define qué personal realizará cada evaluación y las competencias que deben tener. Por ejemplo, médicos, personal de enfermería, personal clínico en formación, psicólogos, químicos, nutriólogos, entre otros, con el fin de crear un plan de tratamiento que impacte en el proceso de atención a partir de la integración de la información.

Elementos Medibles de AOP.1

1. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el **paciente hospitalizado** que describe, al menos, lo siguiente: 🗐
   1.1. Los elementos o criterios por evaluar.
   1.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.
   1.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.
   1.4. El lugar donde se documenta.
   1.5. El momento de la primera evaluación.
   1.6. La periodicidad de las revaluaciones.
   1.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.
2. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el **paciente de servicio ambulatorio hospitalario** que describe, al menos, lo siguiente: 🗐
   2.1. Los elementos o criterios por evaluar.
   2.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.
   2.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.
   2.4. El lugar donde se documenta.
   2.5. El momento de la primera evaluación.
   2.6. La periodicidad de las revaluaciones.
   2.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.
3. La práctica es consistente con el proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de AOP.1.1

1. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada **paciente hospitalizado**.
2. El proceso de evaluación inicial de cada paciente hospitalizado incluye, al menos, los siguientes elementos:
   2.1. Historia Clínica.
   2.2. Evaluación de enfermería.
   2.3. Evaluación del riesgo de lesiones en la piel por presión.
   2.4. Evaluación del dolor.
   2.5. Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes adultos.
   2.6. Evaluación del riesgo de caídas.
   2.7. Factores de riesgo social.
   2.8. Valores, costumbres y creencias.
   2.9. Factores de riesgo psicológicos.
   2.10. Evaluación nutricional.
   2.11. Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales.
   2.12. Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas de la hospitalización).
   2.13. Barreras que dificultan el aprendizaje.
   2.14. Necesidades específicas de educación.
3. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente ambulatorio.
4. El proceso de evaluación inicial de cada **paciente de servicio ambulatorio hospitalario** incluye, al menos, los siguientes elementos:
   4.1. Historia Clínica, si corresponde.
   4.2. Evaluación de enfermería, si corresponde.
   4.3. Evaluación del dolor, si corresponde.
   4.4. Evaluación del riesgo de caídas.

ESTÁNDAR AOP.2
Se realiza una historia clínica a cada paciente en las primeras 24 horas de hospitalización.

PROPÓSITO DE AOP.2

Uno de los elementos del proceso de evaluación inicial es la historia clínica que se lleva a cabo con el fin de comprender las necesidades del paciente identificadas por el personal médico y que servirá para la planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario. Dicha historia contiene, al menos, los siguientes elementos:

a) Interrogatorio.
b) Exploración física.
c) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
d) Diagnósticos o problemas clínicos.
e) Pronóstico.
f) Indicación terapéutica.

La historia clínica se completa en las primeras 24 horas de internamiento. Cuando el estado del paciente así lo requiera, esta evaluación se llevará a cabo y estará disponible lo antes posible. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico, de acuerdo con la normatividad aplicable vigente.

Cada organización define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza la historia clínica; por ejemplo, historia clínica obstétrica, neonatal, pediátrica, psiquiátrica, entre otras.

La historia clínica podrá realizarla un médico o personal médico en formación supervisado, de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Para el caso de las unidades de hemodiálisis al menos se considera durante la evaluación inicial además de los elementos mencionados los exámenes de laboratorio y gabinete siguientes:

g) Serología Viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).
h) Biometría Hemática completa.
i) Electrolitos séricos (Na, K, Cl).
j) Química sanguínea de tres elementos (glucosa, Urea y Creatinina).
k) Depuración de creatinina (si corresponde si el paciente ya se le realizó tratamiento de Hemodiálisis antes de su primer contacto con la organización, o se define el tiempo máximo para contar con este estudio para el paciente).
l) Radiografía de tórax.
m) Electrocardiograma.

Para los incisos l) y m) se define por la organización el tiempo máximo para contar con estos elementos para evaluar al paciente siempre y cuando no sea una urgencia dialítica y se evalúe el riesgo beneficio de otorgar el tratamiento sin estos elementos.

Elementos Medibles de AOP.2

1. A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.
2. La historia clínica contiene, al menos, los incisos del a) hasta el f) definidos en el propósito.
3. Se completa la historia clínica en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.
5. Un médico y/o personal médico en formación supervisado realiza la historia clínica de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.
6. Se personaliza la historia clínica en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
7. Para los servicios de Hemodiálisis Hospitalarios se consideran, además, los estudios de laboratorio y gabinete referidos en los incisos del g) al m) definidos en el propósito.

ESTÁNDAR AOP.2.1
Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio hospitalario en el marco de tiempo definido por la organización.

PROPÓSITO DE AOP.2.1

La organización define para cada ámbito de atención ambulatoria hospitalaria la aplicabilidad, el alcance, la periodicidad y el contenido de la historia clínica, cuando corresponde tomando en cuenta la legislación aplicable vigente. Profesionales de la salud competentes realizan esta evaluación. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico, de acuerdo con la normatividad aplicable vigente.

Cada organización define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza la historia clínica; por ejemplo, historia clínica obstétrica, pediátrica, odontológica, psicológica, entre otras.

Elementos Medibles de AOP.2.1

1. La organización define para cada ámbito de atención ambulatoria el alcance, la periodicidad y el contenido de la historia clínica.
2. A cada paciente ambulatorio se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.
3. Se completa la historia clínica en el marco de tiempo definido por la organización.
4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.
5. Los profesionales de la salud realizan la historia clínica de acuerdo con las funciones específicas que les han asignado.
6. Se personaliza la historia clínica en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.

ESTÁNDAR AOP.3
Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

Propósito de AOP.3 ✍

Uno de los 14 elementos del proceso de evaluación inicial es la evaluación de enfermería que se lleva a cabo con el fin de comprender las necesidades del paciente identificadas por el personal de enfermería y que servirá para la planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario. Cada organización define los elementos de la evaluación de enfermería.

Esta evaluación se completa en las primeras 24 horas de internamiento en el caso de los pacientes hospitalizados y para los pacientes ambulatorios hospitalarios en el marco de tiempo definido por la organización

Esta evaluación es realizada por personal de enfermería de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.3

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de enfermería. 🗐
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte del proceso de evaluación inicial.
3. Se completa la evaluación de enfermería en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. La evaluación de enfermería para los pacientes ambulatorios hospitalarios se realiza en el marco de tiempo definido por la organización.
5. El personal de enfermería realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.
6. La evaluación de enfermería se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR AOP.4
Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión.

★ **PROPÓSITO DE AOP.4** ✍

Las lesiones en la piel por presión es uno de los importantes retos a los que se enfrentan los profesionales clínicos en la atención de los pacientes. Aunque las lesiones en la piel por presión son un problema de causa multifactorial, es conocida la relación que existe entre la aparición de una lesión y la presión que se ejerce entre una superficie de apoyo y una zona de prominencia ósea y otros factores relacionados con el cuidado asistencial.

La prevención de las lesiones en la piel por presión se basa en tres aspectos: la valoración del riesgo de desarrollarla, cuidados asistenciales específicos y manejo de la presión sobre la piel.

Las lesiones en la piel por presión son un importante problema de salud, ya que devalúan el estado de salud del paciente y pueden complicarlo, afectan a la calidad de vida de los pacientes de sus entornos de cuidado e implican un elevado consumo de recursos materiales y humanos. Por lo tanto, se realiza la evaluación del riesgo de desarrollar una lesión en la piel por presión como parte de la evaluación inicial y se reevalúa por lo menos 1 vez por turno o cuando cambia el estado fisiológico del paciente.

Elementos Medibles de AOP.4

1. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de presentar lesiones en la piel por presión en todos los pacientes hospitalizados. 🗐
2. Se ha definido una o varias herramientas para evaluar el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión, acorde a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada. 🗐

3. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y reevaluación del riesgo de presentar lesiones en la piel por presión.
4. Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión como parte del proceso de evaluación inicial.
5. Se reevalúa a los pacientes al menos cada 24 horas o cuando cambia el estado fisiológico del paciente.
6. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de presentar lesiones en la piel por presión, se implementan las medidas necesarias de acuerdo con el riesgo identificado.
7. Se educa y se involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para desarrollar lesiones en la piel por presión.
8. Se documenta en el expediente clínico el resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de presentar lesiones en la piel por presión.

ESTÁNDAR AOP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente.

➲ PROPÓSITO DE AOP.5 ✍

En todos los pacientes se evalúa intencionalmente la presencia del dolor. Esta evaluación se caracteriza por:

- Valorarse a través de una o varias herramientas acordes a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada.
- Realizarse en el primer contacto clínico del paciente con la organización.
- En pacientes hospitalizados, realizarse como parte de la evaluación inicial y, al menos, una vez por turno.
- En caso de que el paciente presente dolor es importante realizar una valoración más precisa del dolor la cual considere al menos: la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).
- Registrarse de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.

Esta evaluación es realizada por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.5

1. La organización define el uso estandarizado de una o varias herramientas para la evaluación del dolor, acorde a la población y características clínicas del paciente. 🗐
2. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto clínico del paciente con la organización.
3. En pacientes hospitalizados, se evalúa el dolor como parte de la evaluación inicial.
4. En pacientes hospitalizados, se evalúa el dolor, al menos, una vez por turno.
5. Si corresponde, se evalúa el dolor a los pacientes ambulatorios.
6. En los pacientes que presentan dolor la evaluación considera la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).
7. La evaluación se registra de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.
8. Esta evaluación la realiza el personal clínico definido por la organización de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.
9. La evaluación del dolor se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR AOP.6
Se evalúa el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa.

★ PROPÓSITO DE AOP.6 ✍

La Enfermedad Tromboembólica Venosa es la complicación en adultos que genera el mayor número de muertes prevenibles en los hospitales. Las organizaciones identifican los factores de riesgo de presentar tromboembolismo venoso en todos sus pacientes e implementen las medidas necesarias para disminuir el riesgo.

Cada organización acorde a la población y características clínicas del paciente valora a través de una o varias herramientas el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. La evaluación se realiza en todos los pacientes de manera estandarizada, en las primeras 24 horas de hospitalización como parte del proceso de evaluación inicial.

En todos los pacientes adultos que requieran de ingreso a hospitalización se evalúa intencionalmente el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa.

Esta evaluación se caracteriza por:

- Valorarse a través de una o varias herramientas específicas para determinar el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa.
- Se completa la evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en las primeras 24 horas de hospitalización, como parte de la evaluación inicial.
- Registrarse de modo tal que facilite el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.
- Esta evaluación es realizada por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.6

1. Se han definido el proceso y/o las herramientas o criterios necesarios para determinar el riesgo a desarrollar enfermedad tromboembólica venosa. 🗐
2. El riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa se evalúa a través de una o varias herramientas.
3. Se completa la evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en las primeras 24 horas de hospitalización como parte de la evaluación inicial.
4. Registrarse de modo tal que facilite el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.
5. Esta evaluación es realizada por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

ESTÁNDAR AOP.7
Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.7 ✍

Otro de los elementos del proceso de evaluación inicial es la evaluación de factores de riesgo social de cada paciente, es importante aclarar que el propósito de esta evaluación es identificar de manera oportuna situaciones de riesgo social que el equipo de salud debe de tomar en cuenta para asegurar la continuidad de la atención ya sea de forma hospitalaria o el posible manejo ambulatorio y lograr una evolución lo más satisfactoria posible. Algunos ejemplos (enunciativos, más no limitativos) de factores de riesgo social que podrían influir en la continuidad de la atención de un paciente son los siguientes:

- Nivel educativo.
- Condiciones de vivienda.
- Acceso a servicios públicos.

- accesibilidad a servicios de salud ante la presencia de un dato de alarma clínica.
- Condición socioeconómica.
- contar o no con acceso a servicios de salud (públicos o privados).
- presencia de círculo de apoyo disponible para el cuidado.
- entre otras consideraciones que la organización considere acorde a su población de pacientes.

La información social no está destinada a clasificar al paciente acorde a su nivel socioeconómico, por el contrario, tiene el propósito de conocer los factores de riesgo relacionados con el contexto social, familiar y, si corresponde, económico de cada paciente, ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo según el contexto de la población que atiende, así como las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación de factores riesgo social de cada paciente se completa en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y deben de informarse los riesgos identificados al personal de salud para tomarlos en cuenta para su manejo clínico.

Elementos Medibles de AOP.7

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo.
2. Si corresponde, se personaliza la evaluación de factores de riesgo social en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo social como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación de factores de riesgo social en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. La evaluación de factores de riesgo social se documenta en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.8
Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.8

El proceso de atención es más efectivo cuando se consideran los valores, costumbres y creencias de cada paciente, con el objetivo de tomarlos en cuenta en la medida de lo posible para adecuar la atención y respetar sus derechos.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias para identificar los factores que pudieran impactar en el proceso de atención, es decir, qué y cómo se va a interrogar para conocer estos aspectos. Es importante señalar que esta evaluación no tiene como propósito identificar la religión del paciente, si la organización considera importante adecuar algunos servicios por la religión del paciente, se puede incluir como parte de la evaluación, pero debe de complementarse con otros aspectos como costumbres o que sean de relevancia para el paciente y puedan impactar en el proceso de atención.

La evaluación de valores, costumbres y creencias de cada paciente se completa en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.8

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias.
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de valores, costumbres y creencias como parte del proceso de evaluación inicial.
3. Se completa la evaluación de valores, costumbres y creencias en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. La evaluación de valores, costumbres y creencias se documenta en el expediente clínico.
5. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.9
Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.9

Uno de los eventos centinelas de mayor impacto en las organizaciones de salud, es el suicidio del paciente Hospitalizado, por tal motivo la evaluación de riesgo psicológico de cada paciente, permite identificar factores de riesgo que permitirán asignarle el entorno más adecuado para su atención, así como la atención clínica necesaria.

Identificar el riesgo de que el paciente pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás durante su estancia hospitalaria, La evaluación tiene el propósito de identificar los factores de riesgo, ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento, además de que permitirá brindar un entorno seguro.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación para identificar los factores de riesgo acordes al contexto de la población que atiende, así como las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación de factores riesgo psicológico de cada paciente se completa en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Por lo tanto, esta evaluación no necesariamente debe ser realizada por un psiquiatra o un psicólogo.

Elementos Medibles de AOP.9

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico.
2. Si corresponde, se personaliza la evaluación de factores de riesgo psicológico en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. Al menos a cada paciente hospitalizado se le realiza una evaluación de tamizaje para identificar posibles factores de riesgo psicológico como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación de factores de riesgo psicológico en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. La evaluación de factores de riesgo psicológico se documenta en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.
7. Se implementan las medidas correspondientes de acuerdo con el riesgo de cada paciente.

ESTÁNDAR AOP.10
Se realiza una evaluación nutricional a cada paciente, como parte del proceso de evaluación inicial, y cuando se identifica riesgo, se realiza una evaluación exhaustiva.

PROPÓSITO DE AOP.10

La evaluación nutricional permite identificar a aquellos pacientes que presentan factores de riesgo nutricional que pueden impactar en el proceso de atención.

Cada organización define los criterios para identificar a los pacientes con riesgo nutricional. Estos criterios se evalúan en todos los pacientes, en las primeras 24 horas de hospitalización. En aquellos que presenten alguno o algunos de estos criterios, de acuerdo con lo definido por la organización, se les realizará una evaluación nutricional exhaustiva. Cada organización también define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación nutricional no debe limitarse exclusivamente a la determinación del índice de masa corporal, ni a la identificación de factores de desnutrición, sino a cualquier factor que impacte durante el proceso de atención acorde a las características de su población de pacientes, algunas consideraciones que las organizaciones de salud toman en cuenta mas no son limitativas son la presencia o no de padecimientos que impliquen un alto gasto metabólico, hospitalización prolongada, restricciones para la deglución, ciertos padecimientos oncológicos, dentro otros factores de riesgo que nos permitan anticiparse y tomar medidas enfocadas a ese riesgo nutricional identificado.

La evaluación de criterios de riesgo nutricional se realiza por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Por lo tanto, esta evaluación no necesariamente debe ser realizada por un nutriólogo o un endocrinólogo.

Elementos Medibles de AOP.10

1. La organización define los criterios de riesgo nutricional.
2. Si corresponde, se personalizan los criterios de riesgo nutricional en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación nutricional como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se completa la evaluación nutricional en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. Se realiza una evaluación nutricional exhaustiva a los pacientes con riesgo nutricional acorde a lo definido por la organización.
6. Las evaluaciones se documentan en el expediente clínico.
7. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.11
Se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, como parte del proceso de evaluación inicial.

PROPÓSITO DE AOP.11

Derivado de la ejecución de los procesos que conforman la valoración inicial y el resto de los procesos de valoración del paciente Hospitalizado se logran identificar situaciones clínicas de relevancia para el paciente y que probablemente no estén directamente ligadas al padecimiento por el que acude a recibir atención médica. Por tal motivo la organización identifica la necesidad de realizar otro tipo de evaluaciones especializadas ante estos hallazgos clínicos que se detectan durante la hospitalización del paciente.

Cuando se identifica la necesidad de realizar evaluaciones especializadas, la organización diseña procesos para llevarlas a cabo durante el internamiento del paciente o generando mecanismos de referencia para que puedan realizarse en servicios ambulatorios u otro nivel de atención.

La organización podrá definir los momentos o procesos de la evaluación inicial en los cuales se encontrarán estas necesidades, ya sea por ejemplo, desde la historia clínica, evaluación de enfermería o donde la organización así lo determine

Elementos Medibles de AOP.11

1. La organización define la forma en que será identificada la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, así como el o los procesos de la evaluación inicial donde se encontrará.
2. Se identifica a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales como resultado de la evaluación inicial.
3. En los pacientes identificados, se realizan las acciones definidas por la organización (informar, derivar, referir o solicitar una interconsulta, entre otros).

ESTÁNDAR AOP.12
El proceso de evaluación inicial incluye criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).

PROPÓSITO DE AOP.12

A todos los pacientes se les planifica el alta con el propósito de garantizar la continuidad de la atención. Durante el proceso de evaluación inicial se identifica a aquellos pacientes quienes necesitarán requerimientos especiales a su egreso, por lo cual en estos pacientes la planeación del alta debe empezar en las primeras 24 horas.
A partir de un análisis multidisciplinario del contexto de la población que se atiende en cada organización, se definen criterios o características que se buscarán de manera intencionada en cada paciente, con el fin de determinar qué pacientes requieren la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas), para anticiparse a los requerimientos de estos pacientes a su egreso. Cada organización también define las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

Estos criterios o características se evalúan de manera intencionada a todos los pacientes, en las primeras 24 horas de hospitalización, por personal clínico de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Cuando un paciente presenta el(los) criterio(s) o la(s) característica(s) definida(s), se llevarán a cabo las acciones orientadas a iniciar la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas). Por ejemplo, educación especial, gestión de equipo o transporte, procesos administrativos que requieran tiempo, entre otros.

Elementos Medibles de AOP.12

1. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes que requieren la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).
2. Si corresponde, se personalizan los criterios o características en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.
3. En cada paciente se evalúan de manera intencionada los criterios o características definidas por la organización como parte del proceso de evaluación inicial.
4. Se identifica a estos pacientes en las primeras 24 horas de hospitalización.
5. En los pacientes identificados, se realizan las acciones orientadas a planear el alta dentro de las primeras 24 horas.
6. El personal clínico busca de manera intencionada estos criterios o características de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.13
El proceso de evaluación inicial considera revaluar al paciente.

PROPÓSITO DE AOP.13

Revaluar al paciente por parte de todos los integrantes del equipo de atención es fundamental para comprender si las decisiones de atención son adecuadas y efectivas. Con excepción de la evaluación del dolor (COP) y la evaluación del riesgo de caída (MISP 6), que deben evaluarse desde el primer contacto clínico, una vez por turno y de acuerdo con las necesidades del paciente; cada organización define si alguno de los otros elementos del proceso de evaluación inicial se debe revaluar, los intervalos del tiempo y el personal clínico que las llevará a cabo acorde a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.13

1. Se ha definido qué elementos del proceso de evaluación inicial deben reevaluarse.
2. Se ha establecido el intervalo de tiempo para reevaluar los elementos definidos por la organización.
3. Se ha definido el personal clínico que reevaluará al paciente.
4. Se revalúa el (los) elemento(s) definido(s) en el proceso de evaluación inicial.
5. Los elementos definidos se revalúan en el tiempo establecido por la organización.
6. El personal clínico reevalúa de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.

ESTÁNDAR AOP.14
El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y de los elementos que se revalúan.

ESTÁNDAR AOP.14.1
Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia.

PROPÓSITO DE AOP.14 Y AOP.14.1

La información derivada del proceso de evaluación fuera y dentro de la organización, en diferentes departamentos y servicios, resultados de exámenes u otros datos, se incluyen y/o documentan en el expediente clínico. Un paciente será más beneficiado cuando el personal responsable trabaje en equipo de manera multidisciplinaria para analizar los hallazgos de las evaluaciones e integre esta información del estado de salud del paciente. A partir de esta colaboración, se identifican las necesidades del paciente, se establece el orden de importancia de las mismas y se toman decisiones respecto a la atención. La integración de los hallazgos en este momento facilitará la coordinación para la atención.

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

La organización acorde a su capacidad de atención debe definir criterios que le permitan la identificación de pacientes que puede brindarles atención, por ejemplo, un paciente con necesidades de atención complejas, pudiera ser derivado o trasladado a otro nivel de atención.
El paciente y su familia se integran debidamente en el proceso de decisión al informarles sobre los resultados de las evaluaciones, diagnósticos y la planeación de la atención.

Elementos Medibles de AOP.14

1. La organización define los criterios para determinar a qué pacientes puede brindarles la atención.
2. Se analizan e integran los datos e información derivados del proceso de evaluación del paciente.
3. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.
4. En el proceso participa el equipo multidisciplinario de atención del paciente.
5. Se deriva o traslada a aquellos pacientes a los cuales no se les puede brindar la atención.

Elementos Medibles de AOP.14.1

1. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados del proceso de evaluación inicial.
2. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planeados, y ellos participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Assessment of Patients

SAD

DIAGNÓSTICO

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
SAD – DIAGNÓSTICO
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	SERVICIOS DE LABORATORIO		
SAD.1	Los Servicios de Laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.		
SAD.1.1	Se han implementado procesos de Seguridad en el Laboratorio		✍
SAD.1.2	La realización de los análisis y la interpretación de los resultados se llevan a cabo por personal competente		
SAD.1.3	Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de manera oportuna	➲	✍
SAD.1.3.1	Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de tal manera que se reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos	➲	
SAD.1.4	Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Laboratorio		✍
SAD.1.5	Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio están disponibles		
SAD.1.6	Se han definido procesos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras		✍
SAD.1.7	Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan rangos o parámetros de referencia		
SAD.1.8	Un profesional competente es responsable de la gestión los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.9	Se han implementado procesos de Control de Calidad dentro de los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.9.1	Se han implementado procesos de Control de Calidad externo		
SAD.1.10	La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario		
	SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN		
SAD.2	Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente		
SAD.2.1	Se han implementado procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen		✍
SAD.2.2	Se han implementado Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen	➲	✍
SAD.2.3	La realización de los estudios de radiología e imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal competente		
SAD.2.4	Los resultados de los estudios de radiología e imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define la organización	➲	✍

SAD.2.5	Los resultados de radiología e imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente	➲	
SAD.2.6	Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Radiología e Imagen		✍
SAD.2.7	Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen están disponibles		
SAD.2.8	La gestión de los Servicios de Radiología e Imagen se lleva a cabo por un profesional competente		
SAD.2.9	Se ha implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo		
SAD.2.10	La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario		

SERVICIOS DE LABORATORIO

ESTÁNDAR SAD.1
Los Servicios de Laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SAD.1

El establecimiento cuenta con servicios propios y/o subrogados de laboratorio que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con la legislación aplicable vigente.

Dentro de los Servicios de Laboratorio se incluye el Banco de Sangre, laboratorios de patología, microbiología, genética, inmunohistoquímica, entre otros.

Los Servicios de Laboratorio deben contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento las 24 horas de los 365 días del año para coadyuvar al proceso de evaluación y atención de los pacientes, en especial las situaciones de urgencia.

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

- Sean accesibles para el paciente
- Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
- Cumplan con la legislación aplicable vigente

Para cada servicio subrogado de laboratorio, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio.
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, por ejemplo, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos, competencias de su personal o medidas para la prevención de infecciones.
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva si corresponde, marcaje de sitio correcto si corresponde y reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de SAD.1

1. Los Servicios de Laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud.
3. Hay Servicios de Laboratorio para casos de urgencia.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluyan los incisos del a) a el d) definidos en el propósito.
6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR SAD.1.1
Se han implementado procesos de Seguridad en el Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.1 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio cuentan con procesos de Seguridad acorde a los riesgos y problemas que se encuentran en ellos. Los procesos se ocupan de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. Los procesos se alinean al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, al Sistema de Prevención y Control de Infecciones, al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.

Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que incluyen al menos la definición de lo siguiente:

- Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
- Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
- Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.
- Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
- Aplicación del programa de control interno de calidad para todos los estudios que se realizan que incluya la etapa preanalítica, analítica y postanalítica.
- Participar en al menos un programa de control externo de calidad de acuerdo con las pruebas que realizan.

Para la integración e implementación del programa se considera lo siguiente:

- La planeación con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
- La implementación de procesos seguros.
- La capacitación del personal.
- La monitorización de los procesos.
- La realización de las pruebas de control interno de calidad para los estudios que se realizan.
- Participar en un programa de capacitación externa que incluye los estudios que se realizan.
- La supervisión integral de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.1.1

1. Se han implementado procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente: 🗐
   1.1. Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
   1.2. Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
   1.3. Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.
   1.4. Aplicación de las pruebas.
   1.5. Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
2. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.
3. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
4. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
5. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
6. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.
7. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a lo definido en los procesos.

8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
9. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe capacitación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

ESTÁNDAR SAD.1.2
La realización de los análisis y la interpretación de los resultados se llevan a cabo por personal competente.

PROPÓSITO DE SAD.1.2

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización identifica qué miembros del personal de los Servicios de Laboratorio realizan los análisis y quiénes los dirigen y/o los supervisan. Dicha información se plasma en la descripción de funciones y se integra a la evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia. Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar análisis sin demora, durante todas las horas de funcionamiento y para situaciones de urgencia.

Elementos Medibles de SAD.1.2

1. Se identifica al personal que realiza los análisis y al que los dirige o supervisa.
2. Los análisis son realizados por personal con las competencias necesarias.
3. Los análisis son interpretados por el personal con las competencias necesarias.
4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
5. El personal de supervisión cuenta con las competencias necesarias.

ESTÁNDAR SAD.1.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de manera oportuna.

➲ PROPÓSITO DE SAD.1.3 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de las condiciones y entrega del servicio.

La organización define el lapso para informar los resultados de los análisis de laboratorio. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Los resultados de los análisis urgentes, por ejemplo, de los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos, obtienen especial atención durante su proceso de planeación y control. Los resultados de los análisis se documentan en un reporte que incluye los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

Además, cuando los Servicios de Laboratorio son subrogados los informes también deberán ser puntuales.

Elementos Medibles de SAD.1.3

1. La organización ha definido el tiempo esperado para los resultados. 🗐
2. Se monitoriza la puntualidad del informe de los análisis urgentes.
3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

ESTÁNDAR SAD.1.3.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de tal manera que se reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

➲ PROPÓSITO DE SAD.1.3.1

Este Estándar se implementa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes, las muestras biológicas (contenedores) y los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional del Paciente número 1 (MISP.1).

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

Elementos Medibles de SAD.1.3.1

1. Las solicitudes para realizar análisis de laboratorio contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
3. Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.
4. Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

ESTÁNDAR SAD.1.4
Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.4 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

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

La organización implementa un Programa de Gestión del equipo Biomédico en los Servicios de Laboratorio que incluye, al menos, los siguientes procesos como parte del mismo:

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

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).

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

Elementos Medibles de SAD.1.4

1. Se ha definido un Programa de Gestión del equipo Biomédico en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito.
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).
3. El programa está implementado en todos los Servicios de Laboratorio.
4. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

ESTÁNDAR SAD.1.5
Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio están disponibles.

PROPÓSITO DE SAD.1.5

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar de manera regular los Servicios de Laboratorio a sus pacientes. Se ha definido un proceso para asegurar la provisión de aquellos reactivos esenciales y demás suministros. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de todos los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados. Se define cómo se deberán etiquetar los reactivos y las soluciones de forma completa y precisa.

Elementos Medibles de SAD.1.5

1. La organización ha definido un proceso para que estén disponibles los suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio.
2. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.
3. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
4. Todos los reactivos se guardan y se dispensan acorde a los procesos definidos por la organización.
5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.
6. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa acorde a lo definido por la organización.

ESTÁNDAR SAD.1.6
Se han definido procesos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.

PROPÓSITO DE SAD.1.6

La organización define e implementa los siguientes procesos, sean sus Servicios de Laboratorio propios o subrogados:

- Solicitud de los análisis de laboratorio;
- Recolección e identificación de muestras;
- Transportar, almacenar y preservar las muestras;
- Recibir, ingresar al sistema y rastrear las muestras.

Estos procedimientos también se llevan a cabo en el caso de las muestras enviadas y/o recolectadas por servicios subrogados, por lo cual, la organización puede considerarlos en las especificaciones de calidad como parte de las condiciones y entrega del servicio.

Elementos Medibles de SAD.1.6

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

ESTÁNDAR SAD.1.7
Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan rangos o parámetros de referencia.

PROPÓSITO DE SAD.1.7

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio propios o subrogados establecen valores de referencia o rangos “normales” para cada análisis realizado. El rango se incluye en los informes de resultados correspondientes. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y situación demográfica del establecimiento, se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos Medibles de SAD.1.7

1. Se han establecido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.
2. Los rangos o parámetros se incluyen en el informe de resultados del análisis realizado.
3. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

ESTÁNDAR SAD.1.8
Un profesional competente es responsable de la gestión los Servicios de Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.8

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias necesarias acorde a la legislación aplicable vigente. Esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones y de los servicios que se prestan dentro y fuera del laboratorio, por ejemplo: los análisis realizados en la cama del paciente (análisis en el lugar de la atención). La supervisión de los servicios fuera del laboratorio incluye garantizar procesos consistentes con los del establecimiento, como implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, implementación de los sistemas críticos correspondientes, capacitación, administración de suministros, etc. La supervisión diaria continúa siendo responsabilidad de los líderes del departamento en el que se realiza el análisis.

Las funciones del responsable del laboratorio incluyen:

- La definición, implementación y actualización de procesos.
- La supervisión administrativa.
- El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
- La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
- La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- La recomendación de subrogar Servicios de Laboratorio.
- El control y la revisión de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.1.8

1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional competente.
2. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Laboratorio incluyen:
   2.1. La elaboración, implementación y actualización de procesos.
   2.2. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
   2.3. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
   2.4. La supervisión administrativa.
   2.5. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
   2.6. La recomendación de subrogar servicios de laboratorio.
   2.7. El control y la revisión de todos los servicios de laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento.
3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

ESTÁNDAR SAD.1.9
Se han implementado procesos de Control de Calidad dentro de los Servicios de Laboratorio.

ESTÁNDAR SAD.1.9.1
Se han implementado procesos de Control de Calidad externo.

PROPÓSITO DE SAD.1.9 Y SAD.1.9.1

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los sistemas de Control de Calidad son esenciales para proporcionar excelentes Servicios de Laboratorio. El control de calidad incluye:

- La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
- La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
- La aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
- La prueba de los reactivos.
- La documentación de resultados y medidas correctivas.

El Control de Calidad externo determina cómo se comparan los resultados de un laboratorio con otros que emplean las mismas metodologías. Dichas pruebas pueden identificar problemas de desempeño que no se reconocen mediante mecanismos internos. De este modo, el laboratorio deberá participar en un programa aprobado de Control de Calidad, cuando esté disponible en el mercado. En forma alternativa, cuando no hay programas aprobados disponibles, el laboratorio intercambia muestras con un laboratorio de otra organización, a fin de realizar pruebas de comparación (estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio. Los programas de Control de Calidad Externo (ensayo de aptitud), o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los laboratorios de especialidades cuando estén disponibles (por ejemplo, toxicología, citogenética, inmunogenética, biología molecular, etc.).

Elementos Medibles de SAD.1.9

1. Se ha implementado un programa de Control de Calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
   1.1. La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
   1.2. La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
   1.3. Una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
   1.4. La prueba de los reactivos.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas.

Elementos Medibles de SAD.1.9.1

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

ESTÁNDAR SAD.1.10
La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

PROPÓSITO DE SAD.1.10

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

Elementos Medibles de SAD.1.10

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

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

ESTÁNDAR SAD.2
Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SAD.2

El establecimiento cuenta con Servicios de Radiología e Imagen propios y/o subrogados que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con los Estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes.

Dentro de los Servicios de Radiología e Imagen se incluye medicina nuclear, radioterapia oncológica y cateterismo cardiaco.

Los Servicios subrogados de Radiología e Imagen por imagen:

- Son accesibles para el paciente
- Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables
- Cumplen con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado de radiología e imagen, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio.
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, en el manejo y uso de los medicamentos, la prevención y control de infecciones, la gestión y seguridad de las instalaciones y las competencias y capacitación del personal.
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva en manejo de información verbal, la seguridad en el manejo de medicación si se utilizan radiofármacos, los protocolos de seguridad en los procedimientos si se realiza cateterismo cardiaco, la reducción del riesgo de infecciones y del riesgo de caídas.

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Como parte del trato de la información sensible del paciente, este debe estar enterado cuando está es enviada a un servicio subrogado para interpretación y al menos cual es el alcance de la relación entre ambos.

Elementos Medibles de SAD.2

1. Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, cumplen la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Radiología e Imagen para casos de urgencia.
3. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluya los incisos del a) a el d) definidos en el propósito.
6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.
8. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico y los servicios subrogados de radiología e imagen.

ESTÁNDAR SAD.2.1
Se han implementado procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen.

PROPÓSITO DE SAD.2.1 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización ha definido los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, medicina nuclear, radioterapia oncológica, fluoroscopía (como el cateterismo cardiaco). Los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen es consistente con los riesgos y problemas identificados en la organización. Los procesos se ocupan de las prácticas de protección y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes. Los procesos se alinean al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.

Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que incluyen al menos la definición de lo siguiente:

a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas, los riesgos y los peligros identificados.
b) Orientación y/o capacitación de todo el personal en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.
c) Seguimiento al personal ocupacionalmente expuesto.
d) Manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos (cuando así aplique).

Para la integración e implementación del programa se considera lo siguiente:

- La planeación con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
- La implementación de procesos seguros.
- La capacitación del personal.
- La monitorización del personal ocupacionalmente expuesto
- La supervisión integral de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.2.1

1. Se han definido procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito. 🗐
2. Los Procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen están implementados.
3. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.
4. Se monitorizan los procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen.
5. Se supervisan los procesos de Seguridad Radiológica en todos los Servicios de Radiología e Imagen.
6. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
7. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas que se llevan a cabo y acorde a los riesgos y peligros identificados.
8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
9. La manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos se realiza conforme a lo definido en el proceso (cuando así aplique).

ESTÁNDAR SAD.2.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se han implementado Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen.

➲ PROPÓSITO DE SAD.2.2 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

La organización define e implementa procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen (propios y/o subrogados), que incluyen, al menos, los siguientes puntos:

- La integración en los procesos con lo definido en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, principalmente con la identificación del paciente (MISP.1) y prevención del riesgo de caídas (MISP.6).
- El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
- La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados y tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Elementos Medibles de SAD.2.2

1. Se han definido procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. 🗐
2. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen.
3. Los procesos se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que así apliquen.
4. Se ha definido el proceso a seguir para el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
5. Los procesos incluyen la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.
6. Los procesos están implementados en los servicios subrogados.

ESTÁNDAR SAD.2.3
La realización de los estudios de radiología e imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal competente.

PROPÓSITO DE SAD.2.3

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización identifica qué personal de los Servicios de Radiología e Imagen realiza los estudios, interpreta los resultados o verifica e informa los resultados, así como los que dirigen o supervisan los procesos; dicha información se plasma en la descripción de funciones y se integra a la evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia, destrezas y con orientación en lo que se refiere a su trabajo. El personal técnico realiza tareas que concuerdan con su capacitación y experiencia. El establecimiento cuenta con suficiente personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y proporcionar servicios todas las horas de funcionamiento, incluyendo las urgencias.

Elementos Medibles de SAD.2.3

1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.
2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen está a cargo de personal competente.
3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal competente.

4. El personal adecuado verifica e informa los resultados de los estudios.
5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
6. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.

ESTÁNDAR SAD.2.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de los estudios de radiología e imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define la organización.

➲ PROPÓSITO DE SAD.2.4

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de las condiciones y entrega del servicio.

La organización define el lapso para informar los resultados de los estudios de radiología e imagen de acuerdo con las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico, incluidos los estudios solicitados en casos de urgencia. Los servicios de urgencias, quirófano y unidades de cuidados intensivos obtienen especial atención durante su proceso de planeación y control. Los estudios de radiología e imagen realizados por servicios subrogados, se informan de conformidad con lo definido por la organización (especificaciones de calidad).

Elementos Medibles de SAD.2.4

1. La organización ha definido el marco de tiempo para informar resultados.
2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes.
3. Los resultados de radiología e imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. Los resultados de los estudios de radiología e imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

ESTÁNDAR SAD.2.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de radiología e imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente.

➲ PROPÓSITO DE SAD.2.5

Este Estándar se implementa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes y los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1 (MISP.1).

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

Elementos Medibles de SAD.2.5

1. Las solicitudes para realizar estudios de radiología e imagen contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación establecidos por la organización.
3. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar

ESTÁNDAR SAD.2.6
Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Radiología e Imagen.

PROPÓSITO DE SAD.2.6 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

El personal de los Servicios de Radiología e Imagen trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.

La organización implementa un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los siguientes procesos como parte del mismo:

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

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo de los Servicios de Radiología e Imagen y su historia de servicio está documentada.

Elementos Medibles de SAD.2.6

1. Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que, al menos, incluye los incisos del a) al g) definidos en el propósito. 🗐
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).
3. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

ESTÁNDAR SAD.2.7
Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen están disponibles.

PROPÓSITO DE SAD.2.7 ✍

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

La organización ha identificado los insumos necesarios para proporcionar Servicios de Radiología e Imagen a sus pacientes. Se encuentra implementado un proceso para asegurar la provisión de estos insumos. Todos los insumos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de los reactivos (cuando corresponde) asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos Medibles de SAD.2.7

1. La organización ha definido un proceso para el suministro de los insumos necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen.
2. Los insumos esenciales para prestar Servicios de Radiología e Imagen están identificados.
3. Los insumos esenciales están disponibles.
4. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según lo definido por la organización.
5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
6. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.

ESTÁNDAR SAD.2.8
La gestión de los Servicios de Radiología e Imagen se lleva a cabo por un profesional competente.

PROPÓSITO DE SAD.2.8

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Radiología e Imagen se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias adecuadas acorde a la legislación aplicable vigente. Dicho personal asume la responsabilidad de las instalaciones y de los servicios proporcionados.

Cuando esta persona responde una consulta clínica o emite una opinión médica, deberá ser un médico radiólogo acorde a la legislación aplicable vigente. Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, estarán bajo la dirección de personal debidamente calificado.

Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen incluyen:

- La elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos;
- La supervisión administrativa.
- El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el Servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
- La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
- La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- La recomendación de Servicios subrogados de Radiología e Imagen.
- El control y revisión de todos los Servicios de Radiología e Imagen.

Elementos Medibles de SAD.2.8

1. Los Servicios de Radiología e Imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con la legislación aplicable vigente.
2. El responsable del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen tiene las funciones siguientes:
   2.1. La elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.
   2.2. La supervisión administrativa.
   2.3. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
   2.4. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
   2.5. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
   2.6. La recomendación de servicios subrogados de radiología e imagen.
   2.7. El control y la revisión de los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados.
3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

ESTÁNDAR SAD.2.9
Se ha implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo.

PROPÓSITO DE SAD.2.9

Este Estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Cada organización define e implementa acorde a sus recursos y a los Servicios de Radiología e Imagen que brinda un Programa de Control de Calidad interno y externo para validar sus procesos.
El Programa está implementado.

Elementos Medibles de SAD.2.9

1. Se ha definido un Programa de Control de Calidad interno y externo para los Servicios de Radiología e Imagen.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas.

ESTÁNDAR SAD.2.10
La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

PROPÓSITO DE SAD.2.10

El establecimiento cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, entre otros y se pone en contacto con ellos cuando es necesario.
La lista de expertos se encuentra actualizada.

Elementos Medibles de SAD.2.10

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

ATENCIÓN DE PACIENTES

Care of Patients

COP

ATENCIÓN

ATENCIÓN DE PACIENTES
COP – ATENCIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES		
COP.0	La organización implementa procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de salud en México		
COP.1	La atención uniforme de todos los pacientes es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente		
COP.2	Se integra y coordina la atención que se brinda a cada paciente		
COP.2.1	Se planea la atención que se brinda a cada paciente		
COP.2.2	Se documentan las indicaciones acordes a lo definido por la organización	➲	✍
COP.2.3	Los procedimientos y tratamientos realizados se documentan en el expediente clínico		
	NUTRICIÓN		
COP.3	Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades		✍
	ATENCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR		
COP.4	Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor		✍
	ATENCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS		
COP.5	La organización brinda atención adecuada a las pacientes obstétricas	➲	✍
COP.5.1	La organización brinda atención adecuada a las pacientes con urgencia obstétrica	➲	✍
	PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL CON CUIDADOS PALIATIVOS		
COP.6	La organización brinda atención adecuada a los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos		✍
	CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS		
COP.7	La organización define un programa o proceso que guíe de cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas		✍
	TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS		
COP.8	La organización define un proceso para pacientes hospitalizados que requieren hemodiálisis	➲	✍
COP.8.1	La organización define un proceso para pacientes ambulatorios crónicos que requieren ser integrados a un programa de hemodiálisis	➲	✍
	DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
COP.9	La organización define un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos	➲	✍
COP.9.1	La organización respalda la decisión del paciente y su familia para la donación de órganos y tejidos	➲	
	ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO		
COP.10	La organización planifica la atención de sus pacientes de riesgo o servicios de riesgo		✍
COP.10.1	La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes	➲	✍

COP.10.2	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma		✍
COP.10.3	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con soporte vital		✍
COP.10.4	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas	➲	✍
COP.10.5	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos	➲	✍
COP.10.6	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con diálisis peritoneal	➲	✍
COP.10.7	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren contención física, mediante sujeción		✍
COP.10.8	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se les administra quimioterapia	➲	✍
COP.10.9	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales	➲	✍
COP.10.10	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.	➲	✍
COP.10.11	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren manejo avanzado de vía aérea difícil	➲	✍
	PACIENTES CON CAMBIOS REPENTINOS EN EL ESTADO CLÍNICO		
COP.11	La organización define el proceso para identificar y actuar de manera oportuna ante los cambios repentinos en el estado clínico del paciente		✍
	PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA O QUE REQUIEREN REANIMACIÓN		
COP.12	Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia	➲	✍
COP.12.1	Se ha definido un proceso que guía la reanimación	➲	✍
	PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN		
COP.13	Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión		✍
	PACIENTES DONDE SE UTILIZAN LÁSERES Y OTROS DISPOSITIVOS DE RADIACIÓN ÓPTICA		
COP.14	La organización establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación óptica utilizados para realizar procedimientos y tratamientos		✍

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES

ESTÁNDAR COP.0
La organización implementa procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de salud en México.

PROPÓSITO DE COP.0

Los programas prioritarios de salud en México han sido diseñados para atender y obtener mejores resultados en salud pública; son congruentes con los compromisos y objetivos a nivel internacional, abatir la morbilidad y mortalidad de los grupos vulnerables. Es indispensable en las organizaciones una planeación, seguimiento y control puntuales que dé como resultado procesos de atención estandarizados con enfoque multidisciplinario, basados en evidencia científica, mejores prácticas nacionales e internacionales y acordes a la legislación aplicable vigente; que correspondan a una atención integral de salud pública. Para ello es imperante la capacitación a todo el personal involucrado en la atención de estos pacientes.

Elementos Medibles de COP.0
1. La organización define sus procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de Salud en México y su contexto.
2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guías de práctica clínica y legislación aplicable vigente.
3. Se ha capacitado al personal de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre procesos de atención de pacientes de acuerdo con los programas prioritarios de Salud en México.
4. Se realizan actividades de prevención de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre los programas prioritarios de Salud en México.
5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR COP.1
La atención uniforme de todos los pacientes es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE COP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la organización. A fin de llevar a cabo el principio de “un único nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente.

La atención que se brinda a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios en una misma organización, debe planificarse y guiarse por procesos estandarizados con enfoque multidisciplinario que respeten la legislación aplicable vigente con el fin de otorgar una atención uniforme. Los líderes aseguran que se brinde el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:
- La atención y el tratamiento adecuado no dependen de la condición social ni económica del paciente.
- La atención y el tratamiento adecuado, brindados por personal competente, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
- El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
- Los pacientes con las mismas necesidades de atención reciben niveles comparables de calidad en toda la organización.

Una atención estandarizada da como resultado el uso eficiente de los recursos, y permite disminuir los riesgos durante el proceso cuando se presta un mismo tipo de atención a través de toda la organización; por ejemplo, se podrán observar los mismos cuidados de un paciente adulto mayor en urgencias, quirófano y hospitalización o los mismos niveles de calidad de la atención para un paciente pediátrico a quién se le administra sangre o hemocomponentes en cualquier área o servicio de la organización.

Elementos Medibles de COP.1

1. Los líderes de la organización colaboran para definir procesos estandarizados con un mismo nivel de calidad de la atención.
2. Los procesos se definen acorde a la legislación aplicable vigente.
3. La atención se plantea con enfoque multidisciplinario.
4. La atención se proporciona de la siguiente manera:
   4.1. No depende de la condición social ni económica del paciente.
   4.2. No depende del día de la semana ni de la hora del día.
   4.3. Acorde al estado clínico del paciente con los recursos apropiados.
   4.4. Con un mismo nivel de calidad a los pacientes con las mismas necesidades.

ESTÁNDAR COP.2
Se integra y coordina la atención que se brinda a cada paciente.

PROPÓSITO DE COP.2

El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a diferente personal clínico y múltiples áreas, departamentos o servicios de la organización.

La integración y coordinación de las actividades de atención del paciente son objetivos que resultan en procesos de atención eficientes, un uso más efectivo de los recursos, y la probabilidad de obtener mejores resultados para el paciente. Los líderes emplean herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención de sus pacientes, principalmente cuando tienen necesidades complejas; por ejemplo, sesiones de revisión de casos clínicos por un equipo multidisciplinario, entre otros.

Elementos Medibles de COP.2

1. La planeación de la atención está integrada y coordinada entre todas las áreas, departamentos y servicios.
2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de las sesiones multidisciplinarias se documentan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR COP.2.1
Se planea la atención que se brinda a cada paciente.

PROPÓSITO DE COP.2.1

El proceso de atención al paciente se planea cuidadosamente a fin de lograr resultados óptimos. La planeación se basa en los resultados del proceso de evaluación inicial (AOP), y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico y sus reevaluaciones para determinar y priorizar los cuidados, tratamientos y procedimientos para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y su familia participan de manera activa en el proceso de planeación y la toma de decisiones. (PFR).

La atención se planea de manera oportuna y se actualiza basándose en las reevaluaciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención del paciente. Debe estar relacionada con las necesidades del paciente, las cuales pueden cambiar, como resultado de mejoras clínicas, nueva información proveniente de una revaluación de rutina (por ejemplo: resultados anormales de análisis de laboratorio o radiografías) o pueden ser evidentes ante un cambio repentino en el estado del paciente (por ejemplo, pérdida del conocimiento).

La evaluación de la atención brindada a los pacientes por parte del personal médico es fundamental para identificar necesidades del paciente y su respuesta al tratamiento y debe ser realizada por lo menos una vez al día, durante toda su estancia. Esta evaluación de la atención no debe ser confundida con la Evaluación Inicial (AOP) la cual su objetivo principal es identificar necesidades y factores de riesgo específicos desde el primer contacto.

Existen ciertos grupos de pacientes que por su condición clínica requieren de una evaluaciones más frecuentes (por ejemplo, pacientes en unidades de cuidados intensivos, pacientes en trabajo de parto, entre otros) así mismo, también existen pacientes en los que la evaluación de la atención pudiera realizarse con más de un día de intervalo (por ejemplo: pacientes psiquiátricos), por lo tanto la organización define, acorde a su contexto y con enfoque multidisciplinario, la frecuencia con que se realizarán las evaluaciones por parte del personal médico, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

Las evaluaciones y atención brindada a cada paciente se deben documentar en el expediente clínico, ya que este es una herramienta de comunicación que facilita y refleja la integración y la coordinación de la atención.

Elementos Medibles de COP.2.1

1. Se planea la atención de cada paciente de manera oportuna.
2. La atención planeada está basada en los resultados del proceso de evaluación inicial, y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico.
3. La organización define la frecuencia con la que se realizarán las evaluaciones por parte del personal médico, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.
4. Se realizan las evaluaciones de la atención con la frecuencia definida por la organización.
5. Las evaluaciones de la atención se documentan en el expediente clínico del paciente.
6. La atención se actualiza o se revisa, según sea adecuado, basándose en las reevaluaciones del paciente.
7. Se brinda la atención planeada.
8. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados de su atención y tratamiento.

ESTÁNDAR COP.2.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se documentan las indicaciones acordes a lo definido por la organización.

➲ PROPÓSITO DE COP.2.2 ✍

Las actividades de atención al paciente incluyen indicaciones, por ejemplo, para estudios de apoyo al diagnóstico, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Personal clínico con las competencias necesarias, será quien ordene los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. La emisión de las indicaciones se puede realizar de manera manual en formatos específicos o a través de sistemas electrónicos.

La ubicación de las indicaciones en un lugar uniforme facilita el acceso oportuno y que las mismas se lleven a cabo. Las indicaciones por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de ésta, como es el qué, quién, cuándo y cómo se deben realizar. La integración al expediente clínico se realiza de forma periódica o en el momento del alta, lo importante es que siempre se encuentren accesibles para el personal involucrado en la atención del paciente.

La organización define, mediante un análisis multidisciplinario, un proceso en el cual se describe cómo se van a emitir e integrar todas las indicaciones de forma segura, incluyendo, al menos, lo siguiente:

a) Quién está autorizado a emitir indicaciones.
b) Dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico.
c) Qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente.
d) Las acciones por seguir en caso de indicaciones ilegibles, confusas o incompletas.
e) Si corresponde, cualquier excepción o consideración especial, por ejemplo, indicaciones en situación de urgencia (MISP 2), entre otras.

Elementos Medibles de COP.2.2

1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos los incisos del a) al e) definidos en el propósito.
2. Las indicaciones se realizan de acuerdo con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR COP.2.3
Los procedimientos y tratamientos realizados se documentan en el expediente clínico.

PROPÓSITO DE COP.2.3

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados, junto con sus resultados, se documentan en el expediente clínico del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopías, cateterismos cardiacos y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivos y no invasivos.

Elementos Medibles de COP.2.3

1. Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.
2. Los resultados de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.

NUTRICIÓN

ESTÁNDAR COP.3
Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades.

PROPÓSITO DE COP.3 ✍

La nutrición adecuada es importante para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Hay alimentos adecuados para la edad, preferencias culturales y alimenticias del paciente, éstos deben estar disponibles de manera regular. El paciente participa en la planeación y selección de alimentos, y la familia del paciente podrá, cuando sea adecuado, participar en el suministro de alimentos, en forma coherente con su cultura, religión y demás tradiciones y prácticas. Tomando en cuenta la evaluación inicial (AOP) y, si corresponde la evaluación nutricional exhaustiva, así como las necesidades y el plan de atención del paciente, personal clínico calificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente.

El paciente participa en la planificación y selección de los alimentos. Cuando sea posible, se ofrece a los pacientes una variedad de opciones de alimentos coherentes con su estado nutricional y/o prescripción médica.

Cuando la familia u otras personas suministren alimentos al paciente, habrán sido educados respecto a los alimentos contraindicados conforme a las necesidades y planes de atención del paciente, incluso con información sobre todo medicamento asociado a interacciones con alimentos.

Durante el proceso de atención nutricional se pueden cometer errores desde la indicación de la dieta para el paciente, al solicitar los alimentos al área o servicio de nutrición, al momento de prepararlos o durante la dotación de la dieta, por lo tanto y con el fin de prevenirlos, la organización define un proceso seguro para cubrir las necesidades nutricionales acorde a las características clínicas y preferencias del paciente, este proceso incluye al menos:

a) La planificación de las necesidades nutricionales desde la evaluación inicial y, si corresponde, la evaluación nutricional exhaustiva (AOP).
b) La correcta identificación del paciente en la dotación de alimentos (MISP.1).
c) Identificación de errores en las indicaciones sobre alimentación/nutrición.
d) Cuando se trate de un servicio subrogado considerar especificaciones de calidad (GLD.5.5).
e) Cuando la familia o algún otro acompañante suministren alimentos, definir la forma en que deberá llevarse a cabo la educación al respecto (PFE).

Elementos Medibles de COP.3

1. La organización ha definido un proceso para brindar una nutrición acorde al estado y necesidades del paciente que incluye al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. 🗐
2. Los alimentos o la nutrición adecuada para el paciente están disponibles.
3. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.
4. La indicación se basa en el estado de salud y las necesidades nutricionales del paciente.
5. Se brindan los alimentos acordes a lo definido por la organización.
6. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR

ESTÁNDAR COP.4
Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

PROPÓSITO DE COP.4 ✍

El dolor puede ser una experiencia frecuente en los pacientes e incluso ser la causa por la cual está siendo atendido; El dolor puede ser algo esperado en ciertos procedimientos, tratamientos o condiciones clínicas. El dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos, por lo tanto, se le informa al paciente y su familia la posibilidad de presentar dolor durante el proceso de atención, y se le brindan opciones disponibles para su manejo. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación inicial (AOP) y manejo adecuado del dolor (PFR).

Basándose en el alcance de los servicios prestados y el contexto de la organización se define un proceso que guía la atención de pacientes con dolor, el proceso definido describe, al menos, los siguientes puntos:

a) Identificación de los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones (AOP).
b) Cómo se llevará a cabo el manejo del dolor, de acuerdo con directrices o protocolos con evidencia científica, tomando en cuenta las necesidades del paciente y el plan de atención u objetivos esperados, por ejemplo, pacientes en situación terminal.
c) La identificación de grupos de pacientes en los cuales se deben tomar consideraciones especiales; por ejemplo, pacientes en trabajo de parto, pacientes postquirúrgicos, pacientes con dolor abdominal en estudio, pacientes neonatos, pacientes bajo sedación, entre otros.
d) Cómo se brindará información a los pacientes en los que se espera que presenten dolor durante el proceso de atención (PFE).
e) Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.

Elementos Medibles de COP.4

1. La organización define un proceso que guía la atención de pacientes con dolor, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. 🗐
2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme al proceso definido.

ATENCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS

ESTÁNDAR COP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización brinda atención adecuada a las pacientes obstétricas.

➲ PROPÓSITO DE COP.5

Los establecimientos de atención médica deben garantizar una atención oportuna, con calidad y seguridad, durante el embarazo, parto y puerperio, asimismo durante una urgencia obstétrica (COP.5.1) Durante el proceso de atención se debe salvaguardar y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar, siendo prioritario facilitar el parto, reducir el índice de cesáreas, morbimortalidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

Para brindar una atención segura, la organización define un proceso que guía la atención de la paciente obstétrica, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) Cómo se llevará a cabo la monitorización de la paciente obstétrica;
b) La definición de las indicaciones para parto instrumentado;
c) La definición de las indicaciones para practicar una cesárea dentro de la organización;
d) La definición de las indicaciones para practicar un Legrado Uterino Instrumental (LUI) o una Aspiración Manual Endouterina (AMEU);
e) La prevención de violencia obstétrica y/o discriminación;
f) Cómo se brindará información acerca de la lactancia materna exclusiva, a excepción de casos médicamente justificados (PFE); y
g) Si corresponde, se define en el proceso la forma de actuar ante la solicitud de una paciente para la interrupción del embarazo.

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

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

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

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

Con el propósito de disminuir el índice de cesáreas de primera vez no justificadas, se lleva a cabo una supervisión estricta del manejo de esta, sus causas e indicaciones precisas, la información otorgada a la paciente acerca de los riesgos, beneficios y de su futuro ginecobstétrico.

Al menos, una vez al año la organización analiza con enfoque multidisciplinario, lo siguiente, con el propósito de llevar a cabo las acciones apropiadas.

- La morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea;
- La morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la práctica de la operación cesárea;
- Las causas y justificaciones de las cesáreas de primera vez practicadas; y
- La mortalidad y morbilidad, tanto materna como perinatal, que puedan ser causa de un mal manejo de la cesárea de primera vez.

Elementos Medibles de COP.5

1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de las pacientes obstétricas, el cual incluye, al menos, los incisos del a) a el g) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. Se documenta en el expediente clínico la justificación del parto instrumentado.
4. Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una cesárea.
5. Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar un legrado uterino instrumental o una Aspiración Manual Endouterina.
6. Se analiza por un equipo multidisciplinario lo siguiente:
   6.1. La morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea.
   6.2. La morbilidad y mortalidad neonatal asociada a la práctica de la operación cesárea.
   6.3. Las causas y justificaciones de las cesáreas de primera vez practicadas.
   6.4. La mortalidad y morbilidad, tanto materna como perinatal, que puedan ser causa de un mal manejo de la cesárea de primera vez.
7. En hospitales con médicos residentes de ginecología y obstetricia, perinatología o medicina materno fetal, un médico especialista supervisa y valida la indicación de realizar una cesárea de primera vez por un médico residente capacitado.

ESTÁNDAR COP.5.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización brinda atención adecuada a las pacientes con emergencia obstétrica.

➲ PROPÓSITO DE COP.5.1

El grupo de pacientes con emergencia obstétrica debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, requieren de una planeación y definición de un proceso de atención, seguimiento y control puntuales para obtener los mejores resultados para el binomio. Se debe brindar una atención médica oportuna, integral y de calidad, por un equipo multidisciplinario de alta competencia y con criterios estandarizados, que coadyuven a la disminución de la complicación de la morbilidad obstétrica y a la reducción de la mortalidad materna y perinatal.

La organización define, mediante un análisis multidisciplinario, acorde a su contexto y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el proceso que guía la atención de pacientes con urgencia obstétrica, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.
b) La disponibilidad de los equipos de respuesta las 24 horas, los 365 días del año.
c) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención.
d) El mecanismo mediante el cual se identificarán a las pacientes con riesgo obstétrico desde su ingreso.
e) Cómo se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con emergencia obstétrica.
f) El mecanismo para solicitar la participación del equipo de respuesta.
g) La monitorización y seguimiento de la paciente.

Elementos Medibles de COP.5.1

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, cómo se llevará cabo el proceso que guía la atención de las pacientes con emergencia obstétrica, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL CON CUIDADOS PALIATIVOS

ESTÁNDAR COP.6
La organización brinda atención adecuada a los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos.

★ PROPÓSITO DE COP.6

Los pacientes en situación terminal tienen necesidades particulares de recibir atención respetuosa y compasiva; por lo que todo el personal toma conciencia de éstas. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debe guiar todos los aspectos de la atención durante la etapa final de la vida.

La organización define, mediante un análisis multidisciplinario, acorde a su contexto y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el proceso que guía la atención de pacientes en situación terminal, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La atención adecuada de los síntomas (dolor, náuseas, disnea, entre otros).
b) La comunicación, educación y participación de los pacientes y sus familiares respecto a la atención de las necesidades únicas del paciente terminal y su familia.
c) El estado psicosocial del paciente y de su familia; como, por ejemplo, las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad.
d) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia, o quien cuida o acompaña al paciente, pueda descansar.
e) La identificación de factores de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo.
f) El abordaje a temas sensibles como la donación de órganos y la autopsia.
g) El respeto de los valores, costumbres y creencias del paciente y su familia.

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes terminales. Una estrategia para fomentarlo puede ser la capacitación al personal involucrado en la atención a estos pacientes.

Elementos Medibles de COP.6

1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

ESTÁNDAR COP.7
La organización define un programa o proceso que guíe la cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas.

PROPÓSITO DE COP.7 ✍

La obesidad es un problema de salud pública nacional, México es el segundo lugar en obesidad en adultos a nivel mundial y el primer lugar en obesidad infantil.

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

En los hospitales donde se realiza cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas se define, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el programa que guíe la atención de estos pacientes, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La definición de los criterios de elegibilidad para entrar al programa.
b) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.
c) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada.
d) La adecuación de las directrices, protocolos y/o guías clínicas con evidencia científica para la atención de los pacientes.
e) La monitorización y seguimiento del paciente.

Elementos Medibles de COP.7

1. La organización ha definido un programa que guía la atención de los pacientes que requieren cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al e) definidos en el propósito. 🗐
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. La organización garantiza instalaciones y mobiliario seguro para el manejo de este grupo de pacientes.

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS

ESTÁNDAR COP.8 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define un proceso para pacientes hospitalizados que requieren hemodiálisis.

ESTÁNDAR COP.8.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define un proceso para pacientes ambulatorios crónicos que requieren ser integrados a un programa de hemodiálisis.

➲ ★ **PROPÓSITO DE COP.8 y COP.8.1** ✍

El grupo de pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis requieren de una planeación, seguimiento y control puntuales para obtener mejores resultados, ya sean pacientes que requieren hemodiálisis de manera aguda o crónica. En una organización hospitalaria pueden existir estas dos modalidades de prestación de hemodiálisis:

- **Pacientes hospitalizados** que requieren de hemodiálisis durante su proceso de atención

Independientemente de su diagnóstico y/o del servicio en el que estén siendo atendidos, por ejemplo, pacientes que reciben hemodiálisis en el servicio o área de terapia intensiva adultos, pediátrica, hospitalización, etc., ya sea para hemodiálisis convencional o hemodiálisis lenta continua, por indicación médica derivada de un padecimiento renal agudo.

- **Pacientes ambulatorios** crónicos, que requieren ser integrados a un programa de hemodiálisis

Comúnmente denominados pacientes intramuros, ya que no son atendidos en una unidad externa a un establecimiento hospitalario, los cuales son atendidos como resultado de una prescripción por un médico nefrólogo, como tratamiento para padecimientos renales crónicos o pacientes que migran entre la terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal y hemodiálisis, los cuales, requieren recibir sesiones de hemodiálisis de manera intermitente por un período indefinido.

La organización analiza su contexto e identifica si ofrece alguna de las dos variantes de hemodiálisis mencionadas por parte del personal y/o equipo y tecnología propia. Si la organización ofrece el servicio de hemodiálisis en cualquiera de las dos variantes por medio de un servicio subrogado, integra los elementos del proceso de atención a las especificaciones de calidad de dicho servicio (GLD).

Para el proceso que guía la atención de pacientes hospitalizados que requieren de hemodiálisis durante su proceso de atención, la organización define un proceso el cual incluye, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención (proceso), incluidas las consideraciones especiales, por ejemplo, el grupo de pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o Hepatitis C, pacientes pediátricos, pacientes en programa de hemodiálisis que son hospitalizados por otras razones diferentes al padecimiento por el cual reciben hemodiálisis de manera crónica, entre otras.
b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.
c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la o las sesiones de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis (para los pacientes en el programa ambulatorio, incluye el proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros).
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
e) Cuáles son las acciones por seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
f) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención, en particular del personal de medicina que indica la prescripción dialítica y el personal de enfermería que atiende a los pacientes.
g) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada, por ejemplo, riñones artificiales, catéteres, agujas para fístula, filtros para hemodiálisis, entre otros.

Para el proceso de atención de pacientes ambulatorios crónicos en programa de hemodiálisis, la organización define un proceso de manera multidisciplinaria y con enfoque de sistema para su atención, el cual incluye además de los elementos de los incisos anteriores con las consideraciones ambulatorias pertinentes, las siguientes tres fases:

I. La integración y documentación de la información del paciente al Programa de hemodiálisis en un expediente clínico, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
- Historia Clínica.
- Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso al programa.
- Prescripción dialítica y frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
- Serología Viral: Detección de antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).
- Biometría Hemática completa.
- Electrolitos séricos.
- Química sanguínea de al menos tres elementos (glucosa, urea y creatinina).
- Depuración de creatinina (si el médico que prescribe lo solicita).
- Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.

II. La monitorización y documentación en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos, lo siguiente:
- Peso del paciente pre y post diálisis.
- Presión arterial pre, trans y post diálisis.
- Temperatura pre, trans y post diálisis.
- Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis.
- Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.
- Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres. entre otros.
- Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis (por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones).
- Cada uno de los elementos deberá ser documentado en el expediente clínico del paciente.

III. El análisis y documentación del resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
- Diagnóstico nefrológico.
- Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
- Tiempo en el programa de Hemodiálisis.
- Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.).
- Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes.
- Peso seco habitual.
- Ganancia Inter dialítica en el mes.
- Alergias.
- Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente.
- Problemas Complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis.
- Cinética de urea (Kt/V).

- Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente.
- Vacunas recibidas (si se le aplicaron en el mes).
- Candidato a trasplante (Sí o No).
- Otros hallazgos relevantes y recomendaciones para el seguimiento del paciente, si aplica.

Cuando el hospital subroga la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, en pacientes hospitalizados o la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis en pacientes ambulatorios crónicos en programa de hemodiálisis, se integran todos los elementos correspondientes con sus incisos del como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control del servicio subrogado (GLD).

Elementos Medibles de COP.8

1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes hospitalizados que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran los incisos del a) al g) como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).

Elementos Medibles de COP.8.1

1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes ambulatorios crónicos que requieren ser integrados a un programa de hemodiálisis, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito.
2. Al integrar pacientes al programa de hemodiálisis, se documentan en el expediente clínico, lo siguiente:
   2.1. Historia Clínica.
   2.2. Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso del programa.
   2.3. Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).
   2.4. Biometría Hemática completa.
   2.5. Electrolitos séricos.
   2.6. Química sanguínea, de al menos, de tres elementos (glucosa, urea y creatinina).
   2.7. Depuración de creatinina, si corresponde.
   2.8. Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).
   2.9. Electrocardiograma de 12 derivaciones.
3. Se monitorea y documenta en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos:
   3.1. Peso del paciente pre y post diálisis.
   3.2. Presión arterial pre, trans y post diálisis.
   3.3. Temperatura pre y post diálisis.
   3.4. Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis.
   3.5. Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.
   3.6. Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, entre otros.
   3.7. Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis, por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones, entre otros.

4. Se analiza y documenta el resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
   4.1. Diagnóstico nefrológico.
   4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
   4.3. Tiempo en el programa de Hemodiálisis.
   4.4. Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.).
   4.5. Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes.
   4.6. Peso seco habitual.
   4.7. Ganancia interdialítica en el mes.
   4.8. Alergias.
   4.9. Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente.
   4.10. Problemas y/o complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis.
   4.11. Cinética de urea (Kt/V).
   4.12. Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente.
   4.13. Vacunas recibidas, si aplica.
   4.14. Candidato a trasplante (Sí o No).
   4.15. Otros hallazgos que se consideren importantes para el seguimiento del paciente, si aplica.
5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
6. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran la totalidad de los elementos correspondientes descritos en el Estándar como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).

DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

ESTÁNDAR COP.9 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos.

➲★ PROPÓSITO DE COP.9

El trasplante de órganos y tejidos es una realidad en muchos de los establecimientos de atención médica en nuestro país, con los avances científicos y tecnológicos, así como una mayor aceptación de la donación, hace posible que se pueda ofrecer esta posibilidad y mejorar la esperanza y calidad de vida de los pacientes que lo necesitan.

El trasplante de órganos y tejidos puede llegar a ser la única y última opción de tratamiento para un grupo de pacientes, que, aunque se ha ido perfeccionando la técnica y mejorado la supervivencia de dichos pacientes, el proceso como tal implica un sin fin de riesgos.

La organización, acorde a su contexto y recursos, define el programa de procuración, donación y trasplante de órganos y tejidos. El programa toma en cuenta la legislación aplicable vigente, e incluye, al menos, lo siguiente:

a) La designación de un líder para el programa.
b) La integración de un equipo multidisciplinario con la experiencia en trasplante de órganos.
c) La definición de criterios de elegibilidad clínica específicos para el órgano o tejido que se trasplanta, así como criterios de idoneidad psicológica y social.
d) Cómo se llevará a cabo la procuración, donación y/o recepción del órgano o tejido con el fin de garantizar la compatibilidad, seguridad y funcionalidad del mismo.
e) Los protocolos o guías clínicas hospitalarias de acuerdo con el órgano o tejido a trasplantar.

Durante todo el proceso se respetan los valores religiosos y culturales de la comunidad. El personal del establecimiento está capacitado para apoyar las decisiones del paciente y de la familia. El personal también recibe capacitación sobre las inquietudes y problemas contemporáneos relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.

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

Elementos Medibles de COP.9

1. La organización ha definido un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito.
2. El personal está capacitado para llevar a cabo el programa.
3. Los pacientes reciben atención conforme al programa definido por la organización.
4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.
5. El hospital coopera con otras organizaciones a fin de respetar e implementar la decisión de donar.

ESTÁNDAR COP.9.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización respalda la decisión del paciente y su familia para la donación de órganos y tejidos.

➲★ PROPÓSITO DE COP.9.1

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

Elementos Medibles de COP.9.1

1. La organización fomenta la donación de órganos y tejidos, acorde a la legislación aplicable vigente.
2. La organización apoya las decisiones del paciente y de la familia en lo que se refiere a la donación de órganos y otros tejidos.
3. La organización ofrece información para respaldar la decisión y orienta respecto al proceso correspondiente.

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

ESTÁNDAR COP.10
La organización planifica la atención de sus pacientes de riesgo o servicios de riesgo.

ESTÁNDAR COP.10.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes.

ESTÁNDAR COP.10.2
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma.

STÁNDAR COP.10.3
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con soporte vital.

ESTÁNDAR COP.10.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

ESTÁNDAR COP.10.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos.

ESTÁNDAR COP.10.6 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con diálisis peritoneal.

ESTÁNDAR COP.10.7
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren contención física, mediante sujeción.

ESTÁNDAR COP.10.8 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se les administra quimioterapia.

Estándar COP.10.9 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales.

ESTÁNDAR COP.10.10 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.

ESTÁNDAR COP.10.11 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren manejo avanzado de vía aérea difícil.

➲★ PROPÓSITO DE COP.10 A COP.10.11 ✍

Los hospitales brindan atención a una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades de atención clínica. Hay grupos de pacientes que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros.

Con el fin de otorgar una atención estandarizada y segura, la organización puede hacer uso de guías de práctica clínica, protocolos, planes de atención, vías clínicas y/o buenas prácticas o similares, acorde al contexto y capacidad resolutiva de la misma, para guiar el proceso de atención y que el personal involucrado actúe de manera oportuna y estandarizada.

Para lograr esto, la organización debe identificar a los pacientes que considerará de alto riesgo, acorde a lo descrito en el párrafo anterior, definir el proceso que guiará la atención de los mismos y capacitar al personal involucrado en realizar dichos procesos, acorde a su contexto y capacidad resolutiva, legislación aplicable vigente y buenas prácticas.

Es de suma importancia que durante el proceso de atención se minimicen los riesgos propios de la patología y características del paciente, así como los riesgos secundarios al otorgamiento de los servicios, por ejemplo, las reacciones post transfusionales, las lesiones en la piel por presión o infecciones asociadas a ventilación mecánica en los pacientes con soporte vital, lesión circulatoria o neurológica secundario a una sujeción incorrecta, infecciones cruzadas, eventos adversos graves o centinelas secundarios a errores en la administración de quimioterapias, entre otros.

Para fines del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, se consideran pacientes de alto riesgo, al menos, los siguientes once grupos, siempre y cuando estén presentes de manera habitual o forme parte de los servicios otorgados por la organización:

- Pacientes en quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes
- Pacientes en estado de coma
- Pacientes con soporte vital
- Pacientes con enfermedades infectocontagiosas
- Pacientes inmunodeprimidos
- Pacientes con diálisis peritoneal
- Pacientes que requieren contención física, mediante sujeción.
- Pacientes que en quienes se administra quimioterapia
- Pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales
- Pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia
- Pacientes que requieren manejo avanzado de la vía aérea difícil

Además del grupo de pacientes que la organización defina como de alto riesgo, con base en un análisis multidisciplinario y acorde a su contexto.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y gestión de riesgos, los procesos, guías clínicas, protocolos, vías clínicas o similares que guían la atención de cada grupo de pacientes de alto riesgo, y es especialmente importante que se considere en el diseño, al menos, los siguientes puntos:

a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.
b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.
c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.
f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.

Para el caso específico de los pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes, se deberá incluir además los siguientes elementos:

g) La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, por ejemplo, hemorragia vaginal de la mujer gestante.
h) La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.

Elementos Medibles de COP.10

1. La organización define sus grupos de pacientes de alto riesgo o servicios de alto riesgo, acorde a su contexto y capacidad de resolución.
2. Se ha capacitado al personal sobre el proceso de atención de los pacientes de alto riesgo.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.1

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de **los pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes**, el cual incluye, al menos, los incisos de l a) al h) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.2

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en estado de coma**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.3

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en soporte vital**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.4

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes con enfermedades infectocontagiosas**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.5

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes inmunodeprimidos**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.6

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes con diálisis peritoneal**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.7

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes que requieren contención física**, **mediante sujeción**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.8

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en quienes se administra quimioterapia**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.9

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.10

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de **los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.11

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes con manejo avanzado de la vía aérea**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

PACIENTES CON CAMBIOS EN EL ESTADO CLÍNICO

ESTÁNDAR COP.11
La organización define el proceso para identificar y actuar de manera oportuna ante los cambios en el estado clínico del paciente.

★ PROPÓSITO DE COP.11

Con frecuencia, existe un gran número de pacientes con enfermedades críticas, los cuales, por alguna situación, se encuentran hospitalizados o en cualquier otro servicio fuera de las unidades de cuidados críticos, y este grupo de paciente pueden presentar eventos graves que pueden poner en peligro su vida. En muchas ocasiones, el personal clínico que se encuentra en hospitalización no cuenta con las competencias o la capacitación necesaria para identificar y atender de manera correcta y oportuna a estos pacientes.

La literatura médica refiere que la gran mayoría de los pacientes presentan señales de alerta temprana, por ejemplo, cambios hemodinámicos o neurológicos, previo a que se produzca un deterioro clínico y esto a su vez en un evento grave, por ejemplo, paro cardiorrespiratorio. A su vez, ya se cuenta con escalas validadas para la medición del riesgo y la probabilidad de que ocurran dichos eventos. La identificación de estos criterios fisiológicos de manera oportuna, pueden ser la clave de éxito para actuar en consecuencia, solicitar la atención al personal correspondiente, por ejemplo, equipos de respuesta inmediata, y evitar un mayor deterioro clínico del paciente.

Entendemos la urgencia como todo aquel problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. Esto aplica tanto para una paciente post-cesárea que presenta un sangrado activo no identificado durante el procedimiento, como para aquel paciente sentado en la sala de espera que acude a la consulta de gastroenterología con malestar difuso en epigastrio y que en realidad está presentando un infarto o angina de pecho. En ambos casos, las urgencias no son algo que estamos esperando encontrar, sin embargo, forman parte de los riesgos a los que nos enfrentamos cuando prestamos servicios de atención médica.

La organización, a través de un análisis multidisciplinario y su capacidad de resolución, define el proceso que guía la atención para identificar y actuar de manera oportuna en los pacientes cuya condición clínica presenta signos de alerta temprana o presenta situación de urgencia, esto es que corre peligro su vida, órgano o función, el proceso incluye, al menos, lo siguiente:

a) La definición de los signos de alerta temprana, basados en criterios fisiológicos, considerando las diferentes poblaciones que se atienden.
b) La priorización y definición de los grupos de pacientes, en hospitalización, en los cuales, se llevará a cabo la monitorización de los signos de alerta temprana.
c) La integración de Equipos de Respuesta Rápida.
d) Las acciones por seguir en caso de la identificación de los signos de alerta tempranos.

La identificación de cambios repentinos en el estado del paciente podrá alinearse al proceso de atención de pacientes en situación de urgencia y/o al proceso que guía la reanimación.

Elementos Medibles de COP.11

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de abordaje para identificar y actuar de manera rápida en los pacientes cuya condición clínica presenta signos de alarma, el cual, incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA O QUE REQUIEREN REANIMACIÓN

ESTÁNDAR COP.12 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.

★ ➲ PROPÓSITO DE COP.12

Toda organización que se dedique a la salud está expuesta a tratar urgencias aun y cuando no forme parte de los servicios otorgados. Los pacientes pueden desestabilizarse, complicarse o simplemente llegar al establecimiento pensando que por contar con personal médico tienen la capacidad de tratar una urgencia.

Entendemos la urgencia como todo aquel problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. Esto aplica tanto para una paciente post-cesárea que presenta un sangrado activo no identificado durante el procedimiento, como para aquel paciente sentado en la sala de espera que acude a la consulta de gastroenterología con malestar difuso en epigastrio y que en realidad está presentando un infarto o angina de pecho. En ambos casos, las urgencias no son algo que estamos esperando encontrar, sin embargo, forman parte de los riesgos a los que nos enfrentamos cuando prestamos servicios de atención médica.

Aun y cuando no podemos predecir el momento en el que se presentara una urgencia, su identificación temprana y manejo general a demostrado brindar los mejores resultados para los pacientes que las presentan. De ahí la importancia de la planificación de la atención en caso de presentarse cualquier caso.

Se ha observado que aquellos pacientes en situación de urgencia que reciben un abordaje sistematizado de manera temprana cuentan con mayor probabilidad de sobrevida y menos riesgo a desarrollar secuelas del evento, de ahí que se cuente con herramientas como la evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) la cual es un enfoque sistemático para la evaluación y el tratamiento inmediatos de pacientes en situación de urgencia. El enfoque de evaluación inicial ABCDE no debe confundirse con el proceso de Triage de Urgencias (ACC) ni con los procesos de evaluación inicial del paciente hospitalizado (AOP), cuyos objetivos difieren a los de esta herramienta. Esta herramienta es aplicable a toda emergencia clínica. Los objetivos del enfoque ABCDE son:

- Proporcionar un tratamiento que salve vidas
- Dividir situaciones clínicas complejas en partes más manejables
- Servir como algoritmo de evaluación y tratamiento iniciales.
- Establecer una conciencia situacional común entre todos los proveedores de tratamiento
- Ganar tiempo para establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos.

Con el propósito de estandarizar la atención de los pacientes que pudieran presentar una urgencia, la organización establece un proceso acorde a su nivel de resolución que incluya al menos lo siguiente:

a) Identifica las situaciones en las que fuera del servicio de urgencias pudieran presentarse estos casos, por ejemplo, pacientes post-operados con sangrado activo no identificado en hospitalización, paciente inconsciente en sala de espera, paciente con shock anafiláctico por medio de contraste en radiología.
b) Adaptar el proceso de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) al contexto del área así como a las habilidades y competencias del personal.
c) Determinar cómo se brindará o solicitará la atención en las áreas o situaciones de riesgo.
d) Como se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde.
e) Cuáles serán las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
f) Definir los Insumos y equipos especializados así como la logística para el acceso a estos.
g) Determinar la forma en que el paciente será movilizado cuando no se encuentre en un área clínica de atención.
h) Determinar la forma en que el paciente será trasladado cuando el establecimiento no cuente con la capacidad de atención, así como los contactos de ambulancias y hospitales receptores.

El objetivo de este proceso no es que todo el personal de todas las áreas cumpla con la competencia para la evaluación de un paciente en estado de urgencia, sino, más bien, que la organización cuente con las herramientas para alertar al personal

que brindara la atención y esta se otorgue de manera estandarizada y eficiente. Este proceso podrá alinearse al proceso que guía la reanimación y/o al proceso de cambios repentinos en el estado clínico.

En las **áreas de urgencias** este proceso forma parte de la evaluación inicial del paciente adaptado a su contexto.

Elementos Medibles de COP.12

1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes en situación de urgencia, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. En las áreas de urgencia el proceso es adaptado e implementado acorde a su contexto de aplicación.

ESTÁNDAR COP.12.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso que guía la reanimación.

➲★ PROPÓSITO DE COP.12.1

El paro cardiorrespiratorio es un evento frecuente en el ambiente intrahospitalario. Los equipos de reanimación se pueden definir como las intervenciones clínicas de emergencia para la atención de pacientes que experimentan un evento crítico que pone en riesgo la vida, por ejemplo, un paro cardiaco o respiratorio. Independiente del mecanismo por el cual se llega al paro cardiorrespiratorio, la probabilidad de lograr reestablecer la actividad cardíaca y lograr una sobrevida con función neurológica adecuada depende fundamentalmente de la rapidez con la cual se reconoce el evento y se inician las maniobras de reanimación, la calidad y continuidad de estas maniobras y el manejo post-paro luego de restablecida la circulación espontánea.

La planificación de equipos de reanimación presentes durante un evento ha demostrado tasas de mortalidad menores en los pacientes que sufren un paro cardiorrespiratorio con relación a los pacientes en los que no actúa este tipo de equipos. La identificación del equipo o equipos de reanimación deben estar disponibles para todos los pacientes, las 24 horas del día, los 365 días del año y es fundamental contar con personal con las competencias necesarias (SQE) y los insumos o el equipo médico para brindar una atención oportuna y de calidad. El soporte vital básico, se debe otorgar inmediatamente al identificar a un paciente en paro y contar con un mecanismo para solicitar y proporcionar el soporte vital avanzado, por ejemplo, código de emergencia específico. El proceso de reanimación se debe basar en la evidencia científica y estar acorde al tipo de población del contexto de la organización y de los servicios que oferta, además, podrá alinearse al proceso de atención de pacientes en situación de urgencia y/o al proceso de cambios repentinos en el estado clínico.

Con el fin de otorgar una atención estandarizada, la organización define, a través de un análisis multidisciplinario y acorde a su capacidad resolutiva, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.
b) La disponibilidad de los equipos de respuesta las 24 horas, los 365 días del año.
c) La logística para la activación del proceso y personal del equipo de reanimación.
d) Proceso mediante el cual se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con paro cardiorrespiratorio (soporte vital básico).
e) Proceso mediante el cual se brindará soporte vital avanzado.
f) Proceso que defina cómo se llevarán a cabo los cuidados post reanimación.
g) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, acorde a los grupos de población que se atienden así como la logística para que estos sean accesibles en el lugar del incidente.

Elementos Medibles de COP.12.1

1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN

ESTÁNDAR COP.13 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión.

★ PROPÓSITO DE COP.13

El suicidio se considera un evento centinela. El hospital presenta una combinación única de factores de riesgo: enfermedad aguda o presentación de síntomas, factores de riesgo ambientales y diversos niveles de experiencia del personal con el suicidio y las autolesiones. Por lo tanto, el hospital debe implementar procesos para brindar una atención que cubra las necesidades de los pacientes identificados con riesgo de suicidio y autolesión.

Un aspecto muy importante en el manejo de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión es evaluar los riesgos en el entorno físico para identificar áreas y características que podrían usarse para intentar suicidarse. Las habitaciones de los pacientes, los baños de los pacientes, los pasillos y otras áreas deben incluirse en la evaluación de riesgos. Los peligros más comunes para el riesgo de suicidio son los puntos de anclaje utilizados para colgar; sin embargo, existen muchos otros tipos de peligros y es importante realizar una evaluación completa del medio ambiente. Por ejemplo, la evaluación de riesgos incluye la accesibilidad de objetos punzantes, medicamentos, productos químicos de limpieza puntos de anclaje, bisagras de puertas y ganchos que se pueden usar para colgar, etc.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, los procesos de atención que se brindan a cada grupo de pacientes con riesgo de suicidio, y es especialmente importante que el proceso definido describa, al menos, los siguientes puntos:

a) La forma en que se identificarán a los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión.
b) La forma en que se identificarán los riesgos del entorno físico y las medidas para minimizarlos o evitarlos.
c) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
d) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde.
e) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
f) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
g) Qué insumos y equipo especializado deben estar disponibles.

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes con riesgo de suicidio y autolesión. Una estrategia para fomentarlo puede ser la capacitación al personal involucrado en la atención a estos pacientes.

Elementos Medibles de COP.13

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

PACIENTES DONDE SE UTILIZAN LÁSERES Y OTROS DISPOSITIVOS DE RADIACIÓN ÓPTICA

ESTÁNDAR COP.14
La organización establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación óptica utilizados para realizar procedimientos y tratamientos.

★ PROPÓSITO DE COP.14

Los láseres son una fuente de radiación óptica, que incluye radiación ultravioleta, luz visible de alta intensidad y radiación infrarroja. El haz estrecho de luz de alta intensidad de un láser se puede apuntar y enfocar para procedimientos quirúrgicos precisos. Las cirugías con láser son generalmente mínimamente invasivas con menos pérdida de sangre que la cirugía convencional, y los pacientes suelen experimentar tiempos de recuperación más cortos. El uso de láseres se está volviendo más común en el cuidado de la salud a medida que la tecnología láser evoluciona y se amplían las aplicaciones clínicas.

Casi todos los láseres y dispositivos de radiación óptica que se utilizan en el entorno clínico representan peligros potenciales para los pacientes y el personal si no se establecen y siguen los procedimientos y las pautas de seguridad. Los láseres y los dispositivos de radiación óptica pueden generar concentraciones intensas de calor, luz y luz reflejada. Cuando la piel y los ojos están expuestos al calor y la luz sin la protección adecuada, pueden producirse quemaduras en la piel y lesiones oculares, como quemaduras en la retina, cataratas y degeneración macular. Las lesiones pueden provenir del contacto directo con la luz o con la luz reflejada del láser.

El Jet del láser son otro peligro potencial. Estos son los vapores, el humo y las partículas que se producen cuando el láser entra en contacto con los tejidos durante algunos procedimientos quirúrgicos. El Jet del láser presentan un riesgo respiratorio potencial para los pacientes y el personal, ya que pueden contener irritantes, toxinas, tejidos, bacterias, virus, fragmentos de sangre y otras partículas, según el tipo de procedimiento.

Para prevenir estos peligros y abordar los riesgos de seguridad para los pacientes y el personal, la organización define e implementa lineamientos y procesos para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación que incluyen al menos los siguiente:

a) Capacitación en prácticas y procedimientos de seguridad para todo el personal involucrado en el uso de láseres y dispositivos de radiación óptica.
b) Criterios de acceso para autorizar al personal que ingresa o trabaja en las áreas (zonas de riesgo) donde se utilizan láseres y otras radiaciones ópticas; considerando a los profesionales de la salud que realizan los procedimientos con láser y a todo el personal que opera los láseres o que forma parte del equipo de atención.
c) Ayudas visuales de advertencia fuera de la(s) sala(s) de procedimientos para alertar al personal, los pacientes, las familias y los visitantes cuando se está realizando un tratamiento o procedimiento.
d) Ventilación adecuada para ayudar a controlar las columnas de humo (jet del láser).
e) Uso de instrumentos no reflectantes para evitar exposiciones a la luz reflejada.
f) Uso de cortinas y otras barreras para evitar que el personal, los pacientes, las familias y los visitantes estén expuestos a luz directa o reflejada.
g) Disponibilidad de equipos de protección personal para el personal y los pacientes adecuados al tipo de láser y dispositivos de radiación óptica utilizados y tipo de procedimientos realizados en el hospital (por ejemplo, lentes, protectores corneales, máscaras, guantes y batas, según corresponda).
h) Un programa de mantenimiento para láseres y dispositivos de radiación óptica y un proceso para comprobaciones de rutina como calibración y alineación.

Elementos Medibles de COP.14

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes en donde se utilizan láseres y otros dispositivos de radiación óptica, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Anesthesia and Surgical Care

ASC

CIRUGÍA

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA
ASC – CIRUGÍA
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN		
ASC.1	Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente		
ASC.2	Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación		
ASC.3	Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación		✍
	SEDACIÓN Y ANESTESIA		
ASC.4	Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación		✍
ASC.4.1	Se lleva a cabo una evaluación presedación		
ASC.4.2	Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación	➲	
ASC.5	El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción	➲	
ASC.6	Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente		
ASC.6.1	Los riesgos, beneficios y las alternativas de la sedación y/o anestesia se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre		
ASC.6.2	Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada		
ASC.6.3	Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia	➲	
ASC.7	Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo		
	ATENCIÓN QUIRÚRGICA		
ASC.8	Se planea la atención quirúrgica de cada paciente		
ASC.8.1	Los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento quirúrgico planeado se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre		
ASC.8.2	Se define un proceso para el manejo, preparación de la muestra y entrega de resultados de biopsias transoperatorias		✍
ASC.8.3	Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica		
ASC.8.4	Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato	➲	
ASC.8.5	Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía		

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

ESTÁNDAR ASC.1
Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE ASC.1

La organización cuenta con un sistema para proporcionar anestesia y sedación, acorde a la población de pacientes a quienes brinda atención y a los servicios que se prestan en el establecimiento.

Los servicios de anestesia y sedación, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente. Se cuenta con servicios de anestesia y sedación disponibles para casos de urgencia.

Cuando se subroga el servicio de anestesia y/o sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados (ASC.3).

Elementos Medibles de ASC.1

1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente.
2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
3. Hay servicios de anestesia y sedación para casos de urgencia.

ESTÁNDAR ASC.2
Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación.

PROPÓSITO DE ASC.2

Los servicios de anestesia y sedación se encuentran bajo la coordinación y gestión de personal competente. Las responsabilidades del personal que coordina y gestiona son las siguientes:

- La elaboración, implementación y actualización de los procesos.
- La gestión administrativa.
- La implementación de un programa de control de calidad, que incluya al menos: verificación del mantenimiento y buen funcionamiento de las máquinas de anestesia, monitores, gases medicinales, entre otros.
- Análisis de eventos adversos que se presentan por situaciones debidas al uso de anestesia y/o sedación.
- Cumplimiento y apego a llenado correcto y completo del expediente clínico.
- La supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados (ASC.3).

Elementos Medibles de ASC.2

1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de los procesos.
3. Las responsabilidades incluyen la gestión administrativa.

ESTÁNDAR ASC.3
Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación.

★ PROPÓSITO DE ASC.3 ✍

A la sedación y anestesia se las ve comúnmente como un continuo que va desde una sedación mínima a la anestesia total. La respuesta de un paciente puede deslizarse a lo largo de ese continuo, durante el cual se encuentran en riesgo los reflejos de la vía aérea que protegen al paciente. La sedación y la anestesia son procesos complejos, que requieren de ser monitorizados, implementando mecanismos para proporcionar una revisión continua de los servicios.

Cuando la organización subroga el servicio de sedación y/o anestesia, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados. Dentro de las responsabilidades del personal que coordina y gestiona la sedación y/o anestesia es la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados. La implementación de un programa de control de la calidad en los servicios de Anestesiología y sedación constituye una necesidad.

Elementos medibles ASC.3

1. Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación.
2. Se define las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.
3. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.
4. Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

SEDACIÓN Y ANESTESIA

ESTÁNDAR ASC.4
Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación.

PROPÓSITO DE ASC.4 ✍

Los grupos de pacientes a quienes se administra anestesia y sedación se consideran de alto riesgo, por lo cual su proceso de atención requiere de una planificación, seguimiento y control adecuados para obtener mejores resultados.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a estos grupos de pacientes, y es especialmente importante que el proceso incluya, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente.
b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde.
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.

En el caso de la sedación, la organización define qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrarla y las áreas o servicios donde se puede administrar, independientemente del quirófano así como los procedimientos permitidos.

Cuando el hospital subroga el servicio de anestesia y sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados (ASC.3).

Elementos Medibles de ASC.4

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda los pacientes a quienes se administra anestesia, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. 🗐
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
3. La organización define qué servicios y qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación.
4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra sedación, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. 🗐
5. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR ASC.4.1
Se lleva a cabo una evaluación presedación.

ESTÁNDAR ASC.4.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación.

➲ PROPÓSITO DE ASC.4.1 Y ASC.4.2

La sedación representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso administrarla empleando un proceso estandarizado.

El anestesiólogo o médico autorizado por la organización realiza una evaluación presedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente. Se define el alcance y el contenido de esta evaluación, la cual debe incluir la valoración de la vía aérea. El médico que administra la sedación es el responsable de llevar a cabo una monitorización continua de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación.

Se mantiene un único nivel de atención en todas las áreas y/o servicios donde se administre sedación, sea por anestesiólogos o cualquier otro médico autorizado.

Elementos Medibles de ASC.4.1

1. Se define el alcance y contenido de la evaluación presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un anestesiólogo o médico autorizado.
3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación presedación.

Elementos Medibles de ASC.4.2

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

ESTÁNDAR ASC.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción.

➲ PROPÓSITO DE ASC.5

Como la anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, su administración debe planearse con base en una valoración preanestésica, la cual también servirá para planear el uso de analgesia postquirúrgica.

La valoración preanestésica proporciona información necesaria para:

- seleccionar la anestesia y su planeación;
- manejo adecuado de la vía aérea;
- administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La evaluación preanestésica debe realizarse antes de la intervención del paciente, o en el caso de una emergencia en un momento previo al procedimiento quirúrgico.

La evaluación preinducción es independiente de la evaluación preanestésica y se enfoca en la estabilidad fisiológica y la disposición del paciente para la anestesia. Esta se lleva a cabo inmediatamente antes de la inducción a la anestesia.

Ambas valoraciones se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.5

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente.
2. La valoración preanestésica la realiza un médico anestesiólogo.
3. La valoración preanestésica se documenta en el expediente clínico.
4. Se realiza una valoración inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
5. La valoración previa a la inducción la realiza un médico anestesiólogo.
6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.6
Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.

PROPÓSITO DE ASC.6

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

Elementos Medibles de ASC.6

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. El plan se documenta en la nota preanestésica.

ESTÁNDAR ASC.6.1
Los riesgos, beneficios y las alternativas de la sedación y/o anestesia se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

PROPÓSITO DE ASC.6.1

El proceso de planeación anestésica incluye la información al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con la sedación y/o anestesia planeada Esta información se otorga como parte del proceso de obtención del consentimiento informado. La información la brinda el médico anestesiólogo o en el caso de la sedación el médico autorizado por la organización.

Elementos Medibles de ASC.6.1

1. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la sedación y se documenta.
2. La información la brinda un médico anestesiólogo o el médico autorizado por la organización para brindar sedación.
3. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia planeada y se documenta.
4. La información la brinda un médico anestesiólogo.

ESTÁNDAR ASC.6.2
Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.

PROPÓSITO DE ASC.6.2

A fin de garantizar la continuidad de la atención se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Elementos Medibles de ASC.6.2

1. Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia utilizada.
2. Se documenta en el expediente clínico la técnica anestésica utilizada.

ESTÁNDAR ASC.6.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia.

➲ PROPÓSITO DE ASC.6.3

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

Elementos Medibles de ASC.6.3

1. Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico durante la administración de la anestesia.
2. Se documentan los resultados de la monitorización continua en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.7
Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo.

PROPÓSITO DE ASC.7

La monitorización de un paciente en el periodo postanestésico y el análisis de los resultados de dicha monitorización respaldan la decisión sobre darlo de alta y trasladarlo a otras áreas o a servicios menos intensivos. Se documenta la información.

Hay ocasiones en las que el paciente es trasladado inmediatamente, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras, para continuar su monitorización postanestésica.

Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica, y el alta se documenta en el expediente clínico.

Se documenta en el expediente clínico la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Elementos Medibles de ASC.7

1. Se monitoriza a los pacientes durante el periodo postanestésico.
2. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.
3. Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica.
4. Se documentan la hora de inicio y terminación de la recuperación en el expediente clínico.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

ESTÁNDAR ASC.8
Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.

PROPÓSITO DE ASC.8

Debido a que la cirugía conlleva un riesgo, su planeación es una actividad crítica. La valoración prequirúrgica del paciente es la base para la selección del procedimiento quirúrgico adecuado y proporciona la información necesaria para:

- Sel procedimiento y momento adecuado;
- Llevar a cabo los procedimientos en forma segura; e
- Interpretar los resultados de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de los antecedentes, condición y diagnóstico del paciente, así como de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento, así como, la evaluación prequirúrgica, los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico y otras evaluaciones relacionadas. La evaluación prequirúrgica se lleva a cabo en un breve marco de tiempo en caso de que un paciente de urgencia necesite ser intervenido. La evaluación prequirúrgica se documenta en el expediente clínico, incluido un diagnóstico preoperatorio. El nombre del procedimiento quirúrgico por sí solo no constituye un diagnóstico.

Elementos Medibles de ASC.8

1. Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.
2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación.
3. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico un diagnóstico preoperatorio.
4. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico la atención quirúrgica planeada.

ESTÁNDAR ASC.8.1
Los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento quirúrgico planeado se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

PROPÓSITO DE ASC.8.1

Los pacientes y sus familiares, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado. La información incluye:

- Los riesgos del procedimiento planeado;
- Los beneficios del procedimiento planeado;
- Las posibles complicaciones; y
- Las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando pueda necesitarse la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, también se informará sobre los riesgos, beneficios y alternativas. El cirujano u otra persona calificada, proporcionará esta información.

Elementos Medibles de ASC.8.1

1. Se informa al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planeado.
2. La información incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y/o hemocomponentes.
3. El cirujano u otra persona con las competencias necesarias, brinda la información.

ESTÁNDAR ASC.8.2
Se define un proceso para el manejo, preparación de la muestra y entrega de resultados de biopsias transoperatorias.

★ PROPÓSITO DE ASC.8.2

Una biopsia es un procedimiento por el cual se obtiene un fragmento de tejido o células con el objetivo de someterlo a un estudio macro y microscópico para determinar su diagnóstico. La Organización ha definido un proceso que se ocupa del manejo y preparación de las biopsias transoperatorias.

El proceso incluye la identificación correcta del paciente, utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización en la solicitud de biopsias transoperatorias, así como la muestra biológica y en los resultados del análisis, acorde a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1 (MISP1).

Cuando los resultados del estudio se informan de manera verbal o telefónica, se asegura la precisión de esta información utilizando el proceso establecido por la meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar (MISP2).

Elementos Medibles de ASC.8.2

1. La Organización ha definido un proceso que se ocupa del manejo y preparación de las biopsias transoperatorias.
2. Las solicitudes para realizar análisis de biopsias transoperatorias contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
3. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
4. Los resultados finales de la biopsia se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.
5. Cuando los resultados de la biopsia se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

ESTÁNDAR ASC.8.3
Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica.

PROPÓSITO DE ASC.8.3

La atención postquirúrgica depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, en el expediente clínico se documenta una nota postquirúrgica acorde a la legislación aplicable vigente, la cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) Diagnóstico preoperatorio.
b) Operación (cirugía) planeada.
c) Operación (cirugía) realizada.
d) Diagnóstico postoperatorio.
e) Descripción de la técnica quirúrgica.
f) Hallazgos transoperatorios.
g) Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.
h) Incidentes y accidentes.
i) Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones.
j) Resultados e interpretación de estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.
k) Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante.
l) Estado postquirúrgico inmediato.
m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.
n) Pronóstico.
o) Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
p) Otros hallazgos de importancia para el paciente.

q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

A fin de respaldar la continuidad de la atención, las notas quirúrgicas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.8.3

1. Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico.
2. La nota postquirúrgica incluye, al menos, los incisos del a) al q) definidos en el propósito.
3. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.

ESTÁNDAR ASC.8.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato.

➲ PROPÓSITO DE ASC.8.4

El estado fisiológico del paciente se monitoriza durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato. La monitorización se adecúa al estado del paciente y al procedimiento realizado.

Los resultados de la monitorización respaldan las decisiones transoperatorias y postoperatorias, tales como una reintervención, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. La monitorización guía la atención médica y de enfermería. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.8.4

1. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante la cirugía.
2. Los resultados se documentan en el expediente clínico.
3. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante el período postoperatorio inmediato.
4. Los resultados se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.8.5
Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.

PROPÓSITO DE ASC.8.5

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

Elementos Medibles de ASC.8.5

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. Los planes de atención quirúrgica se documentan en el expediente clínico.

EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y A SU FAMILIA

Patient and Family Education

PFE

EDUCACIÓN

EDUCACIÓN A LOS PACIENTE Y SU FAMILIA
PFE – EDUCACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
PFE.1	La organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención considerando cuatro perspectivas		✍
PFE.2	Se evalúan las barreras para el aprendizaje de cada paciente como parte del proceso educativo		✍
PFE.2.1	Se evalúan las necesidades de educación de cada paciente como parte del proceso educativo		✍
PFE.3	Se proporciona educación basada en la condición clínica del paciente como parte del proceso educativo		
PFE.3.1	La educación incluye temas relacionados con el proceso de atención		
PFE.3.2	La educación incluye temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México		
PFE.4	Se proporciona educación organizacional como parte del proceso educativo		
PFE.5	Se proporciona educación acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad como parte del proceso educativo		
PFE.6	Los métodos de educación y la interacción con el paciente, favorecen el proceso educativo		
PFE.7	El proceso educativo incluye a terceros		
PFE.8	El personal clínico que brinda atención al paciente participa en el proceso educativo		

ESTÁNDAR PFE.1
La organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención considerando cuatro perspectivas.

PROPÓSITO DE PFE.1 ✍

Cada organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar activamente en su cuidado, basándose en la misión, los servicios prestados, el contexto general de la organización y las necesidades específicas de cada paciente.

La educación se proporciona considerando cuatro perspectivas:

I. Basada en las necesidades específicas de cada paciente

Es aquella que se proporciona fundamentada en la búsqueda intencionada de dudas y/o inquietudes manifestadas por el paciente y/o su familia, y que se relacionan con su proceso de atención.

II. Basada en la condición clínica del paciente.

Muchos pacientes son ingresados con diagnósticos secundarios a la razón por la cual son ingresados, muchos de estos padecimientos solo requieren de continuidad de su tratamiento ambulatorio, algunos otros serán secundarios al proceso de atención en sí, algunos ejemplos que pueden ocurrir son de educación para pacientes con diagnóstico de diabetes, mujeres puérperas, pacientes hipertensos, pacientes postquirúrgicos, entre otros.

III. Organizacional

Es aquella educación que la organización define que se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado, con base en un análisis multidisciplinario del contexto de la organización. Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas al reglamento hospitalario, terceros pagadores (aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.

IV. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad

Son aquellos elementos del Modelo en los que el paciente tiene participación y por consiguiente, requieren de educación como al menos:

- Higiene de manos (MISP.5).
- Riesgo de caídas (MISP.6).
- Dolor (AOP, COP).

La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera eficiente y efectiva. La educación se proporciona de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario. Por consiguiente, la organización puede optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

- Designar un coordinador de educación.
- Crear un comité de educación.
- Crear un servicio de educación.
- Trabajar con todo el personal.

Como parte del proceso educativo, la organización define:

- Un proceso de evaluación del aprendizaje adquirido por el paciente y su familia.
- La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.

- El lugar en el expediente clínico donde se documenta la educación basada en las necesidades específicas de cada paciente y la basada en su condición clínica.
- El lugar en donde se documenta la educación organizacional y la del Modelo.

Elementos Medibles de PFE.1

1. La organización ha definido un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considera las siguientes cuatro perspectivas:
   1.1. Basada en las necesidades específicas de cada paciente.
   1.2. Basada en la condición clínica del paciente.
   1.3. Organizacional.
   1.4. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. La educación se proporciona de manera coordinada con un enfoque multidisciplinario.
4. La organización ha definido la manera y el lugar en que la educación proporcionada deberá documentarse.
5. Se documenta la educación proporcionada tal como lo definió la organización.

ESTÁNDAR PFE.2
Se evalúan las barreras para el aprendizaje de cada paciente como parte del proceso educativo.

ESTÁNDAR PFE.2.1
Se evalúan las necesidades de educación de cada paciente como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.2 Y PFE 2.1

El proceso educativo inicia con la identificación de las barreras para el aprendizaje de cada paciente y sus necesidades específicas de educación dentro de las primeras 24 horas de hospitalización (proceso de evaluación inicial), lo que contribuye a que la planeación de la educación sea más efectiva y permita brindar una atención centrada en el paciente.

Algunas barreras para el aprendizaje a considerar son las siguientes:

- Las creencias y valores del paciente y de su familia;
- Su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su idioma;
- Las barreras emocionales y las motivaciones;
- Las limitaciones físicas y cognitivas;
- La disposición del paciente para aprender; y
- La habilidad para realizar un procedimiento.

La primera perspectiva del proceso educativo es la basada en las necesidades específicas de cada paciente, mediante la búsqueda intencionada, estandarizada y sistemática de las dudas e inquietudes del paciente, como parte de la evaluación inicial, una forma de identificar estas necesidades, por ejemplo, es preguntando directamente a cada paciente sobre sus dudas e inquietudes particulares.

La evaluación inicial relacionada con el proceso educativo tiene como objetivo:

- Evaluar de manera intencionada las barreras para el aprendizaje de cada paciente en las primeras 24 horas,
- Definir el personal clínico que las llevará a cabo acorde a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal,
- Documentar el resultado de las evaluaciones, y en el caso de las necesidades específicas de educación, registrarlas tal como las expresa el paciente.
- Proporcionar educación relacionada a las necesidades específicas de cada paciente.
- Documentar dentro del expediente clínico la educación proporcionada tal como lo ha definido la organización.

Cada organización define si los elementos antes mencionados se deben reevaluar, los intervalos de tiempo en que se realizan las reevaluaciones y, si corresponde, su documentación; asimismo, el personal clínico que llevará a cabo dichas revaluaciones.

Elementos Medibles de PFE.2

1. La organización define los elementos de la evaluación de barreras para el aprendizaje.
2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de las barreras para el aprendizaje como parte del proceso de evaluación inicial en las primeras 24 horas de hospitalización.
4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.
5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.

Elementos Medibles de PFE.2.1

1. La organización define los elementos de la evaluación de necesidades específicas de educación de cada paciente.
2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de sus necesidades específicas de educación como parte del proceso de evaluación inicial (primeras 24 horas de hospitalización).
4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.
5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.
7. A cada paciente se le proporciona educación basada en sus necesidades específicas.
8. Se documenta en el expediente clínico esta educación.

ESTÁNDAR PFE.3
Se proporciona educación basada en la condición clínica del paciente como parte del proceso educativo.

ESTÁNDAR PFE.3.1
La educación incluye temas relacionados con el proceso de atención.

ESTÁNDAR PFE.3.2
La educación incluye temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México.

PROPÓSITO DE PFE.3, PFE.3.1 Y PFE.3.2

La segunda perspectiva del proceso educativo es la que se basa en la condición clínica del paciente, a partir de la identificación que el personal clínico involucrado en el proceso de atención de cada paciente considera necesaria acorde a su disciplina. Esta identificación toma en cuenta los conocimientos y destrezas que el paciente y su familia necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, así como para participar y continuar con sus cuidados al egreso. La organización ha definido la manera como se documenta en el expediente clínico esta educación.

Cuando corresponde, la organización proporciona educación en temas relacionados con:

- El uso seguro y efectivo de los medicamentos que toma el paciente
- El uso seguro y efectivo de equipo médico
- Dieta
- Manejo del dolor
- Técnicas de rehabilitación.

Además, si corresponde, se proporciona educación en temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México, como, por ejemplo:

- Planeación familiar
- Violencia familiar
- Enfermedades crónico-degenerativas
- Patologías oncológicas
- Adicciones
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Datos de alarma en embarazadas
- Salud Mental

Elementos Medibles de PFE.3

1. Acorde a la condición clínica de cada paciente, el personal clínico involucrado en el proceso de atención identifica la educación que debe de proporcionarse.
2. Se proporciona la educación acorde a lo identificado por el personal clínico.
3. El personal clínico documenta en el expediente clínico la educación que proporciona al paciente.

Elementos Medibles de PFE.3.1

1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de los medicamentos.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor.
5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.

Elementos Medibles de PFE.3.2

1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planeación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería para adolescentes, violencia familiar, violencia de género y Acoso sexual.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, autocuidado, detección y atención temprana, especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardiológicos y cerebrovasculares.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervicouterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.
5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación.
6. Si corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma durante el embarazo para solicitar atención en forma inmediata.
7. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre salud mental.

ESTÁNDAR PFE.4
Se proporciona educación organizacional como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.4

La tercera perspectiva del proceso educativo es la organizacional, la cual ha definido la organización con base en un análisis multidisciplinario de su contexto. Esta educación se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado. Asimismo, ha definido la manera como se documenta en el expediente clínico esta educación.

Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas con el reglamento hospitalario, terceros pagadores (aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.

Elementos Medibles de PFE.4

1. Se proporciona educación a los pacientes, con base en lo establecido por la organización.
2. Se documenta la educación organizacional que se proporciona al paciente, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.

ESTÁNDAR PFE.5
Se proporciona educación acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.5

La cuarta perspectiva del proceso educativo es la establecida por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, que incluye educación para todos los pacientes en los siguientes temas:

- Higiene de manos (MISP.5).
- Riesgo de caídas (MISP.6).
- Dolor (AOP, COP).
- Fomento a la Lactancia Materna, si corresponde
- Cuidados Paliativos, si corresponde.

Elementos Medibles de PFE.5

1. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con la Higiene de manos.
2. Se documenta la educación relacionada con la Higiene de manos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
3. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el riesgo de caídas.
4. Se documenta la educación relacionada con el riesgo de caídas, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
5. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el dolor.
6. Se documenta la educación relacionada con el dolor, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
7. En las organizaciones que brindan servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, se proporciona educación relacionada al Fomento a la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas y puérperas.
8. Se documenta la educación relacionada al Fomento a la lactancia materna, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
9. Cuando corresponda, se proporciona educación relacionada al manejo integral de cuidados paliativos.
10. Se documenta la educación relacionada al manejo integral de cuidados paliativos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.

ESTÁNDAR PFE.6
Los métodos de educación y la interacción con el paciente, favorecen el proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.6

Entender las barreras para el aprendizaje de los pacientes, ayuda a que la organización seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados.

Como parte del proceso educativo, se alienta a los pacientes a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal; esta interacción entre el paciente y el personal permite una realimentación que asegura que la información se comprenda, sea adecuada y útil. El personal reconoce la importancia del papel que desempeña el paciente en la atención médica segura y de buena calidad.

La organización decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa futura.

Elementos Medibles de PFE.6

1. Se alienta a los pacientes a hacer preguntas y a decir lo que piensan, para confirmar que se comprendió la información.
2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado acorde a las barreras para el aprendizaje y las preferencias del paciente.

ESTÁNDAR PFE.7
El proceso educativo incluye a terceros.

PROPÓSITO DE PFE.7

En ocasiones, el proceso educativo debe dirigirse a un tercero, por ejemplo, en pacientes pediátricos, inconscientes y/o con alguna discapacidad que impida la comunicación y/o la comprensión de la información. Cada organización integra en la definición de su proceso educativo las situaciones, la manera en que proporcionará educación a un tercero, y el lugar donde se documentará. Los terceros a quienes se proporciona educación pueden ser familiares, amigos, cuidadores, entre otros.

Elementos Medibles de PFE.7

1. La organización incluye dentro de su proceso educativo el proporcionar educación a terceros.
2. Se proporciona educación a terceros en las situaciones definidas por la organización.
3. Se proporciona educación a terceros de la manera definida por la organización.
4. Se documenta la educación proporcionada a terceros acorde a lo definido por la organización.
5. Si corresponde, se proporciona educación a terceros.

ESTÁNDAR PFE.8
El personal clínico que brinda atención al paciente participa en el proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.8

El proceso educativo se lleva a cabo por personal competente que entiende la importancia y los beneficios de proporcionar educación al paciente. De acuerdo con las cuatro perspectivas del proceso educativo, el personal correspondiente, clínico y no clínico, proporciona educación de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario.

El conocimiento del tema, el tiempo adecuado disponible y la capacidad de comunicarse efectivamente son aspectos importantes por tomar en cuenta para un proceso de educación efectivo.

Elementos Medibles de PFE.8

1. El proceso educativo se proporciona de manera coordinada.
2. Quienes imparten educación cuentan con el conocimiento del tema para hacerlo.
3. Quienes imparten educación cuentan con las competencias para hacerlo.

APARTADO.5 ESTÁNDARES

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Management of Communication and Information

MCI

INFORMACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN
MCI – INFORMACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN		
MCI.1	Se planean y diseñan procesos para gestionar la información que genera la organización		✍
MCI.2	Se asegura la confidencialidad de los datos y la información clínica y no clínica relevante		✍
MCI.3	Se mantiene la seguridad y la integridad de todos los datos e información		✍
MCI.4	La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información		✍
MCI.5	Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada		
MCI.6	En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario		
MCI.7	Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado		
MCI.8	El personal es capacitado para gestionar la información		
MCI.9	La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito		✍
	AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN		
MCI.10	La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión		
MCI.10.1	La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información		✍
MCI.10.2	La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas		
	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN		
MCI.11	La organización se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios		
MCI.12	Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención		
MCI.12.1	La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles		
MCI.13	La comunicación es efectiva en toda la organización		
MCI.14	Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos		
	TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN SALUD		
MCI.15	La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud		

MCI.16	Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, el hospital implementa procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente	✍
MCI.17	La organización desarrolla, mantiene y prueba un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos	✍
	EXPEDIENTE CLÍNICO	
MCI.18	El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención	
MCI.19	Cada paciente cuenta con un expediente clínico	
MCI.19.1	El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención	
MCI.19.2	El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.	
MCI.19.3	Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias cuenta con un expediente clínico	
MCI.19.4	La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente	
MCI.20	Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente	
MCI.20.1	Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó información en el expediente clínico	
MCI.21	Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos	

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR MCI.1
Se planean y diseñan procesos para gestionar la información que genera la organización.

PROPÓSITO DE MCI.1 ✍

La información se genera y se utiliza durante los procesos clínicos y de gestión de un hospital. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de un proceso efectivo. El proceso incorpora aportes de varias fuentes:

- los prestadores de atención;
- los líderes y responsables de áreas del establecimiento; y
- las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención del hospital, por ejemplo, instituciones, servicios subrogados, aseguradoras, entre otros.

El proceso de manejo de la información toma en cuenta la misión del establecimiento, los servicios prestados, los recursos, el acceso a la tecnología y el apoyo para lograr y mantener una comunicación coordinada entre el equipo multidisciplinario de atención. El proceso es adecuado para el tamaño del establecimiento, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado, y demás recursos humanos y técnicos.

El proceso incluye la determinación de los datos y la información que deberán de manejarse de manera estandarizada de tal forma que puedan agruparse, categorizarse y analizarse para identificar patrones y tendencias.

Elementos Medibles de MCI.1

1. La organización define qué datos e información deberán manejarse de manera estandarizada. 🗐
2. La organización define un proceso para la gestión de datos e información. 🗐
3. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos.
4. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.
5. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.
6. El proceso para manejar información es adecuado para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.
7. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR MCI.2
Se asegura la confidencialidad de los datos y la información clínica y no clínica relevante.

PROPÓSITO DE MCI.2 ✍

A partir de un análisis multidisciplinario, la organización determina qué datos e información clínica y no clínica serán considerados confidenciales, por ejemplo, datos financieros, información sobre el personal, la información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, el expediente clínico, los datos de una investigación, entre otros.

La organización define un proceso para guardar la confidencialidad de esta información de acuerdo con su contexto y a la legislación aplicable vigente, de igual manera se define un proceso que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.

Elementos Medibles de MCI.2

1. La organización ha determinado qué datos e información clínica y no clínica son considerados confidenciales.
2. Se define un proceso en el cual se ocupa la confidencialidad de la información de acuerdo con el contexto de la organización y conforme a la legislación aplicable vigente.
3. El proceso está implementado.
4. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.
5. La organización define un proceso, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.

ESTÁNDAR MCI.3
Se mantiene la seguridad y la integridad de todos los datos e información.

PROPÓSITO DE MCI.3

La organización define los procesos de seguridad que permiten el acceso a los datos y a la información clasificada sólo al personal autorizado por esta. El acceso a las distintas categorías de información toma en cuenta las necesidades identificadas de acuerdo con el cargo laboral y función, incluido el personal en formación.

En el proceso se define:

- la información a la cual tiene acceso el personal;
- la obligación del usuario de mantener la seguridad y la integridad de los datos y/o la información; y
- el proceso por seguir en caso de que se violen la confidencialidad, la seguridad y/o la integridad.

Un aspecto importante al mantener la seguridad de la información es determinar quién está autorizado para obtener información. Es sumamente importante que la organización determine quién puede acceder e ingresar información en el expediente clínico. Existe un proceso para asegurar que sólo personal autorizado ingrese información en los expedientes clínicos.

Estos procesos se definen tomando en cuenta todos los datos y la información que genera la organización, incluyendo lo relacionado con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.3

1. Se definen procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización.
2. El proceso incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada.
3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información.
4. El proceso está implementado.
5. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.

ESTÁNDAR MCI.4
La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información.

PROPÓSITO DE MCI.4

La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información. Los datos y la información que genera la organización deberán conservarse por períodos suficientes para cumplir con la legislación aplicable vigente, las necesidades de los usuarios y para respaldar la atención al paciente, la gestión, la investigación y la educación; por ejemplo, los expedientes clínicos de los pacientes deberán conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha

del último acto médico. El proceso de conservación incluye el cuidado de la información en términos de confidencialidad y seguridad. Cuando el periodo de retención se termina, se destruyen debidamente los datos y la información.

Elementos Medibles de MCI.4

1. Se define un proceso para la conservación de todos los datos e información que genera la organización acorde a la legislación aplicable vigente.
2. El proceso establece el tiempo de conservación de los datos y la información acorde al contexto de la organización y a la legislación aplicable vigente.
3. El proceso de conservación establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
4. Los datos y la información se destruyen debidamente.

ESTÁNDAR MCI.5
Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.

PROPÓSITO DE MCI.5

El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer sus expectativas. Las estrategias de difusión incluyen:

- proporcionar sólo los datos e información que el usuario solicite o necesite;
- dar al informe un formato que ayude a su uso en el proceso de decisión;
- proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesite;
- vincular fuentes de datos e información; y
- ofrecer interpretación o aclaración de datos.

Elementos Medibles de MCI.5

1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios.
2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.
3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que colabora con su uso deseado.
4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesaria para cumplir las responsabilidades de su trabajo.

ESTÁNDAR MCI.6
En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario.

PROPÓSITO DE MCI.6

La tecnología para el manejo de la información representa una importante inversión de recursos para un establecimiento de atención médica. Por este motivo, la tecnología se ajusta, cuidadosamente, a las necesidades y recursos actuales y futuros de cada organización. Es preciso integrar la tecnología disponible con los procesos de manejo de la información existentes; la tecnología mencionada ayuda a integrar las actividades de todas las áreas y servicios del hospital. Este nivel de coordinación requiere la participación en el proceso de selección de un equipo multidisciplinario que incluya, clínicos, no clínicos y directivos.

Elementos Medibles de MCI.6

1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
2. El personal no clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
3. El personal directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.

ESTÁNDAR MCI.7
Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

PROPÓSITO DE MCI.7

Los datos e información que genera la organización están seguros y protegidos en todo momento; por ejemplo: los expedientes clínicos activos se guardan en áreas a las que sólo tiene acceso el personal profesional de la salud autorizado, y se archivan en sitios donde es poco probable la presencia de calor, agua, fuego u otros agentes que provoquen daños. La organización también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso.

Elementos Medibles de MCI.7

1. Los datos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.
2. Los datos y la información están protegidos contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.
3. El expediente clínico forma parte de este proceso contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

ESTÁNDAR MCI.8
El personal es capacitado para gestionar la información.

PROPÓSITO DE MCI.8

El personal de la organización que genera, recolecta, analiza, y utiliza los datos, debe recibir capacitación a fin de participar efectivamente en la gestión de la información.

Esta educación y capacitación permiten al personal:

- comprender la seguridad y confidencialidad de los datos y la información; usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos;
- ayudar en la interpretación de datos;
- usar los datos y la información para ayudar en la toma de decisiones;
- educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en los procesos de atención; y
- usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

El personal está capacitado según corresponda, de acuerdo con sus responsabilidades, las descripciones de los puestos y las necesidades de categorización y análisis de los datos e información. El proceso de gestión de la información posibilita combinar información de varias fuentes y generar informes para respaldar la toma de decisiones. En particular, la combinación de información clínica y de gestión ayuda a los líderes a tomar decisiones conjuntas y a hacer planes en colaboración. El proceso de gestión de la información respalda las decisiones, cambios y procesos que se definen por los líderes a través del análisis de los datos a través del tiempo y la identificación de patrones y tendencias.

Elementos Medibles de MCI.8

1. El personal recibe capacitación acerca de la gestión de la información.
2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.
3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para respaldar la toma de decisiones.

ESTÁNDAR MCI.9
La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito.

PROPÓSITO DE MCI.9 ✍

Los documentos que se manejan en la organización deben ser el resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración, que tenga como propósito definir cómo se llevarán a cabo los procesos dentro de la organización con el fin de implementar de manera sistemática y estandarizada dichos procesos.

El proceso describe cómo se llevará a cabo lo siguiente:

a) La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación.
b) El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos.
c) Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen.
d) La identificación de los cambios en los documentos.
e) El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento.
f) El control de los documentos originados fuera del establecimiento.
g) La retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente, mientras se asegura que no se utilicen por error.
h) La identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación.

El sistema de seguimiento permite que cada documento se identifique por título, fecha de emisión, fecha de edición y/o de la revisión actual, número de páginas, persona que autorizó la emisión y/o revisó el documento, e identificación en la base de datos (si corresponde).

Los documentos relacionados con el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, están vigentes y fueron realizados conforme al proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de MCI.9

1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. 🗐
2. El proceso está implementado.
3. Todos los documentos relacionados con el Modelo Único de Evaluación de la Calidad se encuentran vigentes y acordes a lo definido en el proceso.
4. Los documentos que se manejan en la organización son resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración.

AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR MCI.10
La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión.

ESTÁNDAR MCI.10.1
La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.

ESTÁNDAR MCI.10.2
La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

PROPÓSITO DE MCI.10 A MCI.10.2

La organización analiza datos agrupados y categorizados para respaldar los procesos de atención y de gestión de la organización. Los datos agrupados y categorizados proporcionan un perfil de la organización en el tiempo, y permiten comparar su desempeño con el de otros establecimientos. Por consiguiente, la agrupación, categorización y análisis constituyen una parte importante de las actividades de mejora del desempeño de la organización.

En particular, la información agrupada y categorizada sobre los sistemas críticos, la supervisión de los procesos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente ayudan a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar, una herramienta muy útil es el análisis de patrones y tendencias.

Al participar en bases de datos externas de desempeño, un hospital puede comparar su desempeño con el de otros a nivel local, nacional e internacional. La comparación del desempeño de la organización es una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar. Las redes de atención médica y quienes compran o pagan para recibir atención médica con frecuencia solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas, y van desde bases de datos de aseguradoras hasta las de sociedades profesionales. En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.10

1. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos.
2. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos de gestión.
3. La agrupación, categorización y análisis respaldan el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.10.1

1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.
   1.1. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con los sistemas críticos.
   1.2. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con la supervisión de los procesos.
   1.3. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.10.2

1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de estas.
2. La organización contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a la legislación aplicable vigente.
3. La organización compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

ESTÁNDAR MCI.11
La organización se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios.

PROPÓSITO DE MCI.11

La organización identifica la comunidad y la población que reciben sus servicios, por lo que planean una comunicación permanente con dichos grupos de interés. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación con la comunidad y terceros pagadores. Los tipos de información incluyen:

- Información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención; e
- Información sobre la calidad de los servicios.

La información se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

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

Elementos Medibles de MCI.11

1. La organización ha identificado la comunidad y la población de interés.
2. La organización implementa una estrategia de comunicación con la comunidad y población de interés, acorde a sus condiciones socioculturales.
3. La organización brinda información, de manera efectiva, sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para acceder a la atención.
4. La organización brinda información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.

ESTÁNDAR MCI.12
Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención.

PROPÓSITO DE MCI.12

Los pacientes y familiares necesitan información completa sobre la atención que reciben y los servicios que ofrece el hospital, así como la forma de acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, sus familiares y la organización. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento de satisfacer dichas expectativas. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención que el paciente necesita está más allá de la misión de la organización y de su capacidad.

Elementos Medibles de MCI.12

1. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.
2. Los pacientes y sus familiares reciben información sobre los procesos de atención.
3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.

ESTÁNDAR MCI.12.1
La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

PROPÓSITO DE MCI.12.1

Los pacientes sólo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares acorde a su contexto sociocultural. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones verbales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, entre otros, por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes ayuden con la educación o traduzcan materiales. Es importante reconocer las limitaciones de los niños para actuar como traductores, para comunicar información y educación importantes tanto clínica como de otra índole; por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños como traductores como último recurso. Cuando se empleen personas ajenas a la familia para traducir o interpretar, serán conscientes de las barreras que pueda tener el paciente para comunicarse y comprender.

Elementos Medibles de MCI.12.1

1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensibles.

ESTÁNDAR MCI.13
La comunicación es efectiva en toda la organización.

PROPÓSITO DE MCI.13

La comunicación efectiva dentro de un establecimiento de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, las áreas y servicios; entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas.
Las autoridades del establecimiento no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como Modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de MCI.13

1. Los líderes se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en la organización, entre sus profesionales, áreas y servicios.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.

ESTÁNDAR MCI.14
Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

PROPÓSITO DE MCI.14

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los líderes desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación, a través de mecanismos formales (por ejemplo: comités permanentes y equipos conjuntos) e informales (por ejemplo: boletines informativos y trípticos) para la promoción de la comunicación entre servicios e individuos. La

coordinación de los servicios clínicos proviene de una comprensión de la misión de cada área, de los servicios y de la colaboración en la definición de procesos con enfoque de sistema.

Elementos Medibles de MCI.14

1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.
2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.

TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN SALUD

ESTÁNDAR MCI.15
La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud.

★ PROPÓSITO DE MCI.15

Las tecnologías de la información pueden mejorar significativamente la seguridad de los pacientes al automatizar y coordinar el trabajo, al brindar una transición constante de la información sobre la salud del paciente y al ofrecer mecanismos de seguridad que potencialmente reducen los riesgos de error. Por ejemplo, los errores de medicación se pueden reducir notablemente mediante la implementación de un mecanismo de prescripción electrónica y del uso de códigos de barras para la administración de medicamentos. No obstante, cuando las tecnologías no se evalúan y prueban antes de su implementación, pueden suponer un incremento de los riesgos para los pacientes.

La tecnología de la información del cuidado de la salud incluye sistemas electrónicos para documentar y compartir información del paciente, como el expediente clínico. La tecnología de la información del cuidado de la salud también incluye métodos para almacenar, gestionar y proteger datos e información; comunicar información entre los profesionales de la salud para coordinar mejor la atención; e interactuar con otros sistemas para facilitar la atención y el tratamiento del paciente.

La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas de tecnología de la información en salud. La persona está calificado por educación, capacitación o experiencia relevante al rol y responsabilidades. Dependiendo del tamaño y alcance de los sistemas de tecnología de la información del hospital, puede haber varias personas que apoyen a esta persona y ayuden a administrar aspectos del programa.
La persona que supervisa los sistemas de tecnología de la información del cuidado de la salud es responsable de al menos lo siguiente:

a) Recomendar espacio, equipo, tecnología y otros recursos al liderazgo del hospital para apoyar los sistemas de tecnología de la información en el hospital.
b) Coordinar y realizar actividades de evaluación de riesgos para evaluar los riesgos de seguridad de la información, priorizar riesgos e identificar mejoras.
c) Asegurar que el personal y otros tengan la formación y capacitación sobre seguridad de la información y políticas y procedimientos aplicables.
d) Identificar métricas para evaluar como los sistemas, están funcionando y afectando al personal y a los pacientes.

Los nuevos sistemas de tecnología pueden no abordar todas las áreas de servicios (por ejemplo, el quirófano o el servicio de urgencias), o puede que no permitan interfaces con sistemas existentes. En consecuencia, evaluar y hacer pruebas de manera exhaustiva ayudarán al hospital a determinar como los procesos y la tecnología existentes se podrían optimizar, modificar y habilitar mediante nueva tecnología.

La tecnología de la información no funciona de manera independiente. La tecnología de la información para la atención médica interactúa con los procesos de dentro del hospital, con otras organizaciones externas, y con profesionales del cuidado de la salud internos y externos, así como también con pacientes y familiares. Este nivel de integración compleja requiere la participación coordinada de las partes interesadas clave. Bajo el liderazgo de la persona que supervisa la

tecnología de la información de salud en el hospital, las partes interesadas, como el personal clínico y no clínico y los lideres de departamentos/servicios, participan en el análisis del flujo de trabajo, el proceso de selección de nuevas tecnologías/sistemas y las pruebas, la implementación y la evaluación de la tecnología.
Todo o parte del proceso de integración de la nueva tecnología con la existente puede realizarse por medio de servicios contratados. En el caso de servicios contratados se requiere el mismo nivel de análisis, evaluación y pruebas, y requiere la participación de las partes interesadas apropiadas.

Tras la implementación de los sistemas de tecnología de información, es importante que la organización tenga en marcha un proceso para evaluar la facilidad de uso y la efectividad de la tecnología. La evaluación incluye, entre otros aspectos, si la tecnología se usa para lo que se diseñó e implementó originalmente; qué tan bien se integra con la tecnología existente; y qué efectos tiene en la mejora de la seguridad de los pacientes, la reducción de errores, y la mejora del desempeño del hospital, y como la t tecnología puede estar impactando al personal (por ejemplo, aumenta la eficiencia, aumenta el estrés/cansancio y demás)

Elementos Medibles de MCI.15

1. La organización proporciona dirección, apoyo y recursos para la tecnología de la información del cuidado de la salud en el hospital.
2. La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas de tecnología de la información del cuidado de la salud en el hospital con la responsabilidad de al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito.
3. Las partes interesadas, como el personal clínico y no clínico y los lideres de departamentos/servicios, participan en procesos como la selección, pruebas, implementación y evaluación de sistemas de tecnología de información del cuidado de la salud nuevos y en evolución.
4. Los sistemas de tecnología de la información del cuidado de la salud nuevos y en evolución se monitorean y evalúan para determinar su usabilidad, efectividad, resultados del personal y seguridad del paciente, y las mejoras se identifican e implementan en función de los resultados.

ESTÁNDAR MCI.16
Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, el hospital implementa procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente.

★ PROPÓSITO DE MCI.16 ✍

A medida que la tecnología ha evolucionado, muchos profesionales de la salud han comenzado a utilizar dispositivos móviles para comunicar datos e información de los pacientes a través de mensajes de texto y correos electrónicos, como resultados críticos, referencias y notas sobre la atención del paciente. Los profesionales de la salud pueden intercambiar comunicaciones con otros profesionales, dentro y fuera del hospital, o pueden recibir mensajes de texto o correos electrónicos de los pacientes. Los hospitales pueden proporcionar dispositivos móviles a sus médicos o pueden permitir que los médicos utilicen sus dispositivos personales. Cuando se utilizan dispositivos móviles, el hospital debe asegurarse de que los datos y la información del paciente se mantengan seguros y confidenciales. Cuando el hospital proporciona los dispositivos móviles al personal, existen procedimientos para recuperar los dispositivos cuando el personal ya no está empleado o asociado con el hospital.

Cuando el hospital permite que la información confidencial y privada del paciente se transmita a través de mensajes de texto (por ejemplo, identificación del paciente, diagnósticos, historial, resultados de pruebas y otra información confidencial), el hospital implementa políticas para garantizar que se mantenga la confidencialidad de la información del paciente. Por ejemplo: el identificar al paciente con iniciales. Así mismo, deberá considerarse la transmisión de información sensible para garantizar la continuidad de la atención y cuando se requiera la trasmisión por medios electrónicos de esta información, se documenta la autorización por escrito del paciente, por ejemplo, en el aviso de privacidad.

Elementos Medibles de MCI.16

1. La organización define un proceso para garantizar la calidad de la atención al paciente manteniendo la seguridad y confidencialidad de la información.
2. Cuando se transmite información del paciente a través de mensajes de texto, correo electrónico u otras comunicaciones de datos, la organización se asegura de que el proceso mantenga la confidencialidad de la información del paciente.
3. La organización implementa un proceso en donde el paciente autoriza por escrito la transmisión de su información, a través de mensajes de texto, correo electrónico u otras comunicaciones de datos.
4. La organización implementa procesos para monitorizar el cumplimiento a las políticas establecidas.

ESTÁNDAR MCI.17

La organización desarrolla, mantiene y prueba un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.

★ PROPÓSITO DE MCI.17

Ya sea que un hospital haya implementado o no un expediente clínico electrónico, existe una forma de tecnología de la información en la mayoría de los hospitales. La tecnología de la información se puede encontrar en imágenes digitales, pruebas de laboratorio e informes de resultados, sistemas de comunicación, sistemas de apoyo farmacéutico y similares. Los sistemas de datos son una parte importante para brindar una atención al paciente segura y de alta calidad.

Las interrupciones y fallas del sistema de datos son eventos inevitables. Estas interrupciones, a menudo denominadas tiempo de inactividad, son planificadas o no. El tiempo de inactividad planificado se programa con el fin de realizar mantenimiento, reparaciones, actualizaciones y otros cambios en el sistema. Un tiempo de inactividad no planificado ocurre como resultado de fallas de energía o equipos, desastres naturales, errores humanos e interrupciones de los servicios de internet o intranet, entre otras interrupciones. El tiempo de inactividad no planificado puede provocar fallas en el sistema de datos, como pérdida de datos, fallas de hardware y corrupción de datos. Los hospitales pueden estar en peligro de perder datos de forma permanente si no existen sistemas para copiar y archivar datos.

El tiempo de inactividad, ya sea planificado o no, puede afectar a todo el sistema o puede afectar solo a una sola aplicación. Las organizaciones deben preparar todos los departamentos y servicios con capacitación específica en tácticas e intervenciones para administrar el tiempo de inactividad en su área particular. Por ejemplo, la forma en que se administra el tiempo de inactividad en el departamento de urgencias puede ser diferente del proceso para administrar el tiempo de inactividad en un área de diagnóstico por imágenes o una farmacia.

La comunicación es un elemento esencial de las estrategias de continuidad durante el tiempo de inactividad. Notificar al personal sobre el tiempo de inactividad planificado les permite hacer los preparativos necesarios para garantizar que el trabajo continúe de manera segura y eficaz. La comunicación antes del tiempo de inactividad planificado debe incluir al menos la siguiente información:

- El sistema o aplicación de tecnología de la información que estará inactivo y el departamento/áreas de servicio que se verán afectadas
- El tiempo en que comenzará el tiempo de inactividad y el tiempo esperado que el sistema o la aplicación no estarán disponibles.
- El motivo del tiempo de inactividad y los cambios que se pueden esperar una vez finalizado el tiempo de inactividad planificado; por ejemplo: Mantenimiento regular: no se esperan cambios o Mejoras en el sistema

Cuando se produce un tiempo de inactividad no planificado, el personal debe ser notificado inmediatamente después de descubrir el evento. La forma en que se comunica la información al personal dependerá del sistema que no funcione. Por ejemplo, si la red del hospital se cae, es posible que sea necesario comunicarse con el personal por teléfono. Se deben desarrollar múltiples estrategias de comunicación para abordar los diferentes sistemas que pueden verse afectados. Además de las estrategias de comunicación interna, puede ser necesario desarrollar estrategias para la comunicación externa. Por ejemplo, si el hospital tiene una aplicación de interfaz con servicios de laboratorio o radiología externos/contratados y no está disponible debido al tiempo de inactividad, es necesario que haya un proceso para obtener los resultados durante el tiempo de inactividad y un plan para que los resultados se informen a través de la interfaz cuando el tiempo de inactividad ha terminado.

El hospital debe desarrollar estrategias y medidas para continuar la atención al paciente durante las interrupciones del sistema de datos. Un enfoque para administrar el tiempo de inactividad puede incluir la práctica de tener un paquete de formularios de tiempo de inactividad impresos o una carpeta de tiempo de inactividad disponible para continuar con la atención si el tiempo de inactividad no planificado excede un cierto umbral de tiempo (generalmente más de 30 minutos). Otro enfoque puede ser mantener una computadora de tiempo de inactividad que permita el acceso de solo lectura a los datos del paciente.

Después del tiempo de inactividad, es posible que sea necesario ingresar manualmente la atención al paciente y los servicios prestados durante el periodo de inactividad, a través de un sistema de gestión/escaneo de documentos, o mediante transcripciones de copia impresa a copia electrónica durante periodos de inactividad. Las organizaciones deben definir qué datos pueden necesitar volver a ingresar en un formato especial (por ejemplo, todos los medicamentos recetados durante el tiempo de inactividad, ordenes seleccionadas, alergias, listas de problemas, etc.), qué datos pueden necesitar ser escaneados y qué datos pueden necesitar transcribirse de una copia impresa a una copia electrónica. Para garantizar la confidencialidad y seguridad de la información, la organización debe tener un proceso documentado para la gestión de cualquier documentación en papel utilizada durante el tiempo de inactividad.

Las tácticas de recuperación del tiempo de inactividad incluyen sistemas de recuperación ante desastres y de conmutación por error para realizar copias de seguridad, recuperar y mantener sistemas de datos. Los sistemas de recuperación ante desastres suelen estar ubicados en ubicaciones remotas para recuperar datos que pueden haberse corrompido o borrado involuntariamente. Estos sistemas se respaldan periódicamente, por lo general todas las noches. Los sistemas de conmutación por error minimizan las interrupciones en la atención al paciente y la pérdida de datos. Los sistemas de conmutación por error generalmente se encuentran en las instalaciones y se conmutan a los pocos segundos o minutos de que el sistema principal deja de estar disponible debido a un tiempo de inactividad planificado o no planificado. En los hospitales que utilizan un sistema basado en la nube para la copia de seguridad de los datos, el proveedor del sistema basado en la nube debe contar con sistemas de copia de seguridad adecuados para minimizar las interrupciones en la atención, evitar la pérdida de datos y mantener la integridad de los datos. Las soluciones de respaldo óptimas para cada hospital dependen de muchos factores, incluida la cantidad de datos que requieren respaldo, la velocidad a la que se pueden respaldar y recuperar datos, la ubicación de los sistemas de recuperación, los costos y otros factores.

La mayoría de los hospitales prueban sus planes de recuperación de datos al menos una vez al año. Sin embargo, se deben probar las copias de seguridad simples al menos una vez al trimestre y siempre que haya un cambio importante de hardware o software en el sistema de respaldo. Es particularmente importante ejecutar una prueba después de una actualización para asegurarse de que la actualización funcione correctamente con el resto de los sistemas. El hospital planifica las interrupciones capacitando al personal en procedimientos alternativos, probando el programa de manejo de emergencias del hospital realizando copias de seguridad de datos programadas regularmente y probando los procedimientos de restauración de datos. Independientemente de si una organización utiliza un sistema en papel o un sistema electrónico, debe existir un plan para abordar el proceso de continuidad de la información, incluida la información basada en el conocimiento. Es probable que los hospitales que planean mantener el acceso a los sistemas de información electrónicos mediante el uso de varios procesos de respaldo y recuperación experimenten una continuidad perfecta en la atención al paciente y una pérdida mínima de datos.

Elementos Medibles de MCI.17

1. La organización define un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos y la práctica es consistente con ello.
2. El hospital desarrolla y mantiene, y prueba al menos una vez al año, un programa de respuesta al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.
3. El hospital identifica el impacto probable que tendrá el tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos en todos los aspectos de la atención y los servicios.
4. El programa incluye estrategias de continuidad para la prestación de servicios y atención al paciente seguros y de alta calidad, incluidos los servicios proporcionados por proveedores externos, durante el tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.

5. El programa identifica estrategias de comunicación internas y, cuando corresponda, externas para el tiempo de inactividad planificado y no planificado.
6. El hospital identifica e implementa tácticas de recuperación de tiempo de inactividad y procesos de respaldo de datos continuos para recuperar y mantener los datos y garantizar la integridad de los datos y mantener la confidencialidad y seguridad de la información del paciente.
7. El personal está capacitado en las estrategias y tácticas utilizadas para el tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.

EXPEDIENTE CLÍNICO

ESTÁNDAR MCI.18
El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención.

PROPÓSITO DE MCI.18

El expediente clínico es una fuente primaria de información del proceso de atención y evolución del paciente, es una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención, debe estar disponible para la atención en hospitalización, consulta y en otros momentos, según sea necesario, y deberá mantenerse actualizada. Las notas médicas, de enfermería y demás sobre la atención al paciente deben estar a disposición de todos los prestadores de atención del paciente. La organización identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.18

1. La organización determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico.
2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.
3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.

ESTÁNDAR MCI.19
Cada paciente cuenta con un expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.19

Todo paciente evaluado o tratado en la organización en servicios de hospitalización, servicios ambulatorios o servicios de urgencias cuenta con un expediente clínico. Se asigna al expediente un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su expediente. Un único expediente e identificador permiten a la organización localizar fácilmente los expedientes clínicos del paciente y documentar la atención de los usuarios en el tiempo.

Elementos Medibles de MCI.19

1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.
2. Los expedientes clínicos se controlan mediante el uso de un identificador, número de expediente o algún otro método efectivo.

ESTÁNDAR MCI.19.1
El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención.

ESTÁNDAR MCI.19.2

El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

ESTÁNDAR MCI.19.3
Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias cuenta con un expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.19.1 A MCI.19.3

El expediente clínico debe contener información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizados del expediente ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los profesionales de la salud que trabajan con el paciente.

Los expedientes se documentan de acuerdo con la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente además del personal médico y de enfermería, por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

El expediente de cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias incluye la hora de llegada, las conclusiones al terminar el tratamiento, el estado del paciente al alta y las instrucciones de seguimiento.

Elementos Medibles de MCI.19.1

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.
3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.
4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento.

Elementos Medibles de MCI.19.2

1. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la legislación aplicable vigente.
2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.
3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.

Elementos Medibles de MCI.19.3

1. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen la hora de llegada.
2. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
3. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen el estado del paciente al alta.
4. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.

ESTÁNDAR MCI.19.4
La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.

PROPÓSITO DE MCI.19.4

A menudo los pacientes son atendidos en distintas áreas del hospital durante su proceso de atención. Cuando cambia el equipo de atención debido a que el paciente cambió de área o servicio, la continuidad de la atención requiere que la información esencial relacionada con el paciente se transfiere con él. Por consiguiente, los medicamentos y demás tratamientos pueden continuar sin interrupciones, y el estado del paciente se puede controlar debidamente. A fin de lograr esta transferencia de información, se elabora un resumen de la información clínica en el momento del traslado del paciente dentro de la organización. Dicho resumen incluye el motivo de la transferencia, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, los medicamentos y demás tratamientos administrados, y el estado del paciente en el momento del cambio de área o servicio.

Este resumen se realiza cuando el paciente cambia de área o servicio para continuar su proceso de atención y ya no regresará al servicio donde se encontraba, por ejemplo, de terapia intensiva a hospitalización.

Elementos Medibles de MCI.19.4

1. Se realiza un resumen de la atención brindada cuando el paciente cambia de área o servicio.
2. El resumen incluye el motivo de la transferencia.
3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.
4. El resumen incluye los diagnósticos realizados.
5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.
6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.
7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.

ESTÁNDAR MCI.20
Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente.

ESTÁNDAR MCI.20.1
Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó información en el expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.20 Y MCI.20.1

Un aspecto de la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información en el mismo. La organización autoriza a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes, y que el autor del ingreso se identifique y registre la fecha y la hora en que se ingresó la información a fin de poder llevar un seguimiento adecuado del proceso de atención de cada paciente.

Elementos Medibles MCI.20

1. La organización definió el personal que está autorizado para ingresar información en el expediente clínico.
2. La organización definió el formato y la ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.
3. Sólo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos.

Elementos Medibles de MCI.20.1

1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico y se consigna el nombre y la firma.
2. Se identifica la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico.
3. Se identifica la hora de ingreso de la información en el expediente clínico.

ESTÁNDAR MCI.21

Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.

PROPÓSITO DE MCI.21

Cada establecimiento determina el contenido y el formato del expediente clínico, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente y ha definido un proceso para evaluar el contenido de los expedientes clínicos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora de la organización y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes clínicos se basa en una muestra que representa a toda la organización, es decir, todos los servicios, turnos, disciplinas, entre otros.
El proceso de revisión del expediente lo realiza un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico o grupo de trabajo), conformado por el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información. La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible. El Comité coordina la revisión de los expedientes para garantizar un expediente clínico integrado y de calidad. El proceso de revisión de los expedientes incluye tanto los de los pacientes que actualmente reciben atención (expedientes clínicos abiertos) como los de pacientes dados de alta (expedientes clínicos cerrados).

Los datos generados por la revisión de los expedientes clínicos son analizados con el objetivo de identificar patrones y tendencias e implementar acciones de mejora. Esta información se incluye como parte de la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Para este fin, la DGCES cuenta con el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)el cual está ubicado en la siguiente liga: https://desdgces.salud.gob.mx/mecic/index.php.

Elementos Medibles MCI.21

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.
4. El Comité del Expediente Clínico o grupo de trabajo coordina la revisión de expedientes clínicos.
5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
6. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo con la legislación aplicable vigente.
7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
8. Los resultados del proceso de revisión se analizan y se identifican patrones y tendencias.
9. Se implementan acciones para mejorar la documentación de los expedientes clínicos.
10. La información generada se incluye en la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Governance, Leadership and Direction

GLD

LIDERAZGO

GOBIERNO LIDERAZGO Y DIRECCIÓN
GLD – LIDERAZGO
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	GOBIERNO DE LA ORGANIZACIÓN		
GLD.1	Los líderes elaboran el Plan Estratégico de la Organización		✍
GLD.2	El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, así como se asegura de que se comuniquen los avances sobre las mejoras a toda la organización		
GLD.2.1	Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización		
GLD.3	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización		✍
GLD.3.1	El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad		
GLD.3.2	El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del hospital		
GLD.3.3	El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización		
GLD.3.4	El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del hospital		
GLD.3.5	El gobierno de la organización aprueba el programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones basándose en los informes que se les presentan		
GLD.3.6	La organización implementa un Gobierno Compartido para la Toma de Decisiones		
GLD.3.7	Liderazgo con Enfoque de Calidad y Seguridad		
	LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN		
GLD.4	Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente		
GLD.4.1	Identificación y formación de líderes		✍
GLD.5	El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión		
GLD.5.1	Los líderes de la organización identifican y planean el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende		
GLD.5.2	La organización adopta e implementa un Programa de Cultura Justa		✍
GLD.5.3	Se mide y analiza la Experiencia del Paciente para la mejora de los procesos		✍
GLD.5.4	Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria		✍
GLD.5.5	Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados		✍

GLD.5.6	Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación en el proceso	
GLD.5.7	El liderazgo de la organización colabora en la planeación de los procesos para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal	
GLD.6	Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planean e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad	✍
GLD.6.1	Identificación de puestos críticos de la fuerza laboral	✍
GLD.6.2	Se evalúa el clima organizacional	✍
GLD.6.3	Los líderes fomentan la conciencia del personal sobre la responsabilidad social de la organización y establecen estrategias para su manejo eficiente	✍
GLD.6.4	Los líderes fomentan la innovación como mecanismo para mejorar los procesos clínicos y de gestión	
	DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS	
GLD.7	Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización	
GLD.7.1	Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios de la organización	
GLD.7.2	Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan	
GLD.7.3	Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios	
GLD.7.4	Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades	
GLD.7.5	Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente	
	ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN	
GLD.8	La organización define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.	✍
GLD.8.1	El marco de la organización para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente	
GLD.8.2	El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica	

GOBIERNO DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.1
Los líderes elaboran el Plan Estratégico de la Organización.

★ PROPÓSITO DE GLD.1

A partir del análisis de su contexto y de las partes interesadas en cada organización, los líderes establecen un Plan estratégico con objetivos que guían a la organización en el cumplimiento de sus metas.

En algunos casos, de acuerdo con los recursos disponibles o bien con la complejidad de la organización, los avances para cumplir los objetivos se llevan a cabo de manera secuencial, siguiendo una planificación previamente establecida la cual se implementa en diferentes fases. Los líderes de la organización determinan el alcance y los periodos en cuanto a las actividades, con la finalidad de asignar el apoyo necesario para su adecuada implementación.

Además, mantienen documentadas las actividades operativas para cubrir los objetivos del plan estratégico, los mecanismos de monitoria(indicadores), los responsables y plazos de cumplimiento con la finalidad de garantizar la sostenibilidad y completa implementación del plan.

Elementos Medibles de GLD.1

1. Se cuenta con un Plan estratégico de la Organización.
2. Los líderes han establecido objetivos a partir del análisis del contexto y las partes interesadas de la organización.
3. Los objetivos de la organización incluyen objetivos e indicadores relacionados con la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
4. Se implementan actividades operativas para cubrir los objetivos del plan estratégico, los mecanismos de monitoria (indicadores), los responsables y plazos de cumplimiento.

ESTÁNDAR GLD.2
El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, así como se asegura de que se comuniquen los avances sobre las mejoras a toda la organización.

★ PROPÓSITO DE GLD.2

El liderazgo es esencial para que una organización inicie y desarrolle con éxito la mejora de la calidad y seguridad, reduciendo los riesgos en sus pacientes y en el personal. El liderazgo empieza con la entidad de gobierno de la organización, junto con aquellos que gestionan y dirigen diariamente las actividades clínicas y administrativas de la organización. (Ver también QPS.1).

El gobierno de la organización valida los métodos que se utilizan para medir, evaluar y mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes, también facilita una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación, y se asegura de la participación de todos los departamentos y servicios en los esfuerzos de mejora.

La coordinación se puede lograr a través de un consejo o comité de gestión de la calidad o alguna otra estructura. (Ver también QPS.2). La coordinación promueve un enfoque de todo el sistema hacia las actividades de monitorización y mejora de la calidad mientras se reduce la duplicación de esfuerzos; por ejemplo, dos departamentos que miden independientemente procesos o resultados iguales.

El gobierno de la organización es responsable de participar en la revisión al menos cada 6 meses de la información, de cuando menos:

- La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos;
- Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.

La comunicación periódica con el personal acerca de la información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes es esencial. Este flujo de comunicación sobre la calidad se realiza a través de canales eficaces, tales como boletines informativos, carteles, reuniones con el personal y procesos de recursos humanos, entre otros. La información puede estar relacionada por ejemplo, con proyectos de mejora nuevos o recién terminados, avance en el cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, entre otra información relevante

Elementos Medibles de GLD.2

1. El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.
2. El gobierno de la organización valida una estructura y un proceso en toda la organización para evaluar los datos, planificar el cambio y sostener las mejoras de calidad y seguridad de los pacientes y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.
3. El gobierno de la organización revisa al menos semestralmente la siguiente información:
   3.1. La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos.
   3.2. Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.
4. La información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes se comunica regularmente al personal.

ESTÁNDAR GLD.2.1 (ESTÁNDAR VINCULADO A LA AESP 8)
Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.2.1

La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Como parte de esta información cada organización mide, al menos cada año, la cultura de la seguridad del paciente en su organización.

La DGCES cuenta con una Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente herramienta diseñada para este fin, ubicada en la siguiente liga: https://dgces.salud.gob.mx/encuesta/culturasp/index1.php.

La cultura de seguridad del paciente de una organización es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso y la manera en que la organización gestiona la seguridad del paciente. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación fundamentada en la confianza mutua, debido a la percepción compartida de la importancia de la seguridad y la eficacia de las medidas preventivas.

Un ejemplo de una buena práctica para conocer la Cultura de Seguridad del Paciente en la Organización, consiste en aplicar un cuestionario desarrollado por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), que puede ser utilizada para:

- Sensibilizar al personal sobre la seguridad del paciente.
- Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente en la organización.
- Identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente.
- Analizar las tendencias en el cambio de cultura de seguridad del paciente con el tiempo.
- Evaluar el impacto cultural de las iniciativas e intervenciones de seguridad de los pacientes.
- Realizar comparaciones dentro y entre organizaciones

El cuestionario desarrollado por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), se aplica a una muestra que considere personal clínico y no clínico de todas las áreas y todos los turnos.

Los resultados del cuestionario se analizan y se identifican prioridades para mejorar. Se diseñan e implementan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.

La información obtenida se toma en cuenta para el diseño e implementación de los procesos y sistemas del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, en especial del Plan de calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de GLD.2.1

1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.
2. Se ha definido el cuestionario que la organización utilizará para evaluarla.
3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.
4. El cuestionario se aplica al menos cada año a la muestra seleccionada.
5. Los resultados de la medición se miden y se analizan al menos cada año.
6. La información se analiza para identificar prioridades, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.
7. Se diseñan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.
8. La información obtenida se vincula con los sistemas críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del paciente.

ESTÁNDAR GLD.3
Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.3 ✍

Para implementar el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es necesario el involucramiento y compromiso del gobierno de la organización, sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o dueño, quien o quienes son responsables de supervisar el funcionamiento del hospital y de proveer de los recursos necesarios para otorgar servicios de salud con calidad y seguridad a su comunidad o a la población que busca la atención. Dentro de las responsabilidades del gobierno de la organización y de los directivos se incluyen aspectos relacionados con la mejora de la calidad y seguridad hospitalaria, estas responsabilidades se toman en cuenta para la evaluación del desempeño, la cual se fundamenta en criterios específicos y con base en objetivos.

Elementos Medibles de GLD.3

1. Se han definido las responsabilidades del gobierno de la organización, incluyendo la responsabilidad con la mejora de la calidad y seguridad. 🗐
2. Se cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada del desempeño de los directivos de la organización.
3. Se incluyen para la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la calidad y seguridad hospitalaria.

ESTÁNDAR GLD.3.1
El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del hospital, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.

ESTÁNDAR GLD.3.2
El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del hospital.

ESTÁNDAR GLD.3.3
El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

ESTÁNDAR GLD.3.4
El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del hospital.

ESTÁNDAR GLD.3.5
El gobierno de la organización aprueba el programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones basándose en los informes que se les presentan.

PROPÓSITO DE GLD.3.1 A GLD.3.5

La prioridad del gobierno de la organización es que esta funcione de forma eficiente y proporcione servicios con calidad y seguridad, por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión de la organización;
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los programas estratégicos y de gestión; y de los procesos necesarios para el funcionamiento diario de la Organización, incluido el manual de organización del establecimiento;
- la aprobación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, así como la supervisión de su implementación;
- la aprobación de la participación de la organización en programas de educación para profesionales de la salud y en investigaciones, así como la supervisión de la calidad de tales programas;
- la aprobación del presupuesto para hacer funcionar a la organización; y
- el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores de la organización.

El gobierno de la organización desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los directivos del hospital, con el objetivo de dar seguimiento a los programas y cumplir con la misión.

Elementos Medibles de GLD.3.1

1. El gobierno de la organización aprueba la misión, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.
2. El gobierno de la organización garantiza la revisión de la misión de la organización, cuando corresponda.
3. Los responsables del gobierno de la organización hacen pública la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.3.2

1. El gobierno de la organización aprueba los programas de gestión, así como procesos para el funcionamiento de la organización.
2. El gobierno de la organización aprueba el manual de Organización del establecimiento.
3. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en los procesos de la organización.
4. El gobierno de la organización aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo se supervisa la calidad de dichos programas.

Elementos Medibles de GLD.3.3

1. El gobierno de la organización aprueba el presupuesto para el funcionamiento de la organización.
2. El gobierno de la organización asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.3.4

1. El gobierno de la organización designa al director o gerente general de la organización.
2. El gobierno de la organización evalúa el desempeño del director o gerente general de la organización.

Elementos Medibles de GLD.3.5

1. El gobierno de la organización aprueba el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. El gobierno de la organización supervisa la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
3. El gobierno de la organización recibe informes sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, y toma medidas basándose en los mismos.

ESTÁNDAR GLD.3.6
La organización implementa un Gobierno Compartido para la Toma de Decisiones.

★ PROPÓSITO DE GLD.3.6

A partir del análisis de su contexto, así como de las partes interesadas y sus necesidades la organización dispone de información que le permite tomar decisiones importantes para orientar sus objetivos y estrategias con la finalidad de lograr la satisfacción y mantener la preferencia de sus grupos de interés. La máxima autoridad de la organización integra un equipo de trabajo multidisciplinario y fomenta su participación en la toma de decisiones para desarrollar su liderazgo, fortalecer la cultura transformacional mediante el uso adecuado del poder y la autoridad, fomentar la transparencia y la rendición de cuentas. Este Modelo de gobierno compartido favorecerá la aportación de diferentes perspectivas para la toma de decisiones de manera autónoma.

Elementos Medibles de GLD.3.6

1. La organización integra un proceso compartido para la toma de decisiones.
2. Un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud participa en la toma de decisiones.
3. La toma de decisiones se realiza de manera autónoma y descentralizada.

ESTÁNDAR GLD.3.7
Liderazgo con Enfoque de Calidad y Seguridad.

★ PROPÓSITO DE GLD.3.7

Las organizaciones que desarrollan una cultura de calidad y seguridad mantienen un compromiso continuo con la mejora de los procesos de atención. Un aspecto fundamental para alcanzar este objetivo es la participación y compromiso de la alta dirección reflejado a través del apoyo necesario para contar los recursos necesarios.

Derivado de lo anterior la alta dirección ubica en la estructura organizacional un responsable con las competencias necesarias para coordinar de manera continua las actividades de calidad y seguridad, con actividades definidas y que depende directamente de la dirección para asumir un liderazgo proactivo que facilite implementar la cultura de calidad y seguridad en conjunto con los diferentes líderes clínicos, administrativos y de apoyo.

Elementos Medibles de GLD.3.7

1. Se identifica de manera permanente en la estructura de la organización la función de calidad y seguridad en la atención y se cuenta con un responsable.
2. El responsable de calidad en la organización depende directamente de la alta dirección y tiene el respaldo necesario para llevar a cabo sus funciones en conjunto con los líderes de la organización.
3. Las funciones y responsabilidades de calidad y seguridad en la atención se coordinan por el responsable de calidad.
4. La persona responsable del área de calidad cumple con las competencias establecidas por la organización.

LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.4
Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE GLD.4

El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión. El director o gerente general es responsable del funcionamiento diario del hospital, esto incluye, entre otras responsabilidades, el abasto de suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación física, la administración financiera, así como la gestión de la calidad y seguridad. El director o gerente general cuenta con la capacitación, educación y experiencia necesarias para llevar a cabo estas responsabilidades.

El director o gerente general trabaja con los demás directivos para definir la misión y para planear las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a la misión; una vez aprobadas, el director o gerente general, es responsable de garantizar su implementación.

Además, el director o gerente general será responsable de:
- el cumplimiento de la legislación aplicable vigente;
- la respuesta a todo informe de organismos de inspección y de regulación; y
- los procesos de administración y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

Elementos Medibles de GLD.4

1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del hospital.
2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo con el perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.
3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno de la organización.
4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas y procesos aprobados.
5. El director o gerente general asegura el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

ESTÁNDAR GLD.4.1
Identificación y formación de líderes.

★ PROPÓSITO DE GLD.4.1 ✍

El cambio hacia una cultura de calidad y seguridad del paciente requiere el liderazgo y la participación del Talento Humano de la Organización.

El liderazgo está acompañado de habilidades gerenciales o directivas, por ejemplo: comunicación, motivación, trabajo en equipo, etc., el desarrollo de estas habilidades permite influir en la forma de ser o actuar de las personas o en un grupo de trabajo determinado, haciendo que este equipo trabaje con entusiasmo hacia el logro de sus metas y objetivos.

El cambio hacia una Cultura de Calidad y Seguridad del Paciente, requiere de la participación de los líderes de la Organización, líderes que sean vistos como personas capaces de incentivar, motivar y ejercer influencia en el comportamiento o modo de pensar de su equipo con el propósito de trabajar en la mejora de los procesos. Para desarrollar y mantener la cultura de seguridad del paciente la organización ha definido una metodología para identificar a los líderes potenciales y establece mecanismos para su capacitación y desarrollo.

Elementos Medibles de GLD.4.1

1. Los líderes actuales de la organización se encuentran identificados.
2. Se han desarrollado programas de capacitación para el desarrollo de habilidades directivas dirigida a los líderes actuales de la Organización.
3. Se ha definido una metodología para identificar a los líderes potenciales.
4. Se han desarrollado programas de capacitación para el desarrollo de habilidades directivas dirigida a los líderes potenciales.

ESTÁNDAR GLD.5
El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión.

PROPÓSITO DE GLD.5

Los líderes de la organización se involucran y participan en el logro de la misión de la organización. Los líderes pueden ser tales como la dirección médica, dirección de enfermería, dirección de calidad y otros jefes de departamentos o servicios clínicos, de acuerdo con el contexto de cada organización.
Es importante que los líderes trabajen en conjunto y elaboren los planes y políticas necesarias para llevar a cabo la misión de la Organización.

Elementos Medibles de GLD.5

1. Los líderes trabajan en colaboración para cumplir con la misión de la organización.
2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de elaborar los planes, políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
3. Los líderes se aseguran del cumplimiento a las políticas y los procedimientos aprobados.

ESTÁNDAR GLD.5.1
Los líderes de la organización identifican y planean el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende.

PROPÓSITO DE GLD.5.1

Los servicios de atención al paciente se planean y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes que atienden. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán, conforme a su misión. Los responsables de las áreas y servicios clínicos de la organización determinan los servicios de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitación y otros esenciales para los pacientes. Los directivos también determinan el alcance y la capacidad física y resolutiva de los diferentes servicios que prestará la organización, directa o indirectamente.

Los servicios planeados reflejan la dirección estratégica de la organización y la perspectiva de los pacientes que atienden.

Elementos Medibles de GLD.5.1

1. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán.
2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión de la organización.
3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará la organización.

ESTÁNDAR GLD 5.2
La organización adopta e implementa un Programa de Cultura Justa.

★ PROPÓSITO DE GLD.5.2 ✍

La complejidad en la prestación de los servicios de salud es un factor central en la alta tasa de errores dentro de las organizaciones de salud. Sin embargo, el reto más grande para conocer y prevenir errores es que "Castigamos a las personas por cometer errores".

El Modelo de Cultura Justa se centra en dos cuestionamientos esenciales: el papel de la sanción punitiva y la aplicación de la sanción punitiva como remedio por el error humano. La generación de una "cultura no punitiva" que no culpe a los individuos sino al sistema cuando se cometen errores es uno de los temas más controvertidos y complejos en el campo de la seguridad del paciente.

Una cultura no punitiva incluye el apoyo de los compañeros de trabajo y de los superiores después de un evento adverso, evita culpabilizar a los colaboradores por sus errores.
Las acciones que aplica la Cultura Justa tienen como propósito el análisis de la conducta individual del personal involucrado en un evento adverso, lo que permitirá establecer el manejo organizacional adecuado al tipo de conducta analizada.
El Modelo de una "Cultura Justa" aborda dos preguntas centrales:

- ¿Cuál es el rol de la sanción punitiva en la seguridad de nuestro sistema de atención? y
- ¿La aplicación de una sanción punitiva beneficia o perjudica los esfuerzos que se realizan para aumentar la seguridad de los pacientes?

El Modelo reconoce que los sistemas complejos (y el sistema de atención médica lo es) son esencialmente inseguros y que los humanos están destinados a cometer errores.

La organización de atención médica adopta e implementa un programa de "cultura justa", con el propósito de generar un ambiente de confianza en donde se estimule la comunicación de situaciones relacionadas con la seguridad en la atención de los pacientes y de esta manera se cuente con información que permita el análisis de las situaciones y la mejora de los procesos.

El programa de cultura justa establece con claridad la diferencia entre los tipos de comportamiento y señala la recomendación de las acciones a seguir en cada uno de ellos.
Una o más personas cualificadas se aseguran de que el programa se ponga en funcionamiento.

Elementos Medibles de GLD.5.2

1. La organización de atención médica ha diseñado un programa de cultura justa cuyo propósito sea mejorar la seguridad en la atención. 🗐
2. El programa de cultura justa esta implementado en la Organización.

ESTÁNDAR GLD.5.3
Se mide y analiza la Experiencia del Paciente para la mejora de los procesos.

★ PROPÓSITO DE GLD.5.3 ✍

Hablar de situar al paciente en el centro del sistema de salud implica entender su experiencia de forma amplia, ya que dentro del concepto de experiencia del paciente inciden, además del cuidado clínico, otros aspectos como el entorno físico, el trato personal, la coordinación interna o la comunicación. La experiencia del paciente se compone de las interacciones que ocurren con la organización durante todo el proceso de atención, incluso puede abarcar la experiencia antes y después del contacto con la organización.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) define la experiencia del paciente de la siguiente manera: La Experiencia del Paciente abarca todas las interacciones que un paciente tiene con el sistema de atención en la salud. Esto incluye atención de planes de salud, así como el trato al personal médico y hospitalario. La Experiencia del Paciente incluye aspectos que los pacientes valoran cuando buscan atención médica. Por ejemplo: La obtención de citas oportunas, el fácil acceso a la información, etc., es decir, esta disciplina cubre aquellos aspectos que le garantizan al paciente la posibilidad de recibir atención médica de calidad.

Los términos "Satisfacción del Paciente" y "Experiencia del Paciente" aunque muchas veces se usan indistintamente describen en realidad conceptos diferentes. El primero describe el nivel de complacencia con los servicios de salud, mientras que el segundo describe conceptos más tangibles. Ambos conceptos, aunque puedan ser cercanos no son lo mismo, podemos quedar satisfechos, pese a una mala experiencia, y lo que es más importante incluso, tener una buena experiencia sin haber satisfecho nuestra expectativa.

La diferencia entre medir la satisfacción del paciente y medir la experiencia del paciente, es que en la primera la información que se obtiene es subjetiva, por ejemplo, preguntar al paciente sobre su satisfacción relacionada con la distribución de la habitación es una medida subjetiva. Medir la experiencia del paciente es una medida objetiva, ya que incluye aspectos relacionados con los procesos de atención médica, por ejemplo, la facilidad para obtener una cita, el fácil acceso a la información y la comprensión de la información proporcionada por los proveedores del cuidado de la salud, el análisis de esta información permitirá tomar decisiones que mejoren los procesos de la Organización.

Los mecanismos para obtener información sobre la experiencia del paciente pueden incluir, por ejemplo, la aplicación de encuestas, entrevistas individuales o grupales con pacientes y familiares, entre otros, definidos por la organización en base a su contexto y recursos.

La DGCES cuenta con el Sistema Unificado de Gestión (Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: https://desdgces.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_tablal.

Elementos Medibles de GLD.5.3

1. La organización define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes.
2. Se mide la experiencia del paciente mediante una herramienta estandarizada de manera regular durante todo el año.
3. La organización define e implementa una estrategia sistemática para el levantamiento de encuestas por un ente externo que evalúe la experiencia de los pacientes, al menos una vez al año.
4. La información de ambas evaluaciones se analiza para mejorar los procesos y por lo tanto la experiencia del paciente en la organización.
5. Como resultado del análisis de la información se implementan estrategias para mejorar la experiencia del paciente.

ESTÁNDAR GLD.5.4
Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.

PROPÓSITO DE GLD.5.4 ✍

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente importante en áreas clínicas tales como anestesia, radiología y diagnóstico por imagen, cardiología, radioterapia y otros servicios de alto riesgo. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de urgencia. Cada organización identifica los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planeados a su población de pacientes, los cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.

Cuando una organización utiliza tecnología y/o productos farmacéuticos “experimentales” en procedimientos de atención a pacientes (ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación anteceda su uso y en todos los casos se solicite el consentimiento informado del paciente.

Elementos Medibles de GLD.5.4

1. La organización identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planeados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.
4. La organización ha definido un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales. 🗐

ESTÁNDAR GLD.5.5
Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.

PROPÓSITO DE GLD.5.5 ✍

La organización proporciona servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de radiología y diagnóstico por imagen, servicios de laboratorio, servicios de anestesiología, alimentación parenteral, ambulancias, mantenimiento del equipo médico, entre otros.

En el proceso de mejorar la experiencia de los pacientes, las instituciones de salud cuentan con un eslabón clave conformado por el conjunto de prestadores subrogados: si ellos fallan en suministrar productos y/o servicios que cumplan con lo requerido (especificaciones técnicas, plazos de entrega, requisitos normativos, etc.) afectan en mayor o menor medida la calidad y seguridad de la atención que se proporciona a los pacientes.

Por lo regular, las instituciones de salud requieren de algún producto y/o servicio ajeno a su organización para cubrir las necesidades de atención de los pacientes; la relevancia de esta intervención debe vincularse con el impacto que tendrá en la seguridad y calidad de la atención la cual será siempre responsabilidad del prestador del cuidado.

Para cada servicio subrogado, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio.

b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, si corresponde.
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, si corresponde.

Dentro de los aspectos relevantes de los sistemas críticos, es importante tomar en cuenta al menos los descritos para los estándares MMU.7.2 (preparación y dispensación de productos/medicamentos estériles), PCI.7 (manejo de la ropa), PCI.8 (manejo adecuado de RPBI), PCI.9 (mantenimiento y controles de ingeniería), PCI.10 (manejo adecuado de alimentos), PCI.13 (limpieza y desinfección de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte), PCI.14 (terapia de remplazo renal con hemodiálisis), FMS.7.1 (gestión del equipo biomédico, así como para los equipos rentados o en comodato) y FMS.8 (gestión de servicios prioritarios para la operación), cuando así apliquen.

Una vez definidas las especificaciones de calidad, la organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de estas especificaciones, los resultados son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de GLD.5.5

1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
2. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito.
3. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
4. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR GLD.5.6
Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación en el proceso.

PROPÓSITO DE GLD.5.6

El principal propósito de una organización de atención médica es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención aplicando los principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan:

- Comprender el enfoque centrado en la seguridad del paciente
- Estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad;
- Participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de GLD.5.6

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos básicos de la calidad y la seguridad del paciente.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

ESTÁNDAR GLD.5.7
El liderazgo de la organización colabora en la planeación de los procesos para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

PROPÓSITO DE GLD.5.7

La capacidad de una organización para atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal calificado y competente. Los directivos y responsables de áreas reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el avance del personal mediante la capacitación y educación continua, por lo tanto, planean e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de GLD.5.7

1. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.
2. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para la retención del personal.
3. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el desarrollo individual y la educación continua del personal.

ESTÁNDAR GLD.6
Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planean e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

PROPÓSITO DE GLD.6

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la organización. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales
- planean y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos; tomando en cuenta el contexto socio-cultural de la población a quien ofrecen sus servicios
- aseguran la práctica ética de sus profesiones
- supervisan la calidad de la atención al paciente
- estimulan la participación de los usuarios en el autocuidado para la salud

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. En general, la estructura:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura de la organización;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional de la organización; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

La estructura organizacional está representada en un organigrama.

Elementos Medibles de GLD.6

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.
3. La estructura organizacional se encuentra representada en un organigrama.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planeación clínica y la elaboración de políticas.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
7. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

ESTÁNDAR GLD.6.1
Identificación de puestos críticos de la fuerza laboral.

★ PROPÓSITO DE GLD.6.1

Brindar una atención con calidad y seguridad requiere de la participación de personal clínico y no clínico, en todos los hospitales existen puestos críticos que no son fáciles de reemplazar y no necesariamente por la jerarquía que tienen, sino porque son puestos clave para la organización, ya sea porque estas personas aportan un valor diferencial, porque tienen un alto nivel de conocimiento de su puesto o porque existe escasez de profesionales para ese trabajo en específico, por lo tanto, la organización define los criterios para identificar los puestos críticos de la organización y establece mecanismos para evitar la rotación.

Elementos Medibles de GLD.6.1

1. Se han definido criterios para identificar los puestos críticos de la Organización.
2. Se han identificado los puestos críticos de la Organización.
3. Se cuenta con mecanismos para la retención de los puestos identificados como críticos.

ESTÁNDAR GLD.6.2
Se evalúa el clima organizacional.

★ PROPÓSITO DE GLD.6.2 ✍

El clima organizacional, es el conjunto de factores que afectan positiva o negativamente el desempeño, la productividad, la calidad de los servicios y son resultado de las relaciones internas, actitudes, percepciones y conductas del personal, retroalimentadas por las motivaciones personales, las prácticas al interior de la organización, el tipo de liderazgo, la evaluación y el reconocimiento de resultados.

Un personal motivado y satisfecho con su trabajo y su entorno aportará mayor valor a su trabajo, estará dispuesto a participar en los cambios y contribuirá de manera activa a la Seguridad del Paciente, por lo tanto, el hospital define un proceso para conocer la percepción del Clima Organizacional, una buena práctica incluye la evaluación por un tercero.

Elementos Medibles de GLD.6.2

1. Se cuenta con un proceso para evaluar el Clima Organizacional. 🗐
2. Se mide el clima Organizacional mediante una herramienta estandarizada por lo menos cada dos años.
3. Se lleva a cabo el análisis de los resultados y se toman acciones de acuerdo con los resultados.

ESTÁNDAR GLD.6.3
Los líderes fomentan la conciencia del personal sobre la responsabilidad social de la organización y establecen estrategias para su manejo eficiente.

★ PROPÓSITO DE GLD.6.3 ✍

Las organizaciones de atención a la salud impactan al medio ambiente por el tipo de residuos que generan, por ejemplo: agua, sustancias químicas, basura, sobrantes de medicamentos o de alimentos, entre otros; también por el desperdicio en el consumo de energía a partir de las actividades habituales para la realización de sus procesos.

El deterioro progresivo del ambiente compromete gravemente la posibilidad de las generaciones futuras para satisfacer sus necesidades. La responsabilidad social tiene que ver con las estrategias definidas por la organización para el cuidado del medio ambiente.

Los líderes diseñan estrategias para generar conciencia en su personal y asegurar su participación. Las estrategias implementadas surgen del análisis interno de la organización, de lo establecido en la normatividad aplicable y vigente y/o tomando como referencia las buenas prácticas conocidas, como, por ejemplo: la Red Global de Hospitales Verdes y Saludables.

Elementos Medibles de GLD.6.3

1. La organización ha identificado los principales residuos que genera y que ocasionan deterioro del medio ambiente. 🗐
2. La organización identifica sus principales fuentes de desperdicio de energía. 🗐
3. Se implementan estrategias para generar conciencia en el personal sobre la importancia y participación en el cuidado ambiental.
4. Se implementan estrategias para limitar el impacto al medio ambiente, acorde al contexto y recursos de la organización.

ESTÁNDAR GLD.6.4
Los líderes fomentan la innovación como mecanismo para mejorar los procesos clínicos y de gestión.

★ **PROPÓSITO DE GLD.6.4**

La innovación se refiere al cambio que introduce una organización en sus servicios en determinada actividad o proceso con la intención de ser útil para incrementar la productividad y los usuarios de los servicios hospitalarios se vean beneficiados y atraídos. La innovación también contribuye a lograr los objetivos y metas establecidos por la organización, por ello es importante estimular todas aquellas innovaciones técnicas u organizativas que puedan redundar en la mejora de la salud de los pacientes. Para promover la innovación, la Organización dispone de un mecanismo que permita al personal presentar sus ideas a la alta dirección con la finalidad de validar la factibilidad de los proyectos y apoyar la implementación. Lo anterior se ve concretado en el desarrollo de diferentes proyectos innovadores por parte del hospital.

Elementos Medibles de GLD.6.4

1. Se promueve entre todos los líderes de la organización la actividad de innovación en sus diferentes niveles y departamentos.
2. La organización cuenta con un mecanismo que promueve la innovación y facilita al personal presentar sus innovaciones a la alta dirección para apoyar su implementación.
3. En la organización se desarrollan proyectos de innovación en los procesos clínicos y/o de Gestión.

DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS

ESTÁNDAR GLD.7
Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.7

Los resultados de la atención de los pacientes en una organización de atención médica se relacionan directamente con el desempeño de cada uno de sus servicios clínicos y no clínicos. Un buen desempeño por área o por servicio requiere un claro liderazgo por parte de una persona calificada. En servicios más grandes, el liderazgo puede estar compartido, en cuyo caso las responsabilidades se definen por escrito.

Elementos Medibles de GLD.7

1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio de la organización.
2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.

ESTÁNDAR GLD.7.1
Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.7.1

Los servicios clínicos prestados a los pacientes se coordinan e integran dentro de cada área o servicio; por ejemplo, la coordinación entre médicos y enfermeras. Además, cada departamento o servicio coordina e integra sus servicios con otras áreas y servicios, por ejemplo, el servicio de ginecobstetricia se coordina con el servicio de nutrición y con el de pediatría; con ello se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios, a fin de hacer más eficiente el uso de los recursos.

Elementos Medibles de GLD.7.1

1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.
2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.

ESTÁNDAR GLD.7.2
Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan.

PROPÓSITO DE GLD.7.2

Los responsables de cada área comunican a los directivos de la organización los recursos que requieren, esto ayuda a asegurarse que el personal, espacio, equipo y demás recursos necesarios sean adecuados y estén disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes. Si bien, los directores hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros recursos necesarios, esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, los directores cuentan con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos Medibles de GLD.7.2

1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.
4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.

ESTÁNDAR GLD.7.3
Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios.

PROPÓSITO DE GLD.7.3

Los responsables de cada área o servicio tienen en cuenta los servicios prestados y planeados, así como la capacitación, educación, destrezas, conocimiento y experiencia que deben tener el personal profesional para prestar dichos servicios.

Elementos Medibles de GLD.7.3

1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de los requisitos de educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas o área a su cargo.
2. La organización emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.

ESTÁNDAR GLD.7.4
Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades.

PROPÓSITO DE GLD.7.4

Los responsables de cada área o servicio aseguran que todo el personal de las áreas comprenda sus responsabilidades y establecen acorde a sus funciones la inducción y capacitación para los nuevos trabajadores. La inducción incluye la misión de la organización, la misión del área o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la atención con calidad y seguridad; por ejemplo, todo el personal entiende los procedimientos para la prevención y control de infecciones dentro de la organización y dentro del área o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o rediseñados, el personal recibe la capacitación pertinente.

Elementos Medibles de GLD.7.4

1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.
2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.
3. La inducción del personal de nuevo ingreso incluye aspectos relevantes relacionados con la calidad y seguridad acorde a sus funciones y nivel de responsabilidad.

ESTÁNDAR GLD.7.5
Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROPÓSITO DE GLD.7.5

Una de las responsabilidades más importantes del encargado de un área o servicio es su participación en las actividades relacionadas con la ejecución del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la organización, y cómo incorporan estas actividades o estrategias del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, dentro de su ámbito de competencia.

La implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente está dirigida por:

- Los riesgos y problemas relacionados con cada área o servicio según corresponda.
- La evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, experiencia del paciente, entre otros.
- La evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
- La supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.

Los directivos y los responsables de cada área o servicio son responsables de asegurar que las actividades de control que se implementen ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención, por consiguiente, incluye todos los servicios prestados.

Elementos Medibles de GLD.7.5

1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.
2. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, experiencia del paciente, entre otros.
3. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
4. Los responsables de cada área o servicio participan en la supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.

ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.8
La organización define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

ESTÁNDAR GLD.8.1
El marco de la organización para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

ESTÁNDAR GLD.8.2
El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

PROPÓSITO DE GLD.8 ✍ A GLD.8.2

Una organización de atención médica tiene una responsabilidad ética y legal con sus pacientes, su personal y su comunidad. Los líderes entienden estas responsabilidades para lo cual crean documentos de orientación para brindar un marco coherente dentro del cual se lleven a cabo estas responsabilidades.

La organización funciona dentro de este marco para:

- todo conflicto de intereses;
- describir honestamente sus servicios a los pacientes;
- ofrecer políticas claras de admisión, transferencia y alta;
- facturar sus servicios con precisión; y
- resolver conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

El marco de la organización para el manejo ético respalda al personal profesional de la organización y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente, por ejemplo: decisiones relacionadas con donaciones y trasplante de órganos, desacuerdos entre los pacientes y sus familias, y entre pacientes y sus prestadores de atención respecto a las decisiones de atención, y discrepancias entre profesionales. Dicho apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

La organización cuenta con un Comité Hospitalario de Bioética que realiza las siguientes funciones:

- Resolver los problemas derivados de la atención médica.
- Analizar, discutir y apoyar la toma de decisiones respecto a los problemas bioéticos que se presenten en la práctica clínica o en la docencia que se imparte en el área de salud.
- Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas para la atención y docencia médica.

El Comité se conforma de manera interdisciplinaria de acuerdo con lo establecido en la legislación aplicable vigente.

La organización cuenta con un Comité de Bioseguridad encargado de determinar y normar al interior de la organización el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética, con base en la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de GLD.8

1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos. 🗐
2. El Comité Hospitalario de Bioética está conformado según la legislación aplicable vigente y lleva a cabo sus funciones.
3. El Comité Hospitalario de Bioseguridad está conformado según la legislación aplicable vigente y lleva a cabo sus funciones.

Elementos Medibles de GLD.8.1

1. La organización resuelve todo conflicto de interés.
2. La organización describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. La organización ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.
4. La organización factura sus servicios con precisión.
5. La organización resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.

Elementos Medibles de GLD.8.2

1. El marco de la organización para el manejo ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

GLOSARIO

Glosario

A

Actitudes: Manifestación externa del estado de ánimo del individuo ante determinados estímulos. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas.

Alta médica: Declaración del médico que atestigua la capacidad de un paciente para abandonar el hospital (alta hospitalaria) o para reincorporarse a su vida ordinaria (alta definitiva); es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con una organización o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona.

Análisis de causa raíz (ACR): Es una forma de estudio retrospectivo de estos eventos para entender sus causas subyacentes mediante una revisión paso a paso de la cronología de los acontecimientos y de aquellos factores que permitan identificar su causal. Sobre la base de los campos de datos interoperables, un equipo organizado ACR puede investigar más a fondo el evento al revisar el informe, entrevistar al profesional o al paciente cuando lo considere necesario, y revisar las declaraciones de testigos, la ficha clínica y los protocolos de trabajo y procesos para determinar todas las posibles causas que podrían haber llevado a la producción del evento (Pandit & Gong) 2016.

Anestesia y sedación: La administración a una persona, en cualquier entorno, por cualquier motivo, a través de cualquier vía, de medicamentos para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico o de otro tipo

- **Sedación:** Estado de conciencia, provocado por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos que pudieran generar molestia, conservando la capacidad de responder a las órdenes verbales y a los estímulos táctiles. (Numeral 4.14 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)
- **Anestesia General**: A las técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)

Aprendizaje: Modificación habitual y relativamente permanente del comportamiento de las personas, que ocurre como resultado de la experiencia. Proceso significativo orientado al cambio, mediante el cual un individuo o conjunto de individuos interactúan con su medio ambiente modificando su conducta como resultado de la realización de actividades que producen conocimientos, hábitos, habilidades, actitudes y aptitudes.

Aptitudes: Atributos relacionados con la percepción, coordinación motriz, destreza manual o capacidad intelectual, esenciales en el desempeño de una tarea o de una competencia.

Atención médica continua: Servicio que atiende todos aquellos problemas de salud que no pueden esperar al día siguiente para ser atendidos por la consulta ambulatoria. Se manejan situaciones de urgencias relativas pero dado su carácter de atención 24 horas contempla la atención de urgencias calificadas hasta su estabilización o traslado.

Atención Médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud (Fracción I del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

Atención Médica Ambulatoria: Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados. (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.)

Aviso de Funcionamiento: Trámite mediante el cual se hace del conocimiento de la autoridad sanitaria, del inicio de actividades de los establecimientos para la atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada)

B

Buena Practica: Experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria y que se sostiene en el tiempo. Es una experiencia o intervención que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que pueden servir de Modelo para otras organizaciones. Dicho de otra manera, una buena práctica es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan.

Bundle: Anglicismo que significa atar o enrollar (varias cosas) juntas como en un paquete. Es utilizado como sinónimo de paquete de seguridad en las Buenas Prácticas. El concepto de paquete de medidas o “Care Bundle” implica aplicar un grupo de las mejores prácticas de prevención de infecciones hospitalarias (IH) que cuando se realizan en conjunto, en forma confiable y permanente han demostrado impacto en reducir las tasas de infecciones hospitalarias. Es una forma estructurada de mejorar los procesos en la atención de pacientes. (Sistema CIH-COCEMI.FEMI)

C

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, Servicios Sanitarios de Calidad, agosto 2020).

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- **Eficaces**: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- **Seguros**: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- **Centrados en la persona**: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- **Oportunos**: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- **Equitativos**: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- **Integrados**: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- **Eficientes**: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Calificaciones: Son el conjunto de conocimientos y capacidades que incluyen modelos de comportamiento y habilidades que los individuos adquieren durante el proceso de educación/formación. Representan un "activo" con el cual las personas cuentan y utilizan para desempeñar determinados puestos. Se lo puede definir como “capacidad potencial para desempeñar o para realizar las tareas correspondientes a una actividad o un puesto”.

Capacidades: Son atributos psico-cognitivos de los individuos, que se desarrollan por la integración y acumulación de aprendizajes significativos. El desarrollo de capacidades es la base del despliegue y del crecimiento de las habilidades o competencias. En las capacidades se integran y perfeccionan los conocimientos, las destrezas, y las habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que luego se pondrán en juego en situaciones reales de actuación social o productiva.

Capacitación: Actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos, buscando desarrollar las aptitudes de las personas, con el propósito de prepararlos para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto de trabajo. Su cobertura abarca atención, memoria, análisis, actitudes y valores de los individuos, respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognoscitiva y afectiva. Es un proceso metodológico de actividades encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano con la finalidad de mejorar su desempeño profesional.

Carta de Consentimiento Informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente. (Numeral 4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

Certificación de Competencias: Reconocimiento formal de las competencias demostradas por un individuo a partir de un proceso de evaluación realizado sobre la base de normas de competencias establecidas por una empresa para un rol laboral determinado, o consensuadas por los actores de un sector de actividad

Cirugía Mayor Ambulatoria: A los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso a la unidad de cirugía mayor ambulatoria. (Numeral 4.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria)

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Competencia: Conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea o dicho de otra forma determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas por la organización, por ejemplo, un perfil de puesto. Dicho de otra manera, es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos.

Consentimiento informado: Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. (CONBIOÉTICA)

Consultorio: Todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios. (Numeral 4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.)

Consultorio de Atención Médica Especializada: Establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un hospital, que tiene la finalidad de prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios (Numeral 4.10 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada)

Control: Revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación. Además, es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control también puede utilizarse para evaluar la eficacia del resto de las funciones administrativas: la planeación, la organización y la dirección. (Ecured)

Credencialización: Procedimiento por el cual un organismo autorizado reconoce o acredita, formalmente, que otro organismo o persona es competente para desarrollar funciones específicas.

Cuasifalla: Son aquellos eventos adversos que ocurren en la organización, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como "Cuasi incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar". Así mismo, la Joint Commission International lo define como "Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave".

Cuasifalla de Medicación: También denominado por la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) como Acontecimiento Adverso Potencial (AAP), como "un error de medicación grave que podría haber causado un daño, pero que no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de que llegara al paciente. El análisis de los AAP es útil porque permite identificar tanto los puntos donde falla el sistema y se producen los errores como los puntos donde funciona y los errores se consiguen interceptar y evitar

Criticidad: Indicador proporcional al riesgo que permite establecer la jerarquía o propiedades del proceso, sistemas o elementos evaluados.

D

Datos: Hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan "datos en bruto".

Definición de Procesos: Determinación escrita de todo lo solicitado por el propósito de un Estándar cuando así aplique al contexto de la organización.

Desastre: Al resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

Descripción de puesto: Explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo, dicho de otro modo, es la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado el resultado de análisis del puesto de trabajo. Es, en definitiva, un inventario escrito de los principales hechos más significativos del puesto de sus deberes y responsabilidades

Destreza: Característica de soltura en los movimientos que un individuo posee para realizar una actividad manual con rapidez y precisión. Es la precisión motora del individuo para realizar ciertas operaciones o manejar instrumentos o equipo es el complemento de los conocimientos, puede deberse al proceso normal de maduración, acompañado de la práctica, o al aprendizaje específico.

Desviación: Incumplimiento o variación indeseada con relación a un Estándar, norma o procedimiento establecido. Se considera sinónimo de Observación cuando se refiere a la implementación del Modelo.

E

Efecto secundario: Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico.

Eficacia: Nivel de consecución de metas y objetivos. La eficacia hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos.

Eficiencia: La relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Por ejemplo, cuando dos programas de vacunación utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

Elemento Medible: Los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta

Emergencia: Situación de peligro o desastre que requiere atención inmediata (Real Academia Española). Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador. (Numeral 4.8 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

Entrenamiento: Serie sistemática de actividades que tiene por objeto, que el individuo desarrolle, con un máximo de eficiencia, ciertas habilidades y destrezas. Entendida también como la preparación de personas para la realización de actividades específicas.

Equipo Biomédico: Dispositivo que se utiliza para propósitos específicos de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad o lesión; puede ser utilizado solo o en combinación con algún accesorio, consumible, u otro equipo médico. Requieren, mantenimiento, calibración, reparación, capacitación al usuario y retirada del servicio; actividades usualmente gestionadas por ingenieros biomédicos. (World Health Organization. Medical devices)

Error de Medicación: Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. Definición del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

Establecimiento de atención médica: Todo aquel público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios (Fracción III del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

Estándar: De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, "estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia", así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

Estándares centrados en el paciente: Para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los Estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente para los pacientes o a los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de registros de pacientes, evaluación de pacientes).

Estándares de gestión del establecimiento de atención médica: Para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los Estándares que se organizan conforme a lo que se hace directa o indirectamente para asegurar una organización y una comunicación segura y efectiva.

Estandarización de Procesos: Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por la organización para el desarrollo de un Estándar.

Evacuación: Desplazamiento que como medida precautoria se realiza para salvaguardar la integridad física y la vida de las personas, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre. (Numeral 4.10 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad. - Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

Evaluación de Competencias: Es el proceso por el cual un evaluador reúne signos de evidencia de la competencia que detenta una persona para el ejercicio de un determinado rol laboral. El piso de los signos de evidencia que el evaluador utiliza está enunciado en la norma de competencia, de la cual deben ser tomados los signos de evidencia para elaborar los instrumentos de evaluación.

Evaluación del Establecimiento: Un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a los Estándares del Modelo dirigida a determinar su grado de cumplimiento además de orientar a la organización en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

Evento adverso: Un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela. La Organización Mundial de la Salud lo define como "lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas" o "lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas"

Evento centinela: Un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como "incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas" o "todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente"

Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. (Numeral 4.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

F

Familia: La o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

Formación: Acción de capacitar o adiestrar a quienes no poseen los conocimientos o habilidades indispensables para desempeñar un puesto de trabajo; o a quienes requieren de un proceso de reentrenamiento.

G

Gobierno: La persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Otros nombres para este grupo incluyen “junta”, “junta de administración”, “junta de gobierno”, “junta de comisionados” y “cuerpo de gobierno”.

Guía: Documento que incluye los principios o procedimientos para encauzar una cosa o el listado con informaciones que se refieren a un asunto específico.

Guía de Práctica Clínica: Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor prueba científica existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".
- The New Zealand Guidelines Group (NZGG): "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

H

Habilidad: Capacidad, disposición para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento determinado, de acuerdo con el grado de exactitud requerido. Está relacionada con la inteligencia y la destreza de la persona.

Habilitación: Derecho legal otorgado por un organismo gubernamental en conformidad con el estatuto que rige una ocupación (como por ejemplo médicos, enfermeras, trabajadores psiquiátricos, trabajadores sociales o el funcionamiento de una instalación de atención médica).

Hallazgo: Desviación única y fortuita de lo definido por la organización con relación a un Estándar o elemento medible sin impacto o criticidad suficiente sobre la seguridad o calidad global de la atención al paciente.

Hospital: Establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación (Numeral 4.9 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)

Hospitalización: Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos. (Numeral 4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

I

Impacto: Es el conjunto de consecuencias que origina un riesgo si llegará a presentarse.

Indicador: Variable cuantitativa cuyos valores son susceptibles de interpretación en un campo de conocimiento, respecto a determinados valores de referencia, establecidos en forma teórica o empírica. Podemos decir que un indicador es una estadística que ha sido procesada con el fin de entregar información específica o como una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

Indicador de Calidad: Son herramientas que permiten la medición, tangible y cuantificable de un proceso o de una parte de un proceso, su análisis permite evaluar la calidad de los procesos, productos o servicios para asegurar la satisfacción o desempeño de estos. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Miden de manera global, el resultado final de las actividades.

Indicador de Proceso: Son datos que muestran el estado de una actividad. Se encargan de medir alguna característica específica y observable con el fin de mostrar los cambios y el progreso que se está llevando a cabo.

Indicador de Resultado: Mide las salidas de proceso determinando si el objetivo se alcanzó o no.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

Internar: Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión (Real Academia Española). Véase Hospitalización

L

Laboratorio Clínico: Establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud (Numeral 3.2 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.)

Lesiones en la piel por presión: Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Ver “Ulcera por Presión”

Líder: Son aquellas personas que, por medio de la motivación, el ejemplo y la empatía, logran la implicación y el compromiso de un grupo de personas para alcanzar un objetivo concreto.

M

Matriz de riesgo: Es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y calidad en los procesos y actividades que define una organización. Permite identificar rápidamente qué riesgos deben recibir la mayor atención.

Medicamento: Toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Medicamentos de alto riesgo: Son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Medición: Puede definirse acorde al contexto como la recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se "mide") o como una herramienta cuantitativa para determinar un valor

Mejor práctica: Véase "Buena Práctica".

Metodología trazadora: Es un proceso que se emplean durante la evaluación de la organización para analizar sus sistemas, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por estos. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples unidades de atención, departamentos o áreas dentro de la organización o una única unidad de atención para "rastrear" la atención prestada a un paciente:

- **Rastreo de un paciente**: Proceso que se emplea para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular dentro de un establecimiento de atención médica.
- **Rastreo del sistema**: Sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, entre otros.

Multidisciplinario: Que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

Observación: Desviación de la implementación, estandarización o sistematización del propósito de un Estándar o lo definido por la organización, con un impacto o criticidad directos sobre la seguridad o calidad global de la atención al paciente basado en los elementos medibles de un Estándar.

Observación de Definición de Procesos: Desviación de lo determinado por escrito por la Organización con relación al propósito de un Estándar, basado en lo escrito en los elementos medibles de un Estándar que solicite definición de proceso.

Observación del Paciente: Vigilancia del estado de un paciente pero sin administrar tratamiento, a menos de que los síntomas aparezcan o cambien.

Organigrama: Representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas

Organización: Son estructuras y sistemas administrativos creados para lograr metas u objetivos con el apoyo de las propias personas, o con apoyo del talento humano o de otras características similares. Son entidades sociales que permiten la asociación de personas que interactúan entre sí para contribuir mediante sus experiencias y relaciones al logro de objetivos y metas determinadas. Cuando el termino es empleado como "La Organización" se tomará como sinónimo del "Establecimiento de Atención Médica"

Otorgamiento de privilegios: Proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

P

Paciente: Todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica. (Numeral 4.7 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

Paciente ambulatorio: Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización (Fracción VI del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

Paciente de Alto Riesgo: Que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros

Paciente Vulnerable: Es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación

Personal clínico: El que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.)

Personal no clínico: El que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.)

Plan: Método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas de atención o una combinación de los mismos.

Política: Declaraciones generales que establecen los límites dentro de los cuales los mandos de la organización toman las decisiones y, por lo tanto, aseguran un desempeño consistente

Probabilidad: Posibilidad de que ocurra un riesgo, tomando en cuenta los controles actuales y su efectividad.

Procedimiento invasivo: Procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo, es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio

Proceso: una serie de acciones interrelacionadas (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios).

- **Proceso Básico** - Se refiere a los procesos cotidianos que se realizan en los establecimientos de atención médica.
- **Proceso Medianamente Complejo** - Es un proceso nuevo que requiere de financiamiento y/o competencias específicas.
- **Proceso Altamente Complejo** - Es un proceso nuevo que requiere recursos financieros y competencias especializadas.

Proceso de certificación: Es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a Estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de certificación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos

Programa: Serie ordenada de actividades u operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

Progresivo: Se refiere a aquello que se realiza poco a poco, pero de manera continuada

Profesional de la salud: Toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención de la salud. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

Protocolo: Documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

R

Referencia Médica: El envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud

Residuo Peligroso: Residuos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad, o que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio. (SEMARNAT)

Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso (RPBI): El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se generan en establecimientos de atención médica. (Numeral 3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica)

Resultado: El o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un evento que afecta negativamente los resultados, también definido como la incertidumbre en los resultados.

S

Seguridad: Es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y de la organización.

Seguridad del Paciente: Un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en los procesos y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud

Servicio de Atención Médica: Conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de estos (Fracción II del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

Servicios de Salud: Prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Estos no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, también abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Servicios Subrogados: Es la sustitución del operador de un servicio de salud directo o indirecto al paciente que debiese ser el prestador de la organización por un tercero externo o ajeno a esta.

Servicio de Urgencias: Conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)

Sistema de servicios básicos: Sistema y equipo de toda la organización que respalda lo siguiente cuando así lo requiere la organización: distribución de energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción,

ventilación y aire acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

Sistematización de Procesos: Seguimiento e inclusión uniforme en todos los niveles, áreas o estructuras que conforman el universo de aplicación del proceso definido por la organización para el desarrollo de un Estándar. Por ejemplo, La organización define un proceso para el egreso de pacientes el cual los médicos especialistas deberán realizar y firmar la nota de egreso antes de la salida del paciente. En la operación, solo los médicos especialistas de staff realizan y firman sus notas, los médicos externos no conocen siquiera el proceso. La implementación del proceso no es sistemática al no incluir a los médicos externos dentro del universo de implementación de este.

T

Transferencia de Paciente: Proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, pudiéndose llevar a cabo entre una unidad de atención a otra, un servicio clínico a otro, un facultativo calificado a otro, o una organización a otra.

Triage: Derivado de la palabra francesa cuyo significado es “clasificar”. En urgencias se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Sin embargo, puede ser utilizado para determinar niveles de atención en diversas áreas o procesos.

U

Úlcera por presión: Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Urgencia: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata (Numeral 4.1.1 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)

V

Variabilidad: Son cambios que modifican el proceso que afectan al producto que se produce o al servicio que se ofrece.

Verificación de la fuente original: Verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones.

CSG
Consejo de Salubridad General

Secretaría de Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC)

Criterios y Estándares Anexo A CUNCEEC

SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

EDICIÓN 2023

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

Consejo de Salubridad General

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

ÍNDICE

Presentación

CRITERIOS

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

Infraestructura Blanda
- Recursos Humanos
- Normatividad
- Elementos medibles

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

Procesos ligados a Infraestructura
- Red de frío e inmunización
- Programas de prevención y detección
- Servicios Subrogados

ESTÁNDARES

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

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

Sistemas Críticos para la Seguridad del Paciente

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

Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente

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

Atención Centrada en el Paciente

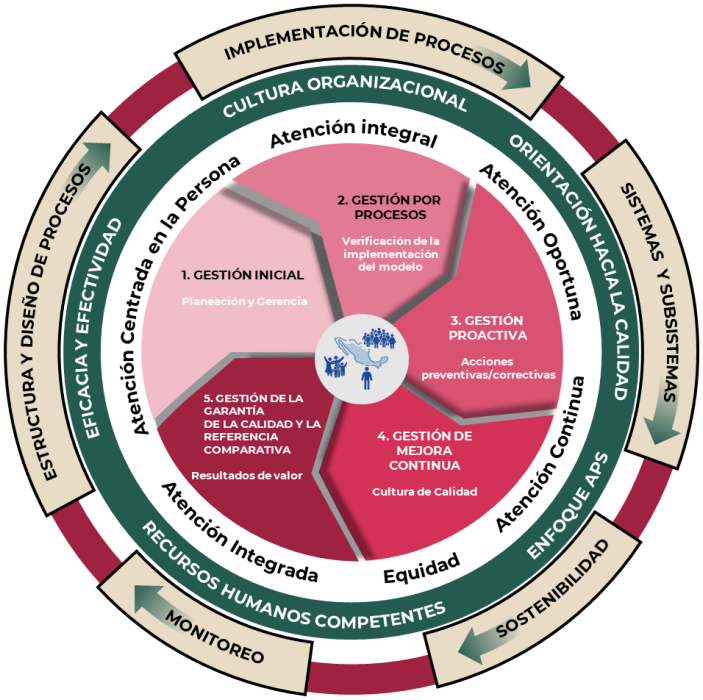
- Acceso y Continuidad de la Atención (ACC)
- Derechos del Paciente y de su Familia (PFR)
- Evaluación de Pacientes (AOP)
- Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD)
- Atención de Pacientes (COP)
- Anestesia y Atención Quirúrgica (ASC)
- Educación al Paciente y a su Familia (PFE)

Gestión de la Organización

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

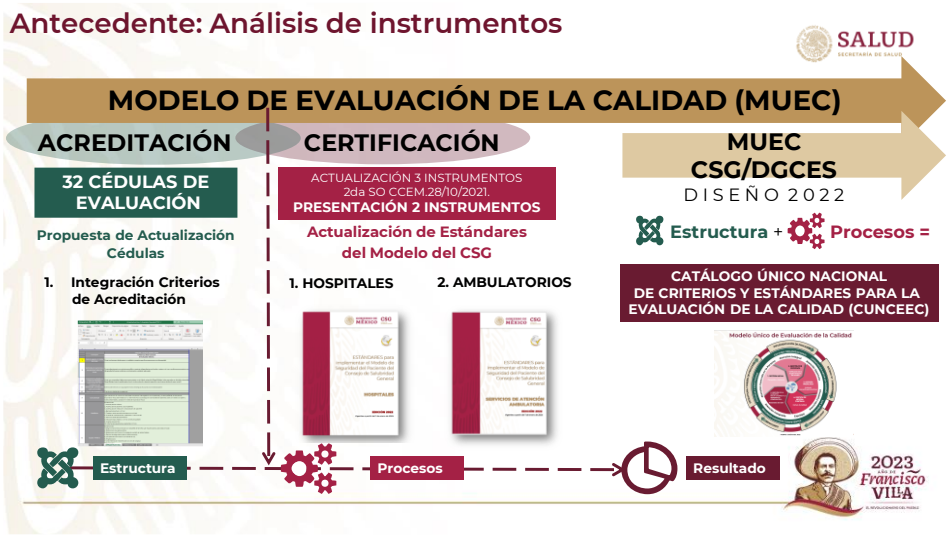
MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

MUEC



FUENTE: CSG/DGCES, 2022

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



Fuente: Diseño propio DGCES y CSG, 2023.

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

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

CRITERIOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

SECCIÓN CRITERIOS

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

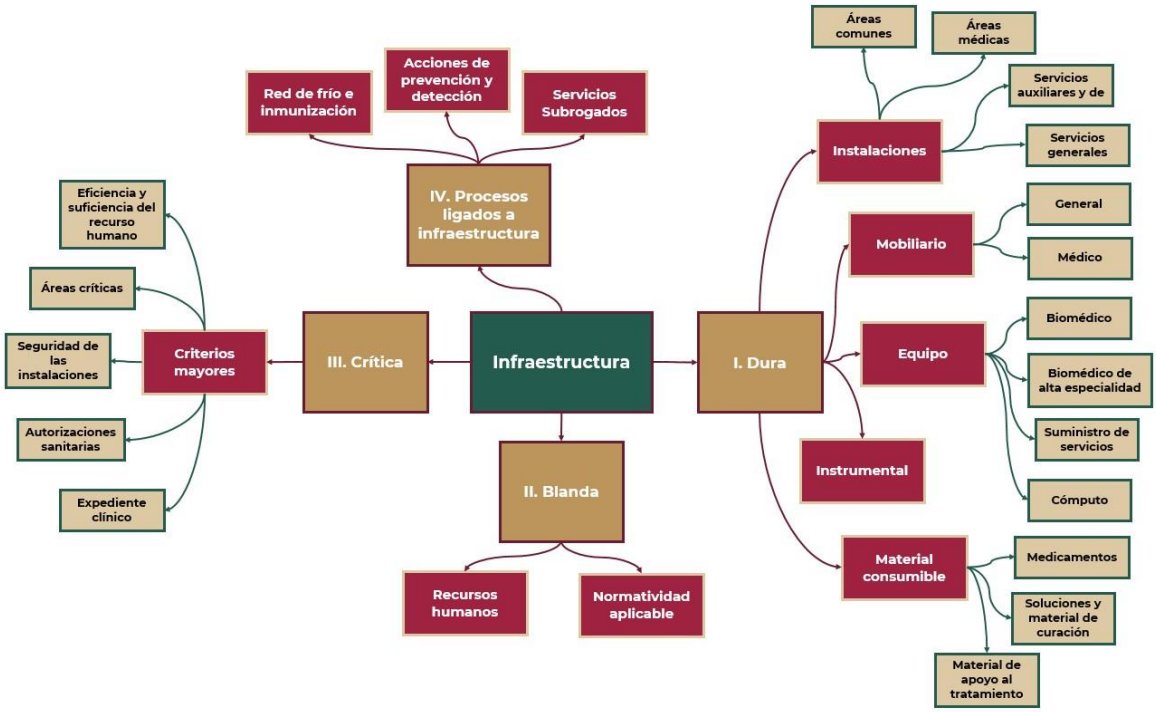
El MUEC tiene un enfoque de sistemas, mediante el cual se ve a la organización como un todo, considerando como parte fundamental el trabajo en equipo, incluyendo el involucramiento y compromiso directivo.

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

Criterios de evaluación del MUEC

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

Clasificación de la Infraestructura en Salud



Fuente: Diseño propio DGCES y CSG, 2023.

- **Infraestructura en salud:** Se comprende como el conjunto de obras y servicios necesarios destinados a la construcción y el mejoramiento de los espacios y la atención de la salud, comprendidos estos servicios como acciones orientadas a prevenir y controlar enfermedades.

- **Infraestructura Dura**: Determinada como aspectos materiales o físicos de la infraestructura, tales como el inmueble correspondiente al EAM.

- **Infraestructura Blanda**: Es el capital humano que le dan valor agregado a los aspectos físicos de la infraestructura. Ese valor agregado es el conjunto de conocimientos, experticia, métodos y normativas que optimizan el funcionamiento de la infraestructura dura.

- **Infraestructura Crítica:** Son elementos indispensables para el funcionamiento del EAM. Se trata de sistemas o redes de tanta importancia que su debilitamiento, sabotaje o destrucción amenazan la seguridad del paciente, los cuidadores, los profesionales de la salud y la comunidad. Por ejemplo: los suministros de energía eléctrica.

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

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

- **Infraestructura dura**: Se deberán cumplir con los requerimientos descritos en el apartado correspondiente del CUNSEEC de la siguiente forma:

  - Se encuentra en excelentes condiciones de estado de conservación y funcionamiento:
  - Se encuentra en condiciones aceptables de conservación y seguras de funcionamiento.
  - No se encuentra.
  - No aplica.

- **Infraestructura blanda**. Se deberá cumplir con la totalidad de los requerimientos descritos en el apartado correspondiente del CUNSEEC, de acuerdo a lo siguiente:

  - Se cuenta.
  - No se cuenta.
  - No aplica.

- **Infraestructura crítica**: Esta se componen de elementos de infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda

- **Procesos ligados a Infraestructura:** se componen de elementos de infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda.

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

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

- **Criterios Menores**: Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

- **Criterios Mayores**: Elementos medibles de **cumplimiento obligatorio** por los EAM. Mismos que se detallan en la sección de infraestructura crítica. Identificados con el símbolo ➲ en el documento.

- **Criterios de infraestructura en evaluación documental:** Para dar continuidad al cumplimiento de la infraestructura en las fases de evaluación documental del MUEC que correspondan, será necesario que el EAM adjunte en el aplicativo correspondiente, la evidencia que demuestre que se mantiene vigente el cumplimiento de criterios de infraestructura previamente validados en la visita de evaluación.

El EAM deberá adjuntar en formato PDF la siguiente información:

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

Generalidades:

Para fines de la evaluación se establece lo siguiente:

- Solo se podrán revisar los Criterios que se encuentran establecidos en el CUNCEEC.

- Se realizará una evaluación física y documental para el análisis integral del cumplimiento de los Criterios.

- Se podrán recabar documentos, fotografías y demás evidencia que sea requerida para la evaluación.

- Todas las bitácoras de limpieza en el establecimiento deberán contener como mínimo:

    - Nombre de la institución.
    - Fecha.
    - Hora de la actividad.
    - Servicio.
    - Proceso de limpieza utilizado.
    - Nombre del personal que realiza las actividades
    - Nombre del personal que supervisa las actividades.

- Todas las bitácoras de mantenimiento deberán contener como mínimo lo siguiente:

    - Nombre de la institución.
    - Fecha de solicitud o programación.
    - Nombre y firma del personal que realiza las actividades.
    - Tipo de actividad.
    - Descripción de las actividades.
    - Nombre del personal que recibe.
    - Firma de conformidad.

Evaluación de Infraestructura

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

Los elementos medibles son la descripción de los requisitos o elementos con los que deben contar los EAM de acuerdo a la normatividad vigente y se encuentran agrupados en los diferentes apartados, de acuerdo a condiciones que comparten como son: el servicio de atención o la intervención médica a la que pertenecen.

Estos elementos se encuentran enlistados después de cada sección de infraestructura en este documento, las organizaciones deberán seleccionar la infraestructura que les aplique de acuerdo a su tipología y servicios con los que cuentan. Además de estar integrados en el CUNCEEC.

La vinculación se realiza de la siguiente manera:

Ejemplo:

Área a evaluar : Central de enfermería en todas las áreas		
CRITERIOS Infraestructura Dura	**Elemento Medible CUNCCEC**	**Metodología de Evaluación**
Instalaciones • Áreas comunes	• Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente.	Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente: • Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad. • Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice. • Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente. • Se debe contar con sistema de inyección de aire acondicionado con filtrado de alta eficiencia en aislados de hospitalización, terapias intensivas y áreas quirúrgicas. • Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones. • Luminarias funcionando • Instalaciones de gases medicinales en buenas condiciones. • Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas. • Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente. • Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal,

		pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje. • Señalética colocada según la normatividad. • Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas. • limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen. • Que cuente con programa de mantenimiento.
Instalaciones • Mobiliario médico	• Carro para curación. • Mesa mayo con charola. • Mesa Pasteur. • Portavenoclisis rodable. • Caja para desinfección de instrumentos. • Carro porta lebrillos. • Tarja para lavado de instrumental, Insumos para el lavado de este.	Se verificará que se cuente con el mobiliario, esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente. • Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área. • Que pertenezca al área • Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto. • Sin zonas de oxidación o deterioro. • Que se encuentre limpio y desinfectado. • Que cuente con programa de mantenimiento. • Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.
Equipamiento: • Equipo biomédico	• Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones. • Esfigmomanómetro (pediátrico). • Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma. conectada a cada cubículo o módulo. • Estetoscopio (cápsula pediátrica). • Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto. • Lámpara de haz dirigible. • Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto). • Ventilador mecánico de presión y de volumen. • Equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y	Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento. • Que se cuente con el equipo solicitado en el área. • Que pertenezca al área • Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto. • Sin deterioro y zonas de oxidación. • Que se encuentre limpio y desinfectado. • Que cuente con programa de mantenimiento. • Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

	periférico: catéter percutáneo y venoclisis	
Instrumental	• Pinza de traslado. • Torundero con tapa. • Lebrillos. • Equipo para: • Aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, Punción torácica, • Abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis, Recipiente para desinfección de instrumentos.	Se verificará las condiciones del instrumental en las áreas de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, necesario para realizar las actividades específicas. • Que se cuente con el instrumental solicitado en el área. • Que pertenezca al área • Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto. • Sin deterioro que disminuya o afecte su óptimo funcionamiento • Que se encuentre limpio y sin zonas de oxidación. • Con paquetes de instrumental de acuerdo a la atención del EAM del • De acuerdo a su utilización se encuentre estéril o en su caso desinfectado. • Empaques de instrumental esterilizado se encuentren íntegros. • Cantidad de material a para embalaje de acuerdo a la necesidad del servicio. • Contar con proceso de esterilización o desinfección autorizado por el EAM. • Que cuente con programa de mantenimiento y de baja de instrumental. • Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del instrumental.
Material consumible • Medicamento	Ejemplo Unidad de Cuidados Coronarios Medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio: -Terapia antiplaquetaria: • Ácido acetil salicílico, Clopidogrel, -Terapia antitrombínica: enoxaparina, • Heparina no fraccionada -Terapia anti isquémica: • Metoprolol, • Isosorbide, • Trinitrato de glicerilo, Artovastatina, -Terapia analgésica: morfina, • Fibrinólisis: tenecteplasa, Estreptoquinasa, Alteplase.	

SECCIÓN.1
CRITERIOS

INFRAESTRUCTURA DURA
ELEMENTOS MEDIBLES

I. Infraestructura Dura: Criterios

1. Instalaciones

Propósito de la evaluación:
La evaluación de las instalaciones está enfocada a verificar el estado de conservación y funcionamiento de las mismas, que permitan la atención con calidad a los usuarios.

1.1 Áreas Comunes.

Conformadas por las diferentes áreas de acceso común dentro y fuera de las instalaciones como son: salas de espera, baños públicos y de personal, pasillos, comedores, etc.

Evaluación: Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento, considerando lo siguiente:

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras, zonas de humedad o superficies porosas que dificulten la limpieza
- Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal y pacientes en las instalaciones.
- Cumplimiento normativo de las condiciones de infraestructura para personas con discapacidad como las rampas de acceso, barandales, sanitarios y asientos exclusivos en sala de espera.
- Señalética colocada según la normatividad.
- Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas.
- limpieza de todos los elementos presentes en el área.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

1.2 Áreas Médicas.

Conformadas por todas aquellas áreas en las que se prestan cuidados y atención médica como son: consultorios de consulta externa, hospitalización, áreas quirúrgicas, terapias intensivas y urgencias.

Evaluación: Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente:

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice.
- Que se encuentren ventiladas y cuenten con iluminación natural preferentemente.
- Se debe contar con sistema de inyección de aire acondicionado con filtrado de alta eficiencia en aislados de hospitalización, terapias intensivas y áreas quirúrgicas.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Instalaciones de gases medicinales en buenas condiciones.
- Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.

- Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal, pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje.
- Señalética colocada según la normatividad.
- Áreas en las que se encuentren equipos de emergencia se mantengan despejadas.
- limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

1.3 Servicios auxiliares y de diagnóstico.

Conformadas por todas aquellas áreas en las que realizan estudios ligados a la atención médica y aquellos en los que se realizan procesos terapéuticos a pacientes como: Laboratorio médico, banco de sangre, Imagenología, patología, radioterapia, quimioterapia, patología, hemodinámica, etc.

Evaluación: Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente:

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Se debe contar con superficies que permitan la limpieza de acuerdo a la actividad médica que se realice.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando
- Instalaciones de gases medicinales y gas en buenas condiciones (de acuerdo al área).
- Instalaciones hidrosanitarias sin fugas o dañadas.
- Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal, pacientes, equipo biomédico, sillas de ruedas o calillas en las instalaciones y sin zonas de almacenaje.
- Señalética colocada según la normatividad (especialmente en áreas de Imagenología).
- Equipos de emergencia funcionales y se mantengan despejados para su uso inmediato.
- limpieza y desinfección de todos los elementos presentes en el área de acuerdo las actividades que se realicen.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

1.4 Servicios Generales

Conformadas por todas aquellas áreas en las que realizan actividades que le dan soporte para el funcionamiento seguro y oportuno del EAM como lo son: Casa de máquinas, instalaciones de oxígeno medicinal, sistema de suministro de agua y energía, etc.

Evaluación: Se verificará que las instalaciones se encuentren en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.

- Paredes, techos, pisos, sin cuarteaduras ni zonas de humedad.
- Puertas y ventanas sin zonas de oxidación y en buenas condiciones.
- Luminarias funcionando

- Área de central de gases con acceso restringido con condiciones de acceso y señalética de acuerdo a la normatividad.
- Tuberías diferenciadas por color según la normatividad.
- Instalaciones de gas o diésel en buenas condiciones
- Instalaciones sanitarias sin fugas o dañadas con trampas de drenaje en los equipos que lo requieran.
- Instalaciones hidráulicas en buenas condiciones, incluyendo las cisternas y sus componentes.
- Tuberías con señalización de dirección.
- Instalaciones eléctricas debidamente señalizadas, funcionales, en cantidad y distribución de acuerdo a la necesidad y normatividad vigente.
- Espacios tributarios que permitan la segura y libre circulación de personal.
- Las áreas no deben de ser de almacenaje.
- Señalética colocada según la normatividad (central de gases).
- Equipos de emergencia funcionales y se mantengan despejados para su uso inmediato.
- limpieza del área.
- Que cuente con programa de mantenimiento.

2. Mobiliario

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y funcionamiento del mobiliario necesario para realizar las diferentes actividades dentro de EAM.

2.1 Mobiliario general.

Conformado por todo el mobiliario en áreas comunes, oficinas, consultorios, áreas médicas, auxiliares de diagnóstico y tratamiento, talleres, que son utilizados para actividades no médicas como: Sillas, mesas, escritorios, archiveros, botes de basura municipal, etc.

Evaluación. Se verificará que se cuente con el mobiliario, que esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.

- Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin zonas de oxidación o deterioro evidente.
- Que se encuentre limpio.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.

2.2 Mobiliario Médico.

Conformado por todo el mobiliario en consultorios, áreas médicas, auxiliares de diagnóstico y tratamiento para actividades relacionadas con procesos médicos como: mesa Pasteur, mesa de mayo, Mesa de riñón, mesas de central de enfermeras, carro de paro, mesas para lavado y prelavado de instrumental, resguardo de medicamentos, etc.

Evaluación. Se verificará que se cuente con el mobiliario, esté en buenas condiciones de funcionamiento y que cuenten con las características establecidas en la normatividad vigente.

- Que se cuente con el mobiliario solicitado en el área.

- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin zonas de oxidación o deterioro.
- Que se encuentre limpio y desinfectado.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario de mobiliario.

3. Equipamiento

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y funcionamiento del equipo utilizado y necesario para realizar las diferentes actividades dentro de EAM.

3.1 Equipo biomédico.

Conformado por el equipo utilizado para realizar actividades de baja complejidad relacionadas con procesos médicos como: estuche de diagnóstico, esfigmomanómetro, negatoscopio, estetoscopio, bombas de infusión, nebulizadores, eyectores portátiles, etc.

Evaluación. Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro y zonas de oxidación.
- Que se encuentre limpio y desinfectado.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

3.2 Equipo Biomédico de Alta Especialidad.

Conformado por el equipo utilizado para realizar actividades de mayor complejidad hasta alta especialidad relacionadas con procesos médicos como: máquina de anestesia, monitor desfibrilador, equipos de laboratorio, endoscopio, tomógrafo, acelerador lineal, etc.

Evaluación. Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro y zonas de oxidación.
- Que se encuentre limpio y desinfectado de acuerdo a un programa de limpieza autorizado por proveedor o el área biomédica.
- Que cumplan las especificaciones particulares establecidas en el catálogo para ese equipo.
- Pruebas de funcionamiento y control de calidad del equipo.
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

3.3 Suministro de servicios básicos.

Conformado por el equipo utilizado en las áreas de servicios generales para suministrar al EAM lo necesario para su funcionamiento como: Calderas, central de gases, compresoras, equipos de bombeo, lavadoras, estufas, refrigeradores de alimentos y de R.P.B.I., manejadoras de aire acondicionado, etc.

Evaluación. Se verificará que se cuente con el equipo necesario para realizar las actividades de suministro de servicios de acuerdo a la normatividad vigente, que se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Con bajo deterioro y zonas de oxidación.
- Conexiones sin fugas o derrames.
- Que cumplan las especificaciones particulares establecidas en el catálogo para ese equipo.
- Que se encuentren limpios
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.

3.4 Cómputo.

Conformado por el equipo utilizado en áreas de atención médica o de diagnóstico y tratamiento.

Evaluación. Se verificará que el equipo se encuentre en buenas condiciones de estado y funcionamiento.

- Que se cuente con el equipo solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro
- Que se encuentre limpio
- Que cuente con programa de mantenimiento.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del equipo.
-

4. Instrumental

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y funcionamiento del instrumental necesario para realizar las diferentes actividades específicas dentro de EAM.

Evaluación. Se verificará las condiciones del instrumental en las áreas de atención médica de acuerdo a la normatividad vigente, necesario para realizar las actividades específicas.

- Que se cuente con el instrumental solicitado en el área.
- Que pertenezca al área
- Que se encuentre en condiciones de funcionamiento correcto.
- Sin deterioro que disminuya o afecte su óptimo funcionamiento
- Que se encuentre limpio y sin zonas de oxidación.
- Con paquetes de instrumental de acuerdo a la atención del EAM del

- De acuerdo a su utilización se encuentre estéril o en su caso desinfectado.
- Empaques de instrumental esterilizado se encuentren íntegros.
- Cantidad de material a para embalaje de acuerdo a la necesidad del servicio.
- Contar con proceso de esterilización o desinfección autorizado por el EAM.
- Que cuente con programa de mantenimiento y de baja de instrumental.
- Se comprobará al azar la inclusión en el inventario del instrumental.

5. Material consumible

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada a verificar la presencia, estado de conservación y caducidad del material necesario para realizar las diferentes actividades específicas dentro de EAM.

5.1 Medicamento.

Evaluación. Se verificará que se cuenta con el medicamento necesario para la prestación de servicios de atención médica, sistema de abasto competente y condiciones de almacenaje seguras.

- Que se cuente en el EAM con el medicamento declarado en el paso 1 del MUEC.
- Se elegirá una muestra para revisión física del 30% al 40 % del medicamento presente en el EAM de acuerdo al perfil epidemiológico y las principales patologías de atención en la que se revisará.
    - Buenas condiciones físicas del empaque.
    - Fechas de caducidades con vigencia al día de la evaluación.
    - Control de las caducidades (semaforización).
    - Sistema de abasto en un periodo de 6 meses previos a la fecha de visita de evaluación, estradas y salidas considerando desperdicio o merma.
    - Cruce del sistema de abasto con la dispensación de medicamento a usuarios.
- Almacenaje que mantenga íntegro al medicamento en las áreas de atención.
- Condiciones en almacén general que asegure la integridad de los medicamentos (estriba, temperatura y humedad de acuerdo a indicaciones del proveedor).
- Se tomará como base de evaluación el catálogo de medicamentos establecido por cada entidad federativa, institución o establecimiento debidamente validado por COFAT y/o Comité de Abastos, según el caso.
- Se solicitará listado impreso de los medicamentos presentes en el establecimiento el día de la visita de evaluación, deberán entregarse en tamaño carta, con fecha, nombre, cargo y firma de quien lo entrega, además de integrar la identificación institucional.
- Medicamentos presentes en el establecimiento con menos de una semana de haber sido surtidos y que previo a ese tiempo tengan nulo o escaso movimiento, se considerarán como ausentes.
- El establecimiento puede establecer el procedimiento de semaforización de acuerdo a sus necesidades, este deberá estar respaldado por las autoridades estatales o COFAT, el cual deberá estar debidamente documentado e implementado.
- Pare el primer nivel de atención, los medicamentos para la tuberculosis (antifímicos) y faboterápicos, que se encuentren en otro establecimiento a disposición por solicitud, será revisada su prescripción histórica y/o su proceso de surtimiento en caso de aplicar.

5.2 Soluciones y material de curación.

Evaluación. Se verificará que se cuenta con lo necesario y sistema de abasto para la prestación de servicios de atención médica.

- Que se cuente en el EAM con las soluciones y material de curación declarados en el paso 1 del MUEC.
- Se realizará revisión física al azar lo siguiente.
    - Buenas condiciones físicas del empaque.
    - Fechas de caducidades con vigencia al día de la evaluación.
    - Control de las caducidades (semaforización).
    - Sistema de abasto.
- Almacenaje para mantener la integridad en las áreas de atención.
- Condiciones en el almacén general que asegure la integridad de los materiales de curación. (estriba, temperatura y humedad de acuerdo a indicaciones del proveedor).

5.3 Material de apoyo para el tratamiento.

Conformado por el material utilizado en las áreas de para realizar actividades de atención médica necesarias en los tratamientos como: Cánulas, mascarillas de oxígeno, extensiones de oxígeno, catéteres, etc.

Evaluación. Se verificará que se cuenta con lo necesario y sistema de abasto para la prestación de servicios de atención médica.

- Que se cuente en el EAM con el material de acuerdo a lo declarado en el paso 1 del MUEC.
- Se realizará revisión física de lo siguiente.
    - Buenas condiciones físicas del empaque.
    - Fechas de caducidades con vigencia al día de la evaluación.
    - Control de las caducidades (semaforización).
    - Sistema de abasto.
- Almacenaje para mantener la integridad en las áreas de atención.
- Condiciones en el almacén general que asegure la integridad de los materiales (estriba, temperatura y humedad de acuerdo a indicaciones del proveedor).

II. Infraestructura Dura: Elementos Medibles

- **Condiciones generales de infraestructura todas las áreas de atención ambulatoria/hospitalaria:**

  - Señalización de emergencia en áreas, de acuerdo a normatividad vigente.
  - Facilidades arquitectónicas que permitan el arribo, entrada, salida y traslado seguro en el establecimiento, así como con aquellas circulaciones especiales para el tránsito y permanencia considerando las necesidades especiales de las personas con discapacidad y adultos mayores.
  - Infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente con contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos instalados, diferenciados con un color distintivo o una marca específica, eléctricamente polarizados y aterrizados, sin uso de extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto. ➲

  Sala de espera en todas las áreas.
  - Contar con área para sala de espera, con mobiliario y espacios específicos para personas con discapacidad.

  Sanitarios de pacientes y personal en todas las áreas.
  - Contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes independientes para hombres y mujeres, así como condiciones para pacientes con discapacidad en buenas condiciones y con iluminación y ventilación adecuadas.

  Módulo de lavado de manos.
  - Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables y bote de basura.

  Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.).
  - Contenedores rígidos para punzocortantes con el símbolo universal de Riesgo Biológico en áreas generadoras.
  - Botes de basura con bolsas marcadas con el símbolo universal de Riesgo Biológico (roja y/o amarilla según el caso) en áreas generadoras.
  - Ruta de recolección.

  Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios.
  - Existencia de extintores en todas las áreas con carga vigente en áreas estratégicas de acuerdo a la normatividad vigente.

- **Central de enfermeras en todas las áreas de atención.**
  - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
  - Carro para curación.
  - Mesa mayo con charola.
  - mesa Pasteur.
  - Portavenoclisis rodable.
  - Caja de Doayan.
  - Equipo de curaciones.
  - Caja para desinfección de instrumentos.

- Carro porta lebrillos.
- Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.
- Esfigmomanómetro (adulto y/o pediátrico).
- Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma conectada a cada cubículo o módulo.
- Estetoscopio (cápsula pediátrica en su caso).
- Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto.
- Lámpara de haz dirigible.
- Pinza de traslado.
- Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto).
- Torundero con tapa.
- Lebrillos.
- Mesa alta con tarja.
- Mesa Pasteur.
- Mostrador escritorio.
- Sistema porta expedientes.
- Tarja para lavado de instrumental, insumos para el lavado de este.
- Anaquel o vitrina para guarda de medicamentos.

- **Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología**
  - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
  - Tarja.
  - Mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.
  - Área de lavado con agua corriente, tarja y área de secado.
  - Recipientes para recolección de excretas.
  - Recipiente para recolección de ropa de cama y de pacientes en área de hospitalización.
  - Ubicados cercanos a las áreas.
  - Accesible pero fuera del área de recuperación pos anestésica.

- **Cuarto de aseo para todas las áreas.**
  - Se encuentra cercano al área de atención y cuenta con:
    - Área de lavado de lavado de instrumentos de aseo.
    - Agua corriente.
    - Área de secado.
    - Tarja o equivalente.

- **Consulta Externa.**

  Condiciones generales.
  - Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

  Consultorio/s Médico.

- Que cuente con al menos con dos áreas: una para el interrogatorio con el paciente y su acompañante, la otra para la exploración física, delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente, contar con módulo de higiene de manos, ubicado en el área de exploración física.
- Cuando el consultorio no esté ligado físicamente a una unidad hospitalaria, deberá contar con un botiquín de urgencias.

Mobiliario.

- Asiento para el médico.
- Asiento para el paciente y acompañante.
- Asiento para el médico en la exploración del paciente
- Banqueta de altura o similar.
- Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal.
- Guarda de medicamentos, materiales o instrumental.
- Mesa universal para exploración.
- Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable.
- Mueble para escribir.
- Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.

Equipo Médico.

- Esfigmomanómetro aneroide con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
- Estetoscopio de cápsula doble.
- Estetoscopio de Pinard o Fonodetector portátil de latidos fetales.
- Estuche de diagnóstico básico (oftalmoscopio).
- Lámpara de examinación con fuente de luz.
- Negatoscopio.
- Cinta métrica de metal flexible con 2m de longitud.
- Termómetro digital
- Báscula con estadímetro y báscula pesa bebés.
- Glucómetro.

Instrumental.

- Espejos vaginales chicos, medianos y grandes.
- Mango para bisturí.
- Martillo precursor.
- Pinza de anillos.
- Pinza de disección con dientes y sin dientes.
- Pinza tipo mosquito.
- Pinza para sujetar cuello de la matriz.
- Pinza curva.
- Porta agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas.
- Riñón de al menos 250 ml.
- Tijera recta.
- Torundero con tapa.

Para los consultorios de especialidad, deberán cumplir con las condiciones del consultorio médico descritas anteriormente, además de los requisitos específicos que se describen a continuación.

Consultorio de cardiología.

- Electrocardiógrafo.
- Monitores Holter.
- Ecocardiógrafo.
- Cuente con un área con equipo para pruebas de esfuerzo.

Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva.

- Mesa con tarja.
- Caja de Doayan.
- Dos recipientes con tapa para soluciones desinfectantes.
- Mango de bisturí.
- Pinzas de Kelly.
- Pinzas mosquito rectas y curvas.
- Tijera de Mayo.
- Tijera para retirar puntos.

Consultorio de dermatología.

- Cucharillas (curetas) dérmicas de Piffard o de Douglas o su equivalente tecnológico.
- Equipo de fulguración.
- Extractor de comedones con lanceta.
- Lámpara con lupa de tres dioptrías.
- Pinza de depilación.
- Pinza para biopsia.

Consultorio de gineco-obstetricia.

- Mesa de exploración con pierneras.
- Mesa de trabajo para preparar laminillas.
- Amplificador de latido fetal y de contracciones uterinas o su equivalente tecnológico.
- Aparato para cauterizar o fulgurador.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
- Espejos vaginales (tres de cada tamaño).
- Histerómetro.
- Pinza de pozzi.
- Pinza para biopsia de cérvix uterino.
- Pinza para biopsia de endometrio.
- Pinza uterina.
- Pinzas para sujetar cérvix uterino.
- Portacubetas rodable.
- Recipiente hermético para soluciones desinfectantes.
- Tijera de Metzenbaum.

Consultorio de medicina física y de rehabilitación.

- Cinta métrica.
- Goniómetro.
- Plantoscopio.
- Martillo de reflejos.

Consultorio de neumología.

- Espirómetro o sustituto tecnológico.
- Sistemas instrumentales de tratamiento (cepillo bronquial, pinza de biopsia bronquial o su equivalente tecnológico).

Consultorio de neurología y neurocirugía.

- Carta para medir agudeza visual.
- Compás de Weber.
- Contenedor de olores fuertes.
- Dinamómetro de mano.
- Equipo para cirugía menor.
- Martillo de percusión con aditamentos para la exploración de la sensibilidad cutánea.
- Tubos de ensayo con agua fría y caliente.

Consultorio de oftalmología.

- Mesa para instrumentos oftalmológicos.
- Sillón para paciente, en sustitución de la mesa de exploración.
- Aguja para cuerpos extraños.
- Agujas para lavado de vías lagrimales.
- Armazón de pruebas.
- Blefaróstato.
- Caja de lentes para pruebas.
- Caja de Bard Parker con pinza de traslado.
- Campímetro o su equivalente tecnológico.
- Dilatador de punto lagrimal.
- Exoftalmómetro.
- Foróptero.
- Gubia para cuerpos extraños.
- Juego de cartillas a distancia o su equivalente tecnológico.
- Juego de espejos para eskinoscopio, planos y cóncavos.
- Juego de sondas exploradoras para vías lagrimales.
- Keratómetro o eskiascopio o su equivalente tecnológico.
- Lámpara de hendidura.
- Lensómetro.
- Lupa anaesférica de 20 dioptrías.
- Mango de bisturí o su equivalente tecnológico.
- Oclusor.
- Oftalmoscopio directo/ Indirecto o su equivalente tecnológico.
- Pinza conjuntiva recta.
- Pinza curva de iris, sin dientes.
- Pinza para fijación.
- Pinzas para pestañas.
- Pinza para chalazión.
- Prisma para medir forias.
- Recipiente hermético para desinfectantes (en su caso esterilizador).
- Retinoscopio.
- Separadores de desmarres.

- Tijera para retirar puntos.
- Tijera de iris.
- Tonómetro.

Consultorio de otorrinolaringología.

- Sillón de exploración en otorrinolaringología, con movimiento circular y posibilidad para variar alturae inclinación.
- Adaptador fenestrado para los aspiradores de oído (Guilford-Wright).
- Aplicador de Lambury.
- Aplicador metálico de punta triangular o estriada tipo Lathbury o Brown.
- Asa Billeau.
- Cánula vanalyea, con punta roma, calibre 15 ga (1.8 mm).
- Cucharilla o asa para cerumen.
- Cuchillo angulado de paracentesis o miringotomía.
- Esterilizador.
- Jeringa metálica para lavado de oído.
- Juego de aspiradores de oído números: 16 G, 18 G y 20 G.
- Juego de espejos laríngeos número: 2, 4, 6 y 8.
- Juego de tres diapasones 256, 512 y 1024 tipo Hartman.
- Lámpara de alcohol.
- Lámpara frontal o espejo frontal, en este caso es necesario contar con una lámpara con haz dirigible.
- Mango universal para espejo laríngeo.
- Mechero.
- Microscopio de pedestal o de pared, con iluminación halógena con doble lámpara, ajuste de dioptrías en oculares gran angular de 12.5x con objetivo de 200 mm.
- Otoscopio con lente de aumento 2x con su juego de conos óticos.
- Pera politzer.
- Pinza de Hartman copa de 0.6 mm, 13.5 cm de longitud.
- Pinza para biopsia.
- Rinoscopio adulto.
- Rinoscopio infantil.
- Riñón metálico.
- Transiluminador.
- Unidad de otorrinolaringología con motor para aspiración y aspersión equipada con nebulizador y frasco para lavado de oídos.

Consultorio de ortopedia y traumatología.

- Mesa de trabajo con doble tarja y trampa de yeso.
- Martillo percusor grande para reflejos.
- Pinza de disección con dientes.
- Pinza de disección sin dientes.
- Pinza de Rochester.
- Pinza para yeso.
- Plantoscopio.
- Sierra de Stryker.
- Sistema de somatometría.
- Tijera de botón.

- Tijera de caimán.
- Tijera de presión.
- Tijera para retirar puntos.

Consultorio de pediatría.

- Báscula pesabebés.
- Esfigmomanómetro con brazalete para infantes y escolares.
- Infantómetro (puede ser parte de la mesa de exploración).
- Refrigerador de 4.5 pies cúbicos (cuando cuenten con servicio de vacunación).

Consultorio de proctología.

- Mesa especial de exploración proctológica en sustitución de la mesa de exploración.
- Caja de Doayan.
- Caja para desinfección de instrumentos.
- Equipo de curaciones.
- Equipo de endoscopia.
- Unidad electroquirúrgica.

Consultorio de psiquiatría.

- Diván o sillón.
- Mueble para guarda de equipo e insumos.

Consultorio de urología.

- Carro de curaciones.
- Caja de instrumentos con tapa.
- Cistouretroscopio mínimo con dos camisas 20 y 22 Fr. con sus aditamentos de fuente de poder y cables.
- Densímetro para orina o su equivalente tecnológico.
- Juego de candelillas.
- Juego de dilatadores uretrales.
- Juego de muletillas.
- Mango de bisturí.
- Pinza de disección con dientes.
- Pinza de disección sin dientes.
- Pinza de Kelly.
- Pinza Forester recta.
- Recipiente con tapa para soluciones esterilizadoras.
- Sondas de tres vías.
- Sondas uretrales con globo.
- Tijera de Mayo.
- Tijera para retirar puntos.
- Riñón.
- Torundero.
- Mesa para procedimientos de proctología/urología opcional.
- Unidad de endoscopia para urología (monitor, control de cámara, cámara, videograbadora) opcional.

Consultorios de áreas paramédicas.

Consultorio de Psicología.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Espacio suficiente y adecuado para la entrevista, así como para la intervención psicoterapéutica.
- Asiento para el psicólogo.
- Asiento para el paciente y su acompañante.
- Asientos para pacientes en grupo.
- Guarda de material y papelería.
- Mueble para escribir.
- Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.

Consultorio o áreas de Trabajo Social.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Espacio y mobiliario suficiente para la entrevista con el paciente.

Consultorio de Estomatología.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Sillón dental y sus accesorios, asegurando los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad, así como para la preparación y esterilización de materiales.
- Área para entrevistas
- Asiento para odontólogo.
- Asiento para pacientes y acompañantes.
- Cubeta o cesto con bolsa para basura municipal.
- Mueble para guarda de materiales, instrumental o equipo.
- Mesa con tarja.
- Mueble para escribir.
- Mueble con cajonera.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables y bote de basura.
- Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.
- Autoclave de vapor autogenerado.
- Compresora de aire libre de aceite para unidad dental, con arranque y paro automático, aditamento para purga de condensados y filtros de aire.
- Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable.
- Mandil plomado.
- Unidad dental con: charola porta-instrumentos, lámpara, sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y jeringa triple, separador o trampa de amalgama.
- Unidad de Rx dental, negatoscopio y sistema de revelado.
- Alveolotomo, pinza gubia.
- Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml.
- Arco de Young para dique de hule.
- Contrángulo.

- Cucharilla para cirugía.
- Cureta Mc Call, derecha e izquierda, juego (cureta c k6).
- Dosificador amalgamador.
- Elevador recto acanalado, con mango metálico.
- Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña.
- Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto.
- Espátula de doble extremo.
- Espejo dental con mango de rosca estándar.
- Excavador white.
- Explorador de una pieza con doble extremo.
- Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador.
- Grapas variadas para dique de hule.
- Jeringa Carpulle.
- Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval.
- Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador.
- Pieza de mano de alta velocidad esterilizable.
- Pieza de mano de baja velocidad esterilizable.
- Pinzas portagrapas.
- Pinza perforadora Ainsworth.
- Pinza para curaciones modelo collage.
- Porta amalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo.
- Portavasos para escupidera.
- Recortador de amalgama.
- Tijeras para encías curvas con hojas cortas, modelo Quimby.
- Tira puente Miller.
- Torundero con tapa.
- Floruro de Sodio.
- Eyectores para saliva.
- Gasas estériles.
- Material de sutura.
- Algodón.
- Lidocaína con epinefrina, solución inyectable 2%.
- Sellador de fosetas y fisuras dentales.
- Resina fotocurable para restauración/Aleación para amalgama dental.
- Agujas dentales.
- Lidocaína gel.
- Ionómero de vidrio.
- Radiografías dentales y líquidos reveladores.
- Anteojos o careta, bata de manga larga y de preferencia con el puño elástico adaptado a la muñeca y sin bolsillos, cerrada hasta el cuello y preferentemente de color blanco o colores claros que permitan ver con facilidad cuando se han contaminado, una mascarilla quirúrgica nueva y desechable y un par de guantes nuevos (para atender a cada paciente y para todo procedimiento clínico).

- Cubiertas, baberos o campos quirúrgicos desechables, así como anteojos de protección contra impactos o especiales en los procedimientos de foto-polimerización (para la protección del paciente).
- Guantes clínicos nuevos y desechables, de látex, vinil o nitrilo, no estériles para operatoria y estériles para cirugía.
- Mandil protector para tomar radiografías, con material desechable nuevo.
- Material para esterilización y desinfección.
- Papel grado médico.
- Detergentes enzimáticos multiusos (bactericida, viricida y/o fungicida).

Para los consultorios de odontología de especialidad, deberán cumplir con las condiciones del consultorio de odontología descritas anteriormente, además de los requisitos específicos que se describen a continuación.

Consultorios de Endodoncia.

- Atacadores.
- Espaciador para conductos D11.
- Explorador endodóntico DG-16.
- Lámpara de fotocurado
- Limas diferentes tipos y medidas.
- Pinzas de corte distal.
- Recortador de Gutapercha.
- Regla de anillo metálica para conductometría.

Consultorio de Parodoncia.

- Sonda periodontal Goldman Fox.
- Mango de bisturí.
- Excavador E2.

Consultorio de Ortodoncia.

- Arcos nitinol.
- Empujador de bandas metálicas.
- Estrella posicionadora de bandas.
- Lápiz ligador.
- Lima para bandas.
- Luks MA 57.
- Luks para sellar 1, 2 y 3.
- Pinza “how” curva.
- Pinza “how” recta.
- Pinza de la rosa.
- Pinza para abombar.
- Pinza para hacer banda derecha.
- Pinza para hacer banda izquierda.
- Pinza pico de pájaro corta.
- Pinza pico de pájaro larga.
- Pinza tres picos.
- Pinzas de corte alambre ligero.
- Pinzas de corte alambre pesado.

- Pinzas de mosco.
- Pucher.
- Soplete dental para soldar.

Consultorio de Odontopediatría.

- Abrebocas.
- Pinza para abombar coronas.

Consultorio de Cirugía maxilofacial.

- Lápiz ligador.
- Porta agujas.
- Mango para bisturí.
- Retractor gingival.

Medicina preventiva.

Consultorio de Medicina Preventiva.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Infraestructura física y equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar

Área de hidratación oral.

- Mesa.
- jarra, taza y cucharas (excepto aluminio).

Inmunizaciones.

- Contar con refrigerador exclusivo para la conservación de biológicos (Refrigerador de 10 a 18 pies cúbicos de una sola puerta), con la ubicación de los mismos y especificaciones de acuerdo a la normatividad vigente.
- Termograficador para el control de temperatura y gráfica de registro o equivalente.
- Termómetro de vástago con sensor de 14 cm de largo, el cual deberá estar calibrado y contar con llave calibradora integrada.
- Termómetro lineal.
- Charolas y/o anaquel perforada.
- Existencia de al menos 2 termos de nueve litros para el proceso de vacunación con existencia de vasos contenedores.

Área de Curaciones.

- Equipos de curaciones.
- Charola.
- Pinza de traslado.
- Portaguja.
- Pinza de disección sin dientes de 10 o 12 o 18 cm.
- Pinza de Kocher de 1x2 dientes de 13 cm.
- Pinza hemostática curva de Crille de 16 cm.
- Tijera de mayo recta de 14.5 cm.
- Lidocaína simple.
- Sutura (catgut, seda y nylon de dos ceros a tres ceros).
- Jeringa de 1, 3, 5 y 10 ml. Con agujas.

- Antisépticos locales, jabón, agua estéril, solución fisiológica, iodopovidona del 0.5 al 10% y alcohol al 70%.
- Gasas y apósitos estériles.
- Guantes estériles desechables.

Central de Esterilización.

- Equipo de esterilización de acuerdo a las necesidades del establecimiento e insumos: Bolsas de papel grado médico y cinta testigo.

Urgencias

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Central de enfermería.

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Cuarto séptico.

- Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Cuarto de aseo.

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Área de Hidratación.

- Asiento acojinado.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Mesa de trabajo con tarja.
- Mesa tipo Karam con colchoneta.
- Mueble para guarda de equipo e insumos.
- Báscula pesa bebé.
- Dosificador de oxígeno con humidificador.
- Esfigmomanómetro con brazalete pediátrico.
- Estetoscopio.

Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención.

- Cuenta con espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas y obstétricas (triage).
- Escritorio para el médico.
- Asiento para el paciente.
- Elemento divisorio de material antibacteriano
- Mesa de exploración universal.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Asiento giratorio.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).

- Esfigmomanómetro aneroide portátil con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard o fonodetector portátil de latidos fetales.
- Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio con pilas de repuesto.
- Lámpara de examinación con haz de luz dirigible.
- Glucómetro.
- Plicómetro para valoración nutricional.
- Negatoscopio.
- Cinta métrica ahulada.
- Termómetro digital.
- Báscula con estadímetro, en su caso báscula pesa bebé.
- Bote para RPBI (bolsa roja).

Área de Observación Cubículos.

- Toma fija de oxígeno por cama.
- Toma fija de aire comprimido por cada dos camas.
- Toma fija de aspiración controlada o mediante equipos portátiles.
- Dosificador de oxígeno con humidificador.
- Termómetro digital con pilas de repuesto.
- Cama-camilla con barandales.
- Elemento divisorio de material antibacteriano.
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Portavenoclisis rodable.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Requerimientos adicionales en Central de enfermeras:
    - Collarines cervicales semirrígidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza."
    - Electrocardiógrafo de un canal.
    - Incubadora de traslado.
    - Incubadora para cuidados generales.
    - Refrigerador.

Sala o área de curaciones.

- Mueble para guarda de equipo e insumos
- Asiento giratorio.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Carro para curaciones.
- Carro para ropa sucia.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
- Mesa alta con tarja y trampa para yesos (cuando se utilicen vendas con yeso).
- Mesa de exploración universal.

- Mesa Pasteur.
- Mesa rígida.
- Riel portavenoclisis.
- Lámpara de haz dirigible.
- Negatoscopio.
- Sierra para yeso o en su defecto cizalla y gubia.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Estuche de disección o equipo de sutura o de cirugía menor.

Unidad Quirúrgica.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Central de enfermería.

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Cuarto séptico.

- Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Cuarto de aseo.

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Transferencia de pacientes y Vestidores de personal. ➲

- Existencia de un área de transferencia para pacientes. ➲
- Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación de acuerdo a la normatividad vigente. ➲
- Existencia de vestidores para el personal del área de la salud por género, con acceso hacia el área quirúrgica con circulación restringida y delimitada (acceso controlado). ➲

Pasillo de circulación blanca.

- Lavabo o tarja para asepsia pre quirúrgica de las manos (lavado quirúrgico). ➲
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo),
- Cepillera para uso quirúrgico,
- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico,
- Que cuente con una ventanilla de comunicación desde el pasillo de circulación blanca hacia la C.E.y E. ➲

Área blanca sala de operaciones.

- Paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros y que cuenten con curvas sanitarias. ➲
- Ventilación artificial con instalación que permita que el aire sea inyectado por la parte superior de la sala y extraído en la parte inferior, de tal manera que no permita la recirculación de aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. ➲
- Puertas de doble abatimiento y con mirillas. ➲
- Piso resistente al agua, no conductor de corriente. ➲
- Instalaciones fijas de oxígeno y aire (gases medicinales). ➲

- Dispositivos para aspiración de líquidos y secreciones, de succión regulable, éstos podrán ser fijos o portátiles.
- Asiento, asiento giratorio con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- brazo giratorio (en su caso)
- Cubeta de acero inoxidable 12 litros.
- Mesa carro anestesiólogo (en su caso).
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa quirúrgica.
- Mesa riñón.
- Mesa transportadora de material.
- Porta cubeta rodable.
- Porta lebrillo doble.
- Riel portavenoclisis.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Lámpara doble para cirugía.
- Negatoscopio.
- Reloj para sala de operaciones con segundero.
- Unidad electroquirúrgica.
- Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con:
    - Un vaporizador.
    - Gabinete con ruedas, dos con freno.
    - Un cajón.
    - Mesa de trabajo con iluminación.
    - Repisa para monitores (en su caso).
    - Yugos para cilindros de O2 y N2O.
    - Medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión.
    - Contactos eléctricos.
    - Batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado.
    - Flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados.
    - Flush y sistema de guarda hipóxica o FiO2, con alarma audible y visible.
    - Ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente.
    - Circuito de reinhalación con sistema canister.
    - Monitor de signos vitales con desplieque de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.
    - Equipo móvil de rayos X.

Insumos para pacientes adulto.

- Bolsa de reinhalación 3.0 litros, 5.0 litros, "
- Circuito de reinhalación tipo Bain largo, C,
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas,
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas,
- Mango de laringoscopio,

- Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0),
- Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos,
- Hoja articulada curva,
- Resucitador manual adulto,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera,
- Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.),
- Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto,
- Cánulas orofaríngeas (juego con números del 5 al 9),
- Estetoscopio esofágico adulto,
- Pinza de Magill adulto,
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable,
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables.

Insumos para pacientes pediátrico.

- Bolsa de reinhalación 0.5 l, 1.0l, 1.5l,
- Circuito de reinhalación tipo Bain corto,
- Hojas de laringoscopio (juego) 00 - 2 rectas,
- Hojas de laringoscopio (juego) 0 - 2 curvas,
- Mango de laringoscopio,
- Mascarillas de anestesia transparentes (juego), No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0,
- Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos,
- Resucitador manual pediátrico,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente,
- Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.),
- Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 6.0 al 9.5 mm D.I.),
- Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas,
- Cánulas orofaríngeas (juego con números del 00 al 5),
- Estetoscopio esofágico pediátrico,
- Pinza de Magill pediátrica.

Insumos para paciente neonatal.

- Resucitador manual neonatal,
- Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente neonatal.

Área gris. Área de recuperación post-anestésica.

- Área específica para el estacionamiento de camillas contigua a la zona de transferencia.
- Carro camilla tipo transfer.
- Ventilación artificial.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables.

- Mesa alta con doble fregadero central y bote para RPBI (bolsa roja) para el prelavado de instrumental.
- Locales para la guarda de equipo de utilización intermitente, ropa, insumos y medicamentos.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Cada módulo de recuperación debe contar con:
    - Carro camilla para recuperación (un módulo por sala de operaciones como mínimo)."
    - Elemento divisorio de material antibacteriano.
    - Riel portavenoclisis.
    - Monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
    - Tomas de oxígeno.
    - Toma de aire comprimido.
    - Equipo para aspiración controlada.

Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico.

- Mascarilla válvula balón para presión positiva.
- Fuente portátil de oxígeno.
- Monitor de traslado.
- Sistema de ventilación.
- Camilla con barandales de traslado de paciente.

Tocología.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Central de enfermería.

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Cuarto séptico.

- Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Cuarto de aseo.

- Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito

Valoración Obstétrica- Preparación.

- Área con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía y módulo de aseo de manos.
- Banqueta de altura.
- Camilla.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Mesa Pasteur.
- Baño anexo con regadera.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.

- Caja roja obstétrica con los siguientes medicamentos:
  - Sulfato de magnesio, sol. Iny. De 1g./10 ml (20 frascos ámpula)."
  - Bicarbonato de sodio, sol. Iny. De 10 ml 7.5% (10 frascos ámpula).
  - Furosemida, sol. Iny de 20 mg/2 ml (5 frascos ámpulas).
  - Gluconato de calcio, sol. Iny.10 ml (10 frascos ámpula).
  - Nifedipino cápsulas de gelatina blanda de 10 mg (1 caja o 20 cápsulas).
  - Dexametasona, sol. Iny. De 8 mg/2 ml (2 frascos ámpula)
  - Hidralazina, sol. Iny. De 20 mg/ml (5 frascos ámpula).
  - Fenitoína, sol. Iny. De 250 mg/5 ml (4 frascos ámpula).

Labor.

- Espacio tributario suficiente para las actividades realizadas que permitan el fácil traslado de camillas a la sala de expulsión.
- Esfigmomanómetro.
- Estetoscopio.
- Estetoscopio de Pinard (o equipo equivalente para captar ruidos cardiofetales).
- Cardiotocógrafo.
- Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio con pilas y focos de repuesto.
- Lámpara de haz dirigible.
- Cubeta de acero inoxidable de 12 litros con porta cubeta rodable.
- Carpeta porta expedientes.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Cada módulo cuenta con:
  - Toma de oxígeno.
  - Elementos divisorios de material antibacteriano, impermeable y de fácil limpieza.
  - Banqueta de altura.
  - Cama- camilla para trabajo de parto.
  - Colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto.
  - Riel Portavenoclisis.

Expulsión.

- Equipo básico para anestesia con las siguientes características:
  - Circuito anestésico.
  - Oxímetro de pulso.
  - Aspirador de pared o portátil para secreciones.
  - Bolsa de reinhalación.
  - Monitor de presión arterial sistólica, diastólica y media no invasiva.
  - Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
  - Mango de laringoscopio.
  - Mascarillas de anestesia transparentes.
  - Monitor para electrocardiografía continua.
  - Tanque de oxígeno o fuente central.
  - Ventilador transoperatorio mecánico para adulto y para niño.
  - Termómetro digital.
  - Tubos endotraqueales con balón.

  - Guía flexible para sondas endotraqueales adulto.
  - Cánulas oro faríngeas.
  - Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
  - Juego de agujas para espacio subaracnoideo.
- Lámpara de haz dirigible.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Aspirador portátil para succión regulable.
- Instalaciones fijas para el suministro de oxígeno y aspiración controlada.
- Asiento y asiento con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para RPBI (bolsa roja)
- Mesa de apoyo para atención del recién nacido.
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa para atención obstétrica.
- Mesa Pasteur.
- Riel portavenoclisis.
- Mesa carro anestesiólogo.
- Reloj con segundero.
- Báscula pesa bebes.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Recipiente cerrado para desinfección de material usado.
- Módulo de lavado de médicos obstetras contiguo a la sala de expulsión.

Recuperación obstétrica.

- Cubículo con cama camilla y elemento divisorio de material antibacteriano con espacio tributario suficiente para la circulación de personal.
- Instalaciones para suministrar oxígeno y realizar aspiración controlada.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Riel portavenoclisis.

Área para la atención de la persona recién nacida.

- Área exclusiva para la atención de la persona recién nacida.
- Sistema de aspiración, conexión de sondas, instalación de conexiones de oxígeno humidificador de burbuja y fluxómetro integrado.
- Mesa de reanimación o cuna térmica o mesa de apoyo para atención del recién nacido.
- Báscula pesabebés.
- kits desechables para el pinzamiento del cordón umbilical.
- Compresa o toalla estéril.
- Campo seco estéril.
- Brazaletes de identificación
- Vitamina K ámpula.
- Cloranfenicol solución oftálmica.
- Fuente de calor alejada de ductos de aire acondicionado.
- Equipo para reanimación neonatal:

- Equipo de aspiración (pera de goma, sondas de aspiración 5 o 6 F, 8 F y 10 o 12 F., sonda nasogástrica 8 F., jeringa 20 ml., dispositivo para aspiración de meconio)."
- Equipo de bolsa y máscara (bolsa neonatal con válvula de liberación o manómetro que suministre O2 90-100%, máscaras tamaño para recién nacido y prematuro, oxígeno con medidor de flujo, humidificador de burbuja y tabuladoras).
- Equipo de intubación (laringoscopio hoja recta No 0 y No 1, focos y batería de repuesto, tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4 mm.,
- Estilete (opcional).
- Tijeras.
- Cinta adhesiva.
- Medicación (adrenalina ámpula, solución fisiológica o Ringer Lactato 100- 250 ml., bicarbonato de sodio al 4.2%, dextrosa al 10% 50ml.).
- Cateterización umbilical (guantes estériles, bisturí o tijeras, solución de Iodopovidona, cinta para cordón umbilical, sondas umbilicales 3.5 F., 5 F., llave de tres vías, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml., agujas calibre 18, 21, 25 o dispositivos de punción para sistema sin aguja).
- Varios (reloj, estetoscopio, cinta adhesiva, cánulas oro faríngeas, monitor cardiaco y/o oxímetro de pulso (opcional).

Central de Esterilización y Equipos (C.E. y E.).

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Requisitos generales.

- Control de acceso (filtro de acceso).
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
- Bote para basura municipal.
- Áreas de: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización. ➲
- Ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca. ➲
- Por lo menos con una ventanilla de comunicación a la circulación negra.
- Al menos con una autoclave. ➲
- Anaqueles para paquetes esterilizados, anaqueles para paquetes pre-esterilización, mueble para guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador, equipos e instrumental apropiados para cirugías diversas de acuerdo a sus necesidades. ➲
- Que cuente con ventilación artificial.

Laboratorio clínico.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Sala de espera.

- Sala de espera de acuerdo a lo arriba mencionado y a normatividad vigente.

Recepción.

- Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.

Condiciones generales.
- Circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.
- Cuente con almacén para guarda de sustancias, materiales y reactivos.

Toma de Muestras.
- Asiento con respaldo para el paciente.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Repisa descansa brazo o mesa con cojín.
- Torundero con tapa.

Toma de Muestras Ginecológicas.
- Vestidor.
- Ropa para pacientes.
- Banqueta de altura.
- Espejo Graves varias medidas.
- Lámpara con haz dirigible.
- Mesa de exploración ginecológica.
- Mesa Pasteur o su equivalente.

Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación.
- Autoclave.
- Canastilla para transportar material de acuerdo con el tipo de material de que se trate.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Mueble para guarda de materiales.
- Equipo o instrumentos esterilizados.
- Mesa de trabajo.
- Repisas.
- Tarja.

Equipo para Contingencias.
- Dispositivos para el lavado de manos y cara, en particular para los ojos en situaciones de emergencia.

Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea.
- Banco o silla apropiados para el técnico y actividad que ejecuta.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Mueble para guarda de materiales, equipo o instrumentos esterilizados.
- Mesa de trabajo con o sin respaldo.
- Equipo básico o su equivalente tecnológico.
- Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija.
- Gradillas.
- Refrigerador con termómetro para control de la temperatura.
- Equipo para biometría hemática y coagulación o su equivalente tecnológico.
- Agitador de pipetas de Toma.

- Cámara de Neubauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1 milímetro de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 milímetros de grosor uniforme especial para dicha cámara.
- Centrífuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 revoluciones por minuto.
- Centrífuga de mesa para micro hematocrito, para tubos capilares en posición horizontal con reloj y freno. Velocidad de 11,500 a 15,000 revoluciones por minuto.
- Coagulómetro.
- Contador de células.
- Lector de micro hematocrito.
- Microscopio binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimientos en cruz, iluminación en la base, revólver para 4 objetivos, filtro despulido y transformador variable.
- Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos blancos.
- Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos rojos.
- Pipeta salí.
- Equipo para química sanguínea, serología e inmunología o su equivalente tecnológico.
- Baño de agua sin circulación forzada con termostato.
- Espectrofotómetro con ancho de banda para la longitud de onda de 325 a 825 nanómetros, ancho de ventana de 20 nanómetros.
- Gradilla para tubos de ensaye.
- Marcador de intervalos de tiempo provisto de alarma.
- Pipetas de volumen variable.
- Pipetas volumétricas.
- Equipos automatizados.

Área de Parasitología.

- Mesa de trabajo.
- Equipo o su equivalente tecnológico de:
- Asa de alambre.
- Centrífuga.
- Mechero de metal inoxidable con quemador de alta temperatura provisto con regulador de llama.
- Soporte.
- Rejilla.

Banco de sangre.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras: Recepción.

- Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.
- Asiento con respaldo para el paciente.
- Contenedor rígido para punzocortantes.
- Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
- Repisa descansa brazo o mesa con cojín.

- Torundero con tapa.
- Laboratorio de inmunohematología.
- Área de refrigeración
- Área de congelación
- Recepción y suministro de productos.

Puesto de Sangrado.

- Documentación y captura de datos de donadores
- Sala de espera.
- Promoción.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para pacientes por género.
- Consultorios médicos.
- Área de extracción de sangre.
    - Esfigmomanómetro con brazalete de acuerdo a su principal actividad.
    - Báscula con estadímetro.
    - Estetoscopio biauricular con campana.
    - Estuche de diagnóstico completo.
    - Lámpara de pie rodable.
    - Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.
    - Sillón para donador.
    - Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
    - Máquina de aféresis.
    - Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
    - Termómetros digitales.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envió de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.

Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades.

- Documentación y captura de datos de donadores.
- Sala de espera.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para público por género.
- Consultorios médicos.
- Área de extracción de sangre.
    - Esfigmomanómetro con brazalete de acuerdo a su principal actividad.
    - Báscula con estadímetro.
    - Estetoscopio biauricular con campana.
    - Estuche de diagnóstico completo.
    - Lámpara de pie rodable.
    - Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.
    - Sillón para donador.
    - Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
    - Máquina de aféresis.

  - Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
  - Termómetros digitales.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envió de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.
- Laboratorio de inmunohematología.

Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente.

- Sala de espera y promoción.
- Oficina de responsable.
- Sala de espera extracción.
- Baños para público por género.
- Consultorios médicos.
- Extracción de sangre y aféresis.
- Comedor de donadores.
- Archivo clínico.
- Recepción y envió de productos.
- Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
- Baños y vestidores para personal por género.
- Fraccionamiento.
- Cámara de congelación -30°C para cuarentena.
- Cámara de congelación -30°C para liberación.
- Cámara de conservación. -4°C cuarentena.
- Cámara de conservación -4°C liberación.
- Cámara de conservación -4°C.
- Entrega a hospitales.
- Biología molecular.
- Laboratorio de serología.
- Laboratorio de inmunohematología.
- Oficina de laboratorio.
- Oficina de control de calidad.
- Laboratorio de control de calidad.
- Cámara de conservación -4°C para reactivos e insumos almacén.

Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.

- Agitador de microplacas.
- Baño maría.
- Centrífuga de mesa.
- Centrífuga de lavadora de glóbulos.
- Centrífuga para micro hematocrito.
- Centrífuga universal.
- Congelador muestras.
- Estufa bacteriológica.
- Carro para transporte de muestras.
- Horno para secado de material.
- Agitador Vortex.

- Microscopio de inmunofluorescencia.
- Pipeta multicanal 50 - 300 ul y 50 - 500 ul, pd31:n33 pipetas automáticas 100, 50, 500 y 10 ul, pipetas automáticas volumen variable 2 a 10 ul, 200 a 1000 ul, 40 a 200 ul y 5 a 40 ul.
- Refrigerador para muestras.
- Refrigerador para reactivos.
- Rotor (agitador).
- Analizador automático inmunohematológico (para pruebas cruzadas).
- Analizador hematológico (para biometría hemática).
- Equipo automatizado para serología.
- Incubador.
- Lavador.
- Lector para ELISA.
- Incubadora.
- Centrífuga para técnicas en gel.

Red fría.

- Refrigeradores.
- Congeladores.
- Cámaras frías.
- Agitadores de plaquetas destinados al almacenamiento de las unidades de sangre y componentes sanguíneos, o bien, los refrigeradores o congeladores de laboratorio para la conservación de reactivos o muestras.

Área de Fraccionamiento.

- Agitador de plaquetas con incubadora.
- Balanza granataria capacidad 0 a 2,200 gr.
- Baño maría.
- Campana de flujo laminar.
- Centrífuga refrigerada -15°C a -30°C.
- Conector estéril de manguera.
- Extractor de plasma.
- Extractor automatizado de plasma para fraccionar la sangre en sus componentes.
- Sellador eléctrico para tubos de bolsa de sangre.

Control de Calidad.

- Analizador de pH (potenciómetro).
- Balanza analítica.
- Cronómetro.
- Foto tacómetro.
- Marco de pesas.
- Sistema de filtración purificación de agua.
- Termómetro de mercurio líquido en vidrio para laboratorio.
- Termómetro de alcohol líquido en vidrio para laboratorio.
- Termómetro digital con Termopar.
- Coagulómetro.
- Agregómetro.
- Sistema automático para la detección de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos.

Imagenología.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste.

- Equipo de radiodiagnóstico.
- Chasis con rejilla incluida, chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora tipo universal.
- Soporte de tubo.
- Seriógrafo con intensificador de imagen (para equipo con fluoroscopia).
- Bucky vertical.
- Espesómetro graduado en cm y/o pulgadas.
- Lámpara de haz dirigible (colimador de Haz de Rayos X).
- Mampara de protección con vidrio plomoso.
- Mandiles.
- Collarines.
- Protectores de tiroides.
- Protectores de gónadas.
- Mesa fija horizontal con bucky integrado y porta chasis.
- Portavenoclisis rodable.
- Medios de contraste
- Alacena alta.
- Área de consola de control con ventanilla plomada.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Mesa para carga y descarga de chasis.
- Vestidores y sanitarios para pacientes.
- Área de almacenamiento de película.
- Equipo de protección: cortinillas plomadas, marco plomado alrededor de la pantalla, placas de plástico plomado, mamparas, filtros compensadores.

Cuarto de revelado.

- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa alta para carga y descarga de placas o películas.
- Soporte porta placa de pared.
- Revelado convencional (en su caso).
    - Lámpara de seguridad para cuarto oscuro, con filtros.
    - Revelador de carga automática o manual sistema de secado de radiografías (placas) cuando es revelado manual.
    - Sistema para marcar placas.
    - Tanque de revelado manual.
    - En su caso, sistema de extracción de aire.
- Sistema de revelado digital (en su caso).

Interpretación.

- Asiento.

- Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa escritorio o mobiliario modular para los monitores de la estación de interpretación (en su caso) o para la interpretación de placas radiográficas
- Lámpara de luz intensa.
- Negatoscopio de al menos 1,000 cd/m2 para estudios de RX convencionales y de al menos 3 MP para el resto de las modalidades.

Área de Mamografía.

- Equipo de radiodiagnóstico de mama.
- Lámpara de haz dirigible.
- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Vestidor con sanitario.

Área para estudios por Ultrasonografía.

- Equipo completo de ultrasonido con unidad de registro de imágenes.
- Asiento.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Mesa de exploración o camilla.
- Vestidor con sanitario.

Protección del POE y pacientes.

- Mandil con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo cuando cubra solamente el frente del cuerpo, o mandil de al menos 0.25 mm cuando cubra completamente el frente, los costados del tórax y pelvis.
- Guantes de compresión con espesor equivalente a al menos 0.5 mm de plomo, guantes para intervención con espesor equivalente de al menos 0.25 mm de plomo.
- Collarín para protección de tiroides con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo.
- Anteojos para protección del cristalino, con cristales de espesor equivalente de al menos 0.2 mm de plomo.
- Blindaje gonadal.

Farmacia.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Espacio Físico.

- Se encuentra en el vestíbulo principal del establecimiento.
- Cuenta con área de mostrador o ventanilla de despacho.
- Cuenta con área de almacén para estiba.
- Área de resguardo específica para conservar los medicamentos caducos.
- Mobiliario y estantería tenga una separación mínima de 20 cm del piso y del techo.
- Termohigrometro con no más de 65% de humedad relativa, a temperatura ambiente (no mayor a 30 °C).

Equipo.

- Refrigerador exclusivo para el área de farmacia.
- Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.

- Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.

Guarda de Medicamentos Controlados.

- Mueble con cerradura para guarda de medicamentos controlados, así como para los que requieran refrigeración.
- Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.

Enseñanza.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Sanitarios independientes para hombres y mujeres.

Aulas.

- Aulas para personal en formación.

Bibliohemeroteca.

- Que cuente con acervo de resguardo de libros, revistas y tesis de interés para las áreas médica y técnico- administrativa.

Área Administrativa.

- Que cuente con un área administrativa y recursos materiales, tecnológicos y de infraestructura que permitan llevar a cabo las actividades correspondientes (cuando en el establecimiento se lleven a cabo actividades de investigación para la salud).

Inhaloterapia.

Condiciones generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Área Física.

- Área de atención para pacientes ambulatorios.
- Área para la limpieza, preparación y acondicionamiento de los equipos que se utilizarán para pacientes ambulatorios u hospitalizados.
- Área para el depósito y guarda de insumos y equipos.

Área de atención.

- Cubículos individuales de tratamiento (cubículo individual será de 5,00 m^2).
- Conexiones centrales de oxígeno y gases medicinales, o en su defecto tanques de oxígeno para cada cubículo.

Equipo.

- Esterilizador.
- Espirómetro o su equivalente tecnológico.
- Inspirómetro.
- Vaporizador humedecido.
- Nebulizador.
- Micronebulizador o su equivalente tecnológico.
- Lavadora de equipo de inhaloterapia.
- Unidad de secado.

- Flujómetro de pared estándar.
- Oxímetro de pulso.
- Percutor electrónico (percutor neonatal).

Mobiliario.

- Mesa con tarja.
- Sillón reclinable.
- Lavadero de acero inoxidable.
- Mueble con zona baja de almacenamiento y para empotrar lavadero.
- Vitrina para instrumental y material estéril.

Servicios generales.

Casa de máquinas.

Condiciones Generales.

- Iluminación y ventilación adecuadas.
- Instalación hidrosanitaria y eléctrica.
- Ruta de evacuación y salidas de emergencia.
- Piso este señalado el área tributaria y seguridad con pintura.
- Drenaje con trampa de grasa.
- Tuberías estén identificadas de acuerdo al código de colores vigentes y tener rotulado la dirección de flujo.
- Equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.

Extintores.

- Extintores colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010, con la fecha de la carga este vigente.

Seguridad.

- Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores.
- Equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.

Central de gases.

Manifold.

- Exclusivo para oxígeno y otro en su caso, para óxido nitroso, ubicado al exterior del establecimiento principal.

Condiciones generales.

- Si existe rampa vehicular que no sea de asfalto ni de materiales inflamables.
- Líneas de distribución para cada uno de los gases, estén tendidas en el exterior del edificio y fijas a los muros (identificarse con etiquetas y rotulación de color verde para oxígeno y con etiquetas y rótulos azules para óxido nitroso) las tuberías deberán contar con rótulos de dirección de flujo de los fluidos.
- Contenedores de gases medicinales cuenten con los señalamientos y colores para su fácil identificación (para el reemplazo o recarga).

Seguridad.

- Sensores para el monitoreo de la presión de los gases.

- Alarmas ubicadas en la central de gases y otra en un área estratégica de control.

Sistema de energía de emergencia.

- Planta de emergencia, UPS. ➲

Cisternas.
Condiciones Generales.

- Almacenamiento y distribución de agua potable para uso y consumo en las áreas del establecimiento.

Seguridad.

- Tomas especiales en los servicios que requieran agua, así como en los sistemas de distribución para emergencia.
- Cobertura los requerimientos internos del establecimiento al menos por 24 horas.

Almacén Temporal de RPBI
Requerimientos.

- Báscula apropiada para el volumen que genera el establecimiento.
- Contenedores para recipientes de punzocortantes.
- Contenedores para residuos peligrosos biológico- infecciosos (RPBI).
- Sistema de refrigeración o refrigeradores para la conservación de los residuos patológicos humano o animal. (para establecimientos con clasificación mayor a Nivel I)

Lavandería.
Condiciones Generales.

- Almacén de recepción
- Almacén de entrega.
- Vestidores para el personal
- Sanitarios y baños con regadera para el personal, diferenciados por sexo.

AREAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Sala de endoscopía.
Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Requisitos Generales.

- Vestidores para el personal del área.
- Vestidores para el paciente.
- En las salas de endoscopia los pisos son lisos, lavables, impermeables, resistentes al uso y con zócalos sanitarios. las paredes lisas, impermeables, lavables e incombustibles, sin molduras y el cielorraso liso.
- Ventilación artificial (inyector y extractor de aire).
- El sistema de recambio total del aire es aproximadamente de 15 por hora a presión - o +. 4.
- El circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.

Área de lavado de Cirujanos.

- Lavabo de Cirujanos.
- Cepillera para uso quirúrgico.

- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.
- Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.

Sala de Procedimientos.

- Existencia de una sala de endoscopia alta y una sala de endoscopia baja.
- Dispositivo de signos vitales.
- Tomas de aire, oxígeno y vacío.
- Aspirador fijo o portátil para succión continua.
- Equipo para anestesia.
- Estetoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Equipo de rayos X y monitor de rayos X.
- Negatoscopio.
- Equipo de anestesia.
- Asiento, asiento giratorio con respaldo.
- Banqueta de altura.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Brazo giratorio.
- Cubeta de acero inoxidable.
- Mesa carro anestesiólogo.
- Mesa Mayo con charola.
- Mesa quirúrgica.
- Mesa riñón.
- Mesa transportadora de material.
- Portacubeta rodable.
- Portalebrillo doble.
- Riel portavenoclisis.
- Mesa de instrumentos especiales que se pasan a través del endoscopio.
- Sitio de colgado para mangueras.
- Tarja, lámpara doble para cirugía.
- Lámpara para emergencias portátil.
- Camilla neumática básica (por área de endoscopía en la unidad).
- Anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad.
- Circuito anestésico.
- Oxímetro de pulso.
- Aspirador de pared.
- Aspirador portátil para secreciones.
- Bolsa de reinhalación.
- Monitor de presión arterial sistólica. diastólica y media no invasiva.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas.
- Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
- Mango de laringoscopio. mascarillas de anestesia transparentes.
- Monitor para electrocardiografía continua.
- Tanque de oxígeno o fuente central.
- Ventilador transoperatorio mecánico para adulto.
- Termómetro clínico oral o rectal.
- Tubos endotraqueales con balón.

- Guía flexible para sondas endo-traqueales adulto.
- Cánulas orofaríngeas.
- Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
- Juego de agujas para espacio subaracnoideo.

Recuperación Post-Anestésica.

- Área específica para el estacionamiento de camillas.
- Cuenta con ventilación artificial.
- Cuenta con equipo para aspiración controlada.
- Tomas de oxígeno y de aire comprimido.
- Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color. excepto rojo o amarillo).
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Carro camilla para recuperación.
- Elemento divisorio de material antibacteriano.
- Riel portavenoclisis.
- Monitor de signos vitales con ECG. presión arterial por método no invasivo. temperatura y oxímetro.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
- Transfer de camillas.
- Carro camilla tipo transfer.
- Área de prelavado de instrumental con:
    - Bote para RPBI (bolsa roja).
    - Mesa alta con doble fregadero central.
- Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de endoscopia.
- Área de lavado para material e instrumental con agua corriente, tarja y área de secado.

Central de enfermeras. Recuperación Post-Anestésica.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente

Hemodiálisis.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Requisitos Generales.

- Sala de espera cuenta con extintores.
- Acabados que no acumulen polvo, que sean de fácil limpieza y mantenimiento en los pisos, muros y plafones, superficie de materiales repelentes al agua, en pisos antiderrapante y en las áreas húmedas.
- Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables.
- Bote de basura.

Área de recepción.

- Contar con un espacio físico para la recepción de pacientes.
- Área para trabajo de médicos.

Central de enfermería.

- Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

Mobiliario en el área

- Asiento
- Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo)
- Bote para RPBI (bolsa roja).
- Báscula para pesar al paciente.
- Silla de ruedas.

Estación de hemodiálisis.

- Área de por lo menos 1.5 x 2.0 m para cada estación de hemodiálisis.
- Cuenta con cama camilla para el paciente o sillón reclinable de posiciones tipo reposet o cama (ambos con superficie de fácil aseo y que permitan la posición de Trendelemburg).
- Cuenta con otra área o habitación con técnicas de aislamiento para el paciente infectado y un aparato exclusivo para pacientes seropositivos.
- Toma o tanque portátil de oxígeno.
- Aspirador de secreciones.
- Cuenta con máquina/s de hemodiálisis con los registros y alarmas básicas siguientes:
    - Temperatura del dializante.
    - Flujo de sangre.
    - Flujo de dializante.
    - Conductividad o concentración del dializante.
    - Volumen de ultrafiltración.
    - Presión venosa y arterial.
    - Detector de aire y de fuga de sangre.
    - Módulo de bicarbonato.

Planta de tratamiento de agua.

- Pre-filtros.
- Ablandadores.
- Carbón activado.
- Osmosis inversa.
- Filtro de luz ultravioleta (optativo).

Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis.

- Bicarbonato en polvo o en solución (para uso no parenteral) grado hemodiálisis."
- Filtro de diálisis de fibra hueca con membrana sintética.
- Semisintética o derivada de celulosa.
- Línea arterio-venosa.
- Solución ácida concentrada para diálisis con o sin potasio y concentración variable de calcio.

Material para curación.

- Agujas de diferentes calibres para punción de fístula interna y equipo para hemodiálisis temporal.
- Careta o lentes protectores.
- Cubrebocas desechables.

- Delantal o bata de material impermeable.
- Equipo para venoclisis estéril, desechable, sin aguja y normogotero
- Guantes de hule látex (no estériles).

Almacén

- Que cuente con un espacio físico para el almacén.

Área de prelavado y de tratamiento de agua (opcionalmente, área física para máquina reprocesadora de filtros de diálisis).

- Que cuente con un área física para prelavado y de tratamiento de agua.

Quimioterapia.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Sala de aplicación.

- Existencia de la señalización.
- Sillones tipo reposet (su número es variable dependiendo la demanda).
- Bombas de Infusión, por lo menos uno por sillón.
- Insumos para la administración de la quimioterapia (infusores, aguja angulada 90°).
- Que cuente con instalaciones para tomas de pared.

Central de enfermeras.

- De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente

Área para preparación de quimioterapia.

- Área específica y exclusiva para la preparación de las quimioterapias con: acceso controlado, áreas de recepción, almacenamiento y distribución, área de preparación con instalaciones para Gabinete de Seguridad Biológica Clase II A2 y control de citotóxicos, con motor de extracción y control de aire, temperatura y humedad.
- Iluminación de las áreas que impida el acumulo de polvo y contaminantes en las lámparas.
- Aire filtrado y los sistemas de ventilación y extracción de aire deben estar diseñados de tal forma que no permitan el ingreso y salida de contaminantes.
- Que las superficies interiores de las áreas de preparación cuenten con acabados sanitarios.
- Ductos de ventilación, líneas de energía eléctrica y otros servicios inherentes a las áreas de preparación se encuentren ocultas o fuera de éstas, (su ubicación y diseño debe ser tal, que permita su mantenimiento).
- Si los drenajes están conectados directamente a una coladera o alcantarilla, tengan una trampa o algún dispositivo que evite contaminación.

Área de Curaciones.

- Carro para curaciones.
- Mesa mayo con charola.
- Mesa Pasteur.
- Portavenoclisis rodable.
- Caja para desinfección de instrumentos.
- Carro porta lebrillos.

Estación de Camillas y Sillas de Ruedas.
- Existencia de por lo menos dos camillas y dos sillas de ruedas.

Bodega de Material y Curaciones.
- Existencia de mamparas o closet.

Almacén de Medicamentos.
- Existencia, acomodo y orden de medicamentos.
- Refrigerador de seis pies con controles de temperatura y avisos de no abrir y para casos de falla eléctrica.

Ropería.
- Ropería en buenas condiciones.

Cubículo de personal Médico.
- Escritorio y sillas, mesa de trabajo y computadora.

Radioterapia.

Condiciones Generales.
- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Sala de espera.
- Consultorio médico.
- Vestidores para pacientes.

Radioterapia externa o teleterapia.
- Ubicación sea accesible a la sala de espera.
- Espacio independiente para el control de mando.
- Puertas de acceso con un claro mínimo de 0.90 m y en los pasillos un ancho mínimo de 1.20 m.
- Que el cuarto de tratamiento cuente con las siguientes áreas: un sistema audiovisual, un detector de área permanente, un dispositivo que interrumpa automáticamente la emisión de radiación.
- Consola de control, área de control, área de tratamiento.
- Equipo computarizado (propio o subrogado) para la planeación de los tratamientos.
- Simulador (propio o subrogado).
- Que cuente con dispositivos de posicionamiento e inmovilización, así como con sistemas de bloqueo del haz de radiación para protección de tejido sano u órganos de riesgo.
- Que cuente con acelerador lineal y/o unidad de cobalto 60

Braquiterapia (de alta o baja tasa).
- Zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se cuente con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación, excepto cuando se utilice material desechable.
- Braquiterapia de carga manual: Que el material radiactivo se almacene en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de braquiterapia y que cuente con mesa de trabajo de material resistente, para soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo, que se preparen las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.

- Que cuente con equipo computarizado para la planeación de los tratamientos.
- Equipo de dosimetría tipo cámara de pozo y dispositivos para control de calidad (braquiterapia de carga automatizada).

Planta de emergencia.

- Circuito eléctrico conectado a la planta de emergencia.
- Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.

POE.

- Dosímetros personales con una capacidad mínima de detección de 0.1 mSv.
- Dosímetros de anillo (para el personal que maneje fuetnes en braquiterapia manual).

Medicina nuclear.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Medicina nuclear.

- Mobiliario y equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.
- 4. PET-CT (recurrencia local en casos seleccionados).
- Osteo-densitómetro.

Gamagrama.

- Sala de gammagrafía con una gamma cámara, con doble cabezal, ángulo variable.
- Cuarto caliente con campana de flujo laminar para manipulación de muestras y campana de extracción para manejo de I131.
- Sala de espera de pacientes con aplicación de material radiactivo.
- Cuarto azul para interpretación de los estudios, oficina y sala de juntas.

Estudios auxiliares de diagnóstico.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Área de Electroencefalografía.

- Contar con equipo de Electroencefalograma.

Área de Resonancia magnética.

- Contar con equipo de Resonancia Magnética.

Área de Potenciales evocados.

- Contar con Equipo de potenciales auditivos evocados.

Área de Ecocardiógrafo.

- Contar con Ecocardiógrafo.

Área de Densitometría.

- Contar con Densitómetro de rayos X o de ultrasonido.

Área de Electrocardiografía.

- Contar con equipo de Electrocardiógrafo multicanal.

Área de Tomografía.

- Tomógrafo computarizado.
- Cámara multiformato.
- Lámparas de haz dirigible.
- Portavenoclisis rodable.
- Mandil plomado.
- Sala de control y monitoreo.
- Vestidor con sanitario.
- Área de interpretación y archivo.
- Local para el generador
- Asiento.
- Escritorio.
- Mesa pasteur.

Sala de rayos X simple (fluroscopia con arco en C).

- Equipo: chasis con pantalla intensificadora o detector digital plano fijo o portátil o inalámbrico con rejilla incluida o portadetector con rejilla incluida, equipo de radiodiagnóstico, soporte de tubo, tubo de rayos X con foco grueso (1.2 mm o menor) y foco fino (0.6 mm o menor), seriógrafo con intensificador de imagen o con detector digital plano (para equipo con fluoroscopía), bucky vertical, espesómetro graduado en cm y/o pulgadas, lámpara de haz dirigible (colimador de Haz de Rayos X), colimador manual o automático, control automático de exposición, estación de adquisición (para equipos digitales), programas anatómicos o radiografías programadas o APR: 80 o mayor, con panel de control digital que despliegue kV, mA y seg., o mAs, mampara de protección con vidrio plomado, mandiles, collarines, protectores de tiroides, protectores de gónadas, mesa fija horizontal con bucky integrado y portachasis, portavenoclisis rodable.
- Equipo: portavenoclisis rodable para medios de contraste.
- Mobiliario: alacena alta, área de disparador, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), mesa para carga y descarga de chasis, riel portavenoclisis.
- Mobiliario: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), despachador de toallas desechables, dispensador de jabón germicida, gabinete universal, mesa alta con tarja.

Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT).

- Equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.

Establecimiento de rehabilitación.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Sala de usos múltiples.

- Un espacio físico acondicionado.
- Equipo para medios audiovisuales y mobiliario.

Actividades de Rehabilitación.

- Material didáctico.
- Información escrita.

Enseñanza, capacitación e investigación científica.

- Área de enseñanza y capacitación.

Fisioterapia.
Unidad de rehabilitación.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Asiento
- Asiento giratorio
- Banqueta de altura
- Barras paralelas
- Colchón para ejercicios terapéuticos
- Colchoneta para gimnasio
- Despachador de toallas desechables
- Elemento divisorio de material antibacteriano
- Espejo para postura
- Gancho
- Mesa de exploración
- Mesa de tratamiento.

Área de hidroterapia.

- Baño de remolino para miembro superior.
- Baño de remolino para miembro inferior.
- Tina de Hubbard o Tanque terapéutico.
- Banco o silla de altura.
- Mesa de tratamiento.
- Baño, vestidor y regadera para pacientes y personal.

Área de electroterapia.

- Mesa de tratamiento.
- Baño de parafina.
- Compresas frías y compresero así como compresas químicas
- Diatermia.
- Neuroestimulador o su equivalente tecnológico.
- Rayos infrarrojos o equivalente tecnológico.
- Electromiógrafo.
- Órtesis.
- Equipo de electroestimulación
- Ultrasonido terapéutico con electroestimulador.

Área de mecanoterapia y terapia ocupacional.

- Barras paralelas.
- Colchón terapéutico.
- Escaleras Terapéuticas.
- Espalderas.
- Espejo móvil para valorar postura.
- Barras Suecas.
- Espejo para postura.
- Mesa de tratamiento.
- Soporte parcial de peso.

- Mesa de estabilidad para niños y adultos.
- Polea doble.
- Timón.
- Escalerilla para hombro.
- Área de entrenamiento para actividades de la vida diaria.
- Material didáctico: rompecabezas de madera, sacos de semillas, materiales de diferentes texturas, papel, tijeras, pegamento, crayones, aros, etc.

Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia).

- Gel transductor
- Electrodos
- Pelotas terapéuticas
- Cubos
- Kit de rollos
- Kit de cuñas
- Kit de cilindros
- Colchonetas terapéuticas
- Material didáctico.

Inhaloterapia Terapia física pulmonar.

- Máquina de tos (Cough asist).
- Chaleco vibrador.
- Aspirador de secreciones.
- Oxímetro.
- Entrenador de músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios).
- Bolsa de reanimación con mascarillas pediátricas.
- Ergómetro de manos.

Equipo de electro encefalografía.

- Electroencefalógrafo 32 canales fijo o portátil con amplificador con brazo de soporte.

Equipo de Potenciales Auditivos Evocados.

- Equipo para Tamiz Auditivo a través de emisiones otacústicas y potenciales evocados auditivos automatizados.
- Con accesorios: Sonda y repuesto de punta de sonda. Cable o cables porta electrodos para pruebas de potenciales evocados.

Cuidados paliativos.

Condiciones Generales.

- Área física para otorgar atención paliativa (específica o compartida. Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲
- Sala de espera propia o compartida y servicios sanitarios diferenciados por género.
- Área de consultorio exista la disponibilidad de un cubículo para valoración y determinación de prioridades de atención, con un sitio cómodo y confortable.
- Acceso directo desde la sala de espera y/o módulo de recepción y control.
- Cuente con un área de interrogatorio (preferentemente con silla, escritorio y sillón (reposet) para evitar barreras entre el médico, el paciente/familiar, que permita privacidad para la evaluación de las personas y facilidad de movimiento de sillas de ruedas, andaderas, bastones, muletas etc.

- Que se disponga de un área de exploración física.
- Que exista una toma fija para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido, así como de aspiración controlada o en su caso por medio de equipos portátiles.

Tecnologías de la Información.

- línea telefónica para la atención y seguimiento del paciente.
- Redes informáticas que faciliten la posibilidad de compartir información clínica, mensajes clínicos, agendas y alertas en determinadas situaciones.

Generalidades.

- Área de trabajo de enfermería.
- Cubículo de observación y procedimientos menores, con al menos una camilla o mesa de exploración.

Área para Profesional Multidisciplinario.

- Área para que el equipo multidisciplinario realice sus actividades

INFRAESTRUCTURA REQUERIDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN

A continuación, se establecen los requerimientos de infraestructura que deben de cumplir los diferentes tipos de establecimientos de atención médica además de los generales descritos anteriormente.

Atención primaria básica y especializada

Unidad médica móvil o equivalente.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura del vehículo e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Química seca.

- Medidor portátil de glucosa.
- Medidor portátil de colesterol y triglicéridos.
- Hemoglobinómetro o hematímetro.
- Equipo portátil para determinación de hemoglobina glucosilada.

Consulta Externa.

- Instrumental y equipo para la atención del parto en caso de que aplique.
- Equipo de esterilización según sea el caso.

Vehículo.

- Planta de energía eléctrica.
- Sistema de radiocomunicación.

Atención médica especializada - enfermedades crónicas.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Consultorio de Nutrición.

- Cinta antropométrica de fibra de vidrio, Báscula con estadímetro, Plicómetro metálico.
- Cuenta con un área con Cocina Integral con estufa, área de preparación de alimentos y utensilios.

- Refrigerador para alimentos utilizados exclusivamente para los talleres.

Consultorio de Psicología.

- Área de Talleres / Terapia grupal a pacientes que asisten a la UNEME-EC

Consultorio de Trabajo Social.

- Área con las características mínimas de infraestructura para llevar a cabo estas actividades.

Consulta Externa.

- Existencia y funcionamiento adecuado del Electrocardiógrafo con todos los componentes.
- Existencia, estado y funcionamiento adecuado del equipo de cardio-bioimpedancia y la computadora.

Área para talleres y pláticas informativas a pacientes que asisten a la UNEME-EC.

- Área con las características mínimas de infraestructura para llevar a cabo estas actividades.

Atención médica especializada - centro de atención primario en adicciones.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Servicio telefónico y de internet.

- Existencia del servicio telefónico y de internet.

Salón de usos múltiples.

- Equipo de medios audiovisuales (proyector digital, computadoras, regulador, impresora, bocinas).

Rescate de pacientes.

- Material para realizar rescate de pacientes: Formato o nota de rescate y acceso a línea telefónica.

Talleres en general.

- Material para el desarrollo de las actividades.

Atención médica especializada - unidad de especialidades médicas para la detección y diagnóstico del cáncer de mama.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Centro de Invitación Organizada y seguimiento (CIOS).

- Cuente con Centro de Invitación Organizada y seguimiento en caso de aplicar.

Mobiliario.

- Dos mesas de trabajo o escritorios con dos sillas,
- Un cesto de basura metálico
- Un archivero de cuatro gavetas
- Anaqueles.

Equipo.

- Dos computadoras
- No break para cada equipo
- Línea directa de teléfono con 2 diademas
- Conectividad al sistema RIS/PACS o equivalente.

Sala de espera.

- Equipo para medios audiovisuales (Pantalla y DVD) en cada sala de espera.
- Existencia de asientos en las salas de detección y evaluación diagnóstica.

Área de detección y Diagnóstico.

- Mastógrafo digital o analógico con digitalizador de imágenes CR.
- Dispositivo para biopsia estereotáxica.
- juego de cuatro chasises de 18 cm x 24 cm.
- juego de 4 chasises de 24 cm x 30 cm.

Centro de lectura.

- Existencia de dos estaciones de trabajo cada una con 2 monitores de grado médico de 5 megapíxeles (alta resolución) o con 1 monitor de grado médico de 10 MP.
- Negatoscopio para mastografía, con al menos 3000 candelas por metro cuadrado (cd/m^2) o 10,000 luxes, específico para mastografía.

RIS – PACS o equivalente.

- Área específica para colocar el Sistema con cableado específico.
- Equipo de no break.
- Aire acondicionado o minisplit. con temperatura entre 18-24°C.

Consultorio médico y de enfermería.

- Existencia de Ultrasonografía de alta resolución con transductor lineal de 7.5 MHz y más.

Área de acompañamiento emocional.

- Asiento para la psicóloga o psicólogo.
- Asiento para el paciente y su acompañante.
- Guarda de material y papelería.
- (Opcional) escritorio o mueble para escribir.

Atención en salud mental.

Condiciones Generales.

- Señalización, infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas de acuerdo a normatividad vigente. ➲

Cámara de Gesell (en caso de existencia).

- Sillas para pacientes y observadores externos
- Mueble para escribir
- Vidrio con una sola vista, del exterior al interior.
- Sistema de intercomunicación.

Sala de Usos Múltiples.

- Espacio físico acondicionado con quipo para medios audiovisuales y mobiliario.

Atención médica oftalmológica.

Consultorio.

- Oftalmoscopio directo.
- Oftalmoscopio indirecto.
- Estenopéico.
- Lámpara de hendidura.
- Tonómetro.
- Lente de Goldman (tres espejos).
- Retinoscopio.
- Caja de lentes de pruebas.
- Queratómetro.
- Ultrasonido ocular.
- Fotodisruptor oftálmico YAG LÄSER.

Unidad Quirúrgica.

- Facoemulsificador.

Unidad Quirúrgica Instrumental.

- Blefaróstato 0.9mm - 15mm
- Mango de bisturí con hojas oftalmológicas (11, 15).
- Tijera para conjuntiva curvas y rectas
- Tijeras para estrabismo curvas y rectas.
- Tijera de córnea.
- Tijera para material.
- Tijera vana.
- Pinza de Utrata.
- Pinzas de córnea 0.12 mm.
- Pinzas de conjuntiva.
- Porta agujas de microcirugía oftalmológica.
- Espátula para Iris de tipo Barraquer
- Espátula escariadora para esclera.
- Hojas crescent deschables
- Calibrador o Caliper de tipo Castroviejo de 20 mm
- Gancho rotador de lente intraocular.
- Ganchos de estrabismo de tipo Jameson 2 piezas
- Ganchos de estrabismo de tipo Graefe 2 piezas
- Electrocauterio.
- Asa de Snellen.
- Cánula de irrigación y aspiración para catarata.
- Pinza para implante de lente intraocular.
- Chopper.
- Pinzas de campo.
- Pinzas de mosco.
- Cuchillas 15° y 3 mm.

Atención hospitalaria de alta especialidad

A continuación, se describen los requerimientos de infraestructura específicos para la atención de diferentes intervenciones de atención médica.

Las áreas deben de cumplir con los requerimientos generales descritos anteriormente, además de contar con los que a continuación se describe.

Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA.

Consulta Externa.

- Alta en el Sistema de Información en Salud (SALVAR en VIH/SIDA), y equipo de cómputo designado para ese fin.
- Alta en el Sistema de Información en Salud (en Hepatitis C).
- Cubículos con características que permiten la privacidad y manejo confidencial de Laboratorio datos.

Laboratorio.

- VIH/SIDA. Realización de los exámenes clínicos de laboratorio CD4 y Carga Viral propio, subrogado o referencia.
- VIH/SIDA. Realización de los exámenes clínicos de laboratorio para la detección y confirmación de VIH propio, subrogado o referencia.
- Hepatitis C. Que se realice prueba de Tamizaje rápida y que exista evidencia documental del Tamizaje, Carga viral para Hepatitis C, ALT, BH, Cr, VIH, VHB.

Carro Rojo en Urgencias, Sala de operaciones, Recuperación post anestésica, Tocología, Imagenología.

Equipo Médico y elementos complementarios.

- Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto.
- Tanque de oxígeno con regulador y manómetro
- Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).

Primer Cajón.

- Agua inyectable.
- Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.
- Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.
- Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.
- Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.
- Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).
- Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml
- Dobutamina solución inyectable 250 mg. *
- Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *
- Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *
- Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.
- Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.
- Glucosa solución inyectable al 50%
- Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*
- Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *
- Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *
- Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*
- Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.
- Lidocaína solución inyectable al 2%.

Segundo Cajón.

- Cateter venoso central
- Parches para electrodo (Pediátricos y adulto).
- Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)
- Llave de tres vías.
- Sonda de aspiración.
- Jeringas de 5, 10, 20 ml.
- Agujas hipodérmicas.
- Equipo de venoclisis con microgotero.
- Equipo de venoclisis con normogotero.

Tercer Cajón.

- Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.
- Aguja intraósea (14,16,18).
- Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto).
- Lidocaína con atomizador manual al 10%.
- Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.
- Mango de laringoscopio.
- Hojas rectas: 1, 2.
- Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.
- Guantes.

Cuarto Cajón.

- Bolsa autoinflable para reanimación adulto.
- Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).
- Extensión para oxígeno.
- Puntas nasales.
- Solución Hartmann inyectable 500 ml.
- Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.
- Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.
- Coloide solución inyectable 500 ml.

SECCIÓN.2
CRITERIOS

INFRAESTRUCTURA BLANDA
ELEMENTOS MEDIBLES

III. Infraestructura Blanda

1. Recursos Humanos.

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada en verificar la presencia, situación contractual, nivel académico, capacitación continua del personal médico, paramédico, técnico y administrativo de acuerdo a la normatividad vigente y a los procesos de atención médica que se prestan el en EAM.

Evaluación. Se verificará en el expediente de personal, por entrevista y recorridos que el personal del EAM cumpla con:

- Forme parte de la plantilla de personal del EAM.
- Se encuentre en sus áreas y horarios de trabajo.
- Porte identificación oficial del EAM en todo momento.
- Cuente con los grados profesionales de acuerdo a las actividades que desempeña.
- Cuente con la capacitación continua o requerimientos que marca la normativa vigente.
- Cuente con la capacitación continua de acuerdo a sus actividades específicas.
- Se cuente con personal suficiente para cubrir la demanda de servicios.

2. Normatividad Aplicable.

- Los criterios para la evaluación están sustentados en la normativa que se encuentra vigente en los Estados Unidos Mexicanos, las cuales constituyen el marco de referencia para establecer los parámetros obligatorios que debe cumplir cualquier Establecimiento de Atención Médica.
- A continuación, se incluye un compendio de Leyes, Reglamentos, Normas oficiales, en las cuales está sustentada la evaluación de criterios.

Ley General de Salud	**Normas Oficiales Mexicanas**
Artículo 19	NOM-001-SEDE-2012
Artículo 20	NOM-001-SSA3-2012
Artículo 41 Bis	NOM-002-SSA3-2017
Artículos 47	NOM-002-STPS-2010
Artículo 67	NOM-003-SEGOB-2011
Artículo 77 Bis 9	NOM-004-SSA3-2012
Artículo 78	NOM-005-SSA2-1993
Artículo 79	NOM-005-SSA3-2010
Artículo 81	NOM-005-STPS-1998
Artículo 82	NOM-006-SSA3-2011
Artículo 83	NOM-007-SSA2-2016

Artículo 85	NOM-007-SSA3-2011
Artículo 86	NOM-009-CONAGUA-2001
Artículo 87	NOM-009-SSA3-2013
Artículo 90	NOM-010-SSA2-2018
Artículo 92	NOM-011-SSA3-2014
Artículo 168	NOM-013-SSA2-2015
Artículo 200 Bis	NOM-015-SSA2-2010
Artículo 200 Bis	NOM-016-SSA2-2012
Artículo 240.	NOM-016-SSA2-2014
Artículo 260	NOM-016-SSA3-2012
Artículo 272 Bis	NOM-017-SSA2-2012
Artículo 314	NOM-017-STPS-2008
Artículos 315	NOM-022-SSA3-2012
Artículo 316 Bis	NOM-024-NUCL-1995
Artículo 323	NOM-025-SSA3-2013
Artículo 324	NOM-025-STPS-2008
Artículo 329	NOM-026-NUCL-2011
Artículo 332	NOM-026-SSA3-2012
Artículos 333	NOM-027- SSA3-2013
Artículo 334	NOM-028-NUCL-2009
Artículo 335	NOM-028-SSA2-2009
Artículo 337	NOM-028-SSA3-2012
Artículo 338	NOM-030-SSA2-2009
Artículo 339	NOM-030-SSA3-2013
Artículo 342 Bis 3	NOM-031-NUCL-2011
Artículos 375	NOM-031-SSA2-1999
Artículo 404	NOM-031-SSA3-2012
Ley Federal del Trabajo	NOM-032-SSA2-2014
	NOM-033-SSA2-2011
	NOM-034-SSA2-2013
Artículo 2	NOM-035-SSA3-2012
Artículo 3	NOM-036-SSA2-2012
Artículo 15-B	NOM-037-SSA2-2012

	NOM-037-SSA3-2016
	NOM-039-SSA2-2014
	NOM-041-SSA2-2011
	NOM-043-SSA2-2005
	NOM-045-SSA2-2005
	NOM-046-SSA2-2005
	NOM-047-SSA2-2015
	NOM-052-SEMARNAT-2005
	NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002
	NOM-093-SSA1-1994
	NOM-220-SSA1-2012
	NOM-229-SSA1-2002
	NOM-233-SSA1-2003
	NOM-234-SSA1-2003
	NOM-249-SSA1-2010
	NOM-251-SSA1-2009
	NOM-253-SSA1 2012
Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica	**Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes**
Artículo 20	Artículo 2
Artículo 21	Artículo 8
Artículo 22	Artículo 9
Artículo 23	Artículo 10
Artículo 24	Artículo 12
Artículo 25	Artículo 14
Artículo 27	Artículo 15
Artículo 28	Artículo 19
Artículo 59	Artículo 25
Artículo 62	Artículo 26
Artículos 79	Artículo 29

Artículo 83	Artículo 30
Artículo 86	Artículo 31
Artículo 88	Artículo 32
Artículos 138 Bis 19	Artículo 33
Artículo 138 Bis 21	Artículo 34
Artículo 143	Artículo 36
Artículo 145.	Artículo 41
Artículo 168	Artículo 43
Artículo 220	Artículo 51
Artículo 221	Artículo 61
Artículo 222	Artículo 56
Artículo 224	Artículo 76
Artículo 238	Artículo 77
	Artículo 78
	Artículo 79

IV. ELEMENTOS MEDIBLES INFRAESTRUCTURA BLANDA

RECURSOS HUMANOS

A continuación, se enlistan los requerimientos de nivel académico y capacitación obligatoria para el diferente personal médico y paramédico que labora en el AEM.

- **Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.**
  - Título de licenciatura/ especialidad/ subespecialidad o Técnico profesional (lo que aplique). ➲
  - En caso de pasantía contar con carta de adscripción y/o carta de pasante emitida por institución académica. ➲

- **Certificación del personal médico.**

  - Además de lo anterior, contar con certificación vigente de la especialidad o subespecialidad para el personal médico que realiza procedimientos quirúrgicos. (Art. 272 Bis. LGS., Numeral 6.3.2.1.6 y 6.3.3.3 NOM-229-SSA1-2002, Numeral 8.3.1 NOM-002-SSA3-2017). ➲

- **Capacitaciones para todo el personal en general.**

  - Constancia de capacitación en interculturalidad en salud.
  - Capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.
  - Capacitación en Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

- Capacitación en programas establecidos y en programas emergentes de acuerdo a las funciones que desempeña.
- Capacitación en cuidados paliativos.

- **Capacitaciones especificas por tipo de personal y/o servicio asignado en los tres niveles de atención.**

A continuación, se establecen los requerimientos específicos de capacitación, además de lo establecido previamente, del personal médico y paramédico necesario para los diferentes tipos de establecimiento en los 3 niveles de atención.

- **Establecimientos de atención médica de primer nivel.**
- **Centro de salud o equivalente.**
  Responsable del establecimiento.
  Personal de Medicina General.
  Personal de Enfermería Técnica y General.
  Personal de Trabajo Social.
  Personal de Psicología.
  Personal de Laboratorio.
  Personal de Calidad.
  Personal de Nutrición.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

  Personal de estomatología.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Cartilla de vacunación con registros vigentes para hepatitis B, tétanos, rubeola y sarampión.
  - Manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

  Personal de Imagenología.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.

- **Unidad médica móvil o equivalente.**

  Personal de Medicina General.
  - Constancia de capacitación en la operación de equipos portátiles para química seca, electrocardiógrafo y ultrasonido en UMM-3.

- **Atención médica especializada - enfermedades crónicas.**

  Personal de Medicina (Especialista - medicina integrada, medicina interna, medicina familiar o endocrinología).
  Personal de Enfermería.
  Personal de Nutrición.
  Personal de Psicología.
  Personal de Trabajo Social.

Personal de recepción.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE en caso de aplicar.

- **Atención médica especializada - centro de atención primario en adicciones y atención ambulatoria en salud mental.**

  Coordinador/a (Profesional de la salud: Medicina, Psicología, Trabajo Social).
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Constancia de capacitación en adicciones y/o administración de salud pública.
  - Constancia de capacitación en habilidades gerenciales.
  - Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
  - Mínimo un año de experiencia.

  Personal Médico General (en caso de contar con el).
  Personal de Psicología.
  Personal de Trabajo Social.
  Personal médico de Psiquiatría.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
  - Constancia de capacitación en el modelo UNEME – CAPA en caso de aplicar.

  Personal de recepción.
  - Constancia de taller de implementación del modelo UNEME – CAPA en caso de aplicar.
  - Constancia de capacitación de introducción a la promoción de la salud mental. Herramienta comunitaria para disminuir la brecha en salud mental.

- **Atención médica especializada - unidad de especialidades médicas para la detección y diagnóstico del cáncer de mama**.

  Médico especialista con formación directiva responsable del establecimiento.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
  - Personal médico con posgrado en salud pública, epidemiología u alguna rama afín, o en su caso un médico especialista con formación directiva.
  - Diploma de formación directiva en caso de médico especialista.
  - Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

  Personal Médico Radiólogo.
  - Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
- Registro de certificación o recertificación por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen de mama.
- Registros de capacitación continua emitidos por una institución de salud o de educación superior reconocida, en caso de realizar toma de biopsias, se deberá de contar con capacitación en intervencionismo mamario
- Se debe contar por lo menos con un recurso en el área de detección y otro en el área de diagnóstico.

Personal Médico.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM,
- Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, en al menos un médico por turno.

Personal de Enfermería.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
- Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, en al menos una enfermera por turno.

Personal de trabajo social.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM
- Constancia de capacitación en atención al paciente oncológico.

Personal de Psicología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de acreditación en acompañamiento emocional.
- Constancia de capacitación en atención al paciente oncológico.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

Personal de Imagenología (Técnicos radiólogos).

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación específica en mastografía o curso tutorial o demostrativo (teórico-práctico)
- Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.
- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

Personal Administrativo.

- Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

- **Centro de internamiento en adicciones.**

Psicóloga(o) capacitada(o) en adicciones.
Trabajador(a) social solo para el Modelo mixto/ profesional.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en adicciones.

- **Establecimientos de atención médica de segundo nivel de atención**

- **Atención hospitalaria especializada.**

Personal Médico de Anestesiología General y pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Personal médico de Anestesiología sin subespecialidad en anestesiología pediátrica y oferte este servicio contara con constancia de capacitación en anestesiología pediátrica.

Personal Médico de Cirugía General.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias.

Personal Médico Especialista en Urgencias.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Personal Médico general/médico familiar.

- Cursos afines a la atención médica de urgencias.

Personal Médico de Gineceo-Obstetricia.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias
- Capacitación en emergencia obstétrica.
- Curso de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas.

Personal Médico de Perinatología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación en atención del Recién Nacido en estado crítico.

Personal Médico de Pediatría.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Cursos de capacitación en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico y reanimación neonatal.

Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Personal Médico de Oftalmología
Personal Médico de Urología
Personal médico de Genética
Médico especialista en Nefrología
Personal Médico de Ortopedia y Traumatología
Personal Médico de Dermatología
Personal Médico de Cardiología
Personal Médico de Neumología
Personal Médico de Neurología
Personal Médico de Neurocirugía
Personal Médico de Otorrinolaringología
Personal Médico de Proctología
Personal Médico de Gastroenterología
Personal Médico de Endocrinología
Personal Médico de Psiquiatría
Personal Médico de Audiología, Foniatría
Personal Médico en Rehabilitación
Personal Médico de Inmunología
Personal Médico de Infectología

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Personal de Enfermería con Licenciatura o Técnico en enfermería.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas Área quirúrgica.

- Constancia del post-técnico y/o constancia de enfermera quirúrgica.

Personal de enfermería en el servicio médico de urgencias.

- Constancia de cursos afines a la atención médica de urgencias.
- Capacitación en emergencias obstétricas según aplique.

Personal de enfermería en el servicio de tocología.

- Cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal
- Cursos de entrenamiento y capacitación en emergencia obstétrica según aplique.

Personal de enfermería en hemodiálisis.

- Constancia de capacitación en hemodiálisis.

Personal de estomatología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Cartilla de vacunación con registros vigentes para hepatitis B, tétanos, rubeola y sarampión.
- Manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

Personal de Imagenología.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.

Personal de Trabajo Social
Personal de Psicología
Personal de Inhaloterapia
Personal de Epidemiología
Personal de Calidad
Fisioterapeuta
Ingeniería Biomédica o equivalente.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Atención de VIH/SIDA y hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH.

Coordinador del establecimiento y/o servicio que otorga atención a pacientes con VIH /VHC (profesional de salud).
Personal de enfermería.
Personal Médico General
Personal Médico de Infectología o Medicina Interna.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.
- Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.

Personal Médico de Pediatría y/o Infectología Pediátrica.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
- Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.

Personal Médico de Ginecología y Obstetricia (Interconsultante).

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Personal de Farmacia.

- Certificado en el Sistema Integral de Capacitación de Asistencia en la Dispensación 6 hrs. u otros que avalen la competencia.

Enfermedades del sistema nervioso central.

Personal Médico especialista en rehabilitación.
Licenciado en terapia física o fisioterapia.
Licenciado en terapia ocupacional.

Licenciado en terapia de lenguaje o comunicación humana.

- Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

NORMATIVIDAD APLICABLE

Autorizaciones sanitarias.

Permisos, avisos de funcionamiento, licencias, etc.

- Cuenta con documentos actualizados por cada servicio que lo requiera en el establecimiento con responsables Sanitarios. ➲

Convenios de prestación de servicios.

- Convenio de prestación de servicios subrogados vigente.

Comités técnicos hospitalarios.

Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales. (CODECIN).

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité de Mortalidad Hospitalaria

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT).

- Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

SECCIÓN.3
CRITERIOS

INFRAESTRUCTURA CRÍTICA
ELEMENTOS MEDIBLES

V. Infraestructura Crítica

La infraestructura crítica está conformada por los **Criterios mayores**, los cuales representan los procesos vinculados a la infraestructura que son críticos en la operación diaria del EAM y en la atención de los pacientes.

Criterios mayores. Son todos los elementos de medición indispensables que deben ser cumplidos por el EAM para la obtención del Dictamen correspondiente.
En el caso de que se encuentre evidencia del incumplimiento de algún criterio mayor, deberá hacerse de conocimiento al responsable del establecimiento.

Los siguientes apartados describen los Criterios Mayores:

1. Eficacia y suficiencia del recurso humano.

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada en verificar la presencia, nivel académico y elementos de capacidad del personal indispensable de acuerdo a la cartera de servicios que presta el EAM.

Evaluación. Además de lo establecido en el numeral 2.2.1, se verificará en el expediente de personal lo siguiente:

- Contar con la cobertura del personal médico y paramédico de acuerdo a los servicios que presta.
- Deberá de contar con el personal específico para asegurar la atención de pacientes de acuerdo a la cartera de servicios que se prestan en el establecimiento. ➲
- Documentación comprobatoria de su formación académica (título, cédula o cédulas profesionales). ➲
- Certificación vigente para el personal médico que realiza procedimientos quirúrgicos.➲
- El EAM de primer nivel deberá contar con personal de salud completo /núcleo básico (médico-enfermera-odontólogo, etc.) por turno para satisfacer la demanda de atención, de acuerdo con los horarios laborales de la institución y a la población objetivo. ➲
- Los EAM ambulatorios de atención especializada deberá contar con personal médico especialista en cada turno, privilegiando la atención integral del paciente, de acuerdo con los horarios laborales de la institución y a la población objetivo. ➲
- Para los EAM de segundo y tercer nivel de atención, se deberá contar con personal médico de las especialidades troncales (Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia) y Urgencias por turno para satisfacer la demanda de atención. En el caso de otras especialidades y subespecialidades, deberá contar con personal de acuerdo con la cartera de servicios y la demanda de atención; estableciendo un mecanismo de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad de la atención de los pacientes. ➲
- Para el segundo y tercer nivel de atención, donde se requiera del equipo quirúrgico (conformado por personal de perfil quirúrgico, anestesiología y de enfermería), deben laborar en el mismo turno. ➲
- En aquellos EAM rurales o comunitarios donde exista personal de atención en turno y con guardias en los turnos restantes para proveer continuidad en el servicio, deberán informar al equipo evaluador los mecanismos de cobertura para las necesidades de la población. ➲

- Deberá existir cobertura del personal antes mencionado de conforme a la planeación del EAM en caso de vacaciones, incapacidades, ausencias o alguna otra incidencia. ➲
- La información deberá ser validada por el área de Recursos Humanos y podrá ser entregada al equipo evaluador durante el tiempo que dure la evaluación al EAM.
- Se validará la documentación presentada en formato físico o digital, la información recabada deberá registrarse en el formato correspondiente o acta de observaciones, el cual deberá contener las firmas y sellos requeridos.

2. Áreas Críticas.

Propósito de la evaluación:
La evaluación está enfocada en verificar que se realizan los procesos establecidos como criterios mayores en las áreas críticas del EAM.

Evaluación. Se verificará en el área por medio de revisión documental, entrevista al personal y recorridos en las áreas lo siguiente:

2.1 Proceso de limpieza y desinfección de las áreas críticas. ➲

- Se deberá contar con proceso establecido y documentado validado por el cuerpo de gobierno, en el que se establezca la metodología para la limpieza y desinfección de todas las superficies inanimadas y fómites del área quirúrgica (pasillo de circulación blanca, sala de operaciones y área de recuperación) y terapias intensivas. ➲
- Se deberá evidenciar la relación de lo establecido en el documento marco y lo realizado por el personal responsable de la actividad y ser registrado en las bitácoras correspondientes. ➲
- Evaluar la frecuencia de limpieza rutinaria (ordinaria), exhaustiva (profunda) de acuerdo a la productividad. ➲
- El establecimiento determinará el método de desinfección más adecuado a sus necesidades y características, con base en información científica y normatividad aplicable que respalde su proceso. ➲

2.2 Proceso de esterilización. ➲

- Se deberá contar con proceso documentado validado por el cuerpo de gobierno, en el que se establezca la metodología para la limpieza, acondicionamiento, esterilización, almacenamiento y transporte del de instrumental, equipo y material estéril, así como los controles de calidad y seguridad a los que será sometido. ➲
- Las unidades o servicios en donde se realicen procedimientos endoscópicos (artroscopias, endoscopias de tubo digestivo corto o largo, broncoscopios) deberán contar con protocolos de limpieza y desinfección de alto nivel o esterilización. ➲
- El material y equipo destinado a esterilización debe ser empacado en papel grado médico y cerrado mediante selladora térmica o equivalente tecnológico; debe ser rotulado con fecha de esterilización, de caducidad y nombre de la persona responsable del proceso. ➲
- Se deberá evidenciar la relación de lo establecido en el documento marco y lo realizado por el personal responsable de la actividad y ser registrado en las bitácoras correspondientes. ➲

2.3 Circulación del personal en área quirúrgica. ➲

- Verificar que todo el personal que ingresa al área fue capacitado en circulación entre las áreas de acuerdo a normatividad. ➲
- Se deberá verificar que el personal que ingresa al área, utiliza uniforme quirúrgico estéril o en su caso limpio y/o sanitizado de acuerdo a las actividades que desarrolle. ➲
- Se verificará por entrevista en el área, que el personal conoce y respeta la circulación. ➲

3. Seguridad de las Instalaciones.

Propósito de la evaluación:
Verificar que el EAM cuenta con condiciones seguras de infraestructura necesarias para la prestación de servicios de acuerdo a la normatividad vigente, haciendo hincapié en las áreas críticas.

Evaluación. Se verificará el cumplimiento normativo con: evidencia documental, entrevista al personal y recorridos de las instalaciones a manera de rastreador.

3.1 Condiciones de Infraestructura y limpieza. ➲

- Se refiere a las condiciones de infraestructura y limpieza establecidas en la sección de Instalaciones, mobiliario y equipo de este catálogo.
- Se considera incumplimiento del criterio cuando las condiciones de la infraestructura de las instalaciones de encuentran deterioradas por falta de mantenimiento preventivo y correctivo. ➲
- El deterioro regular por uso de las instalaciones no se considera incumplimiento.
- Se considera incumplimiento del criterio cuando las instalaciones, mobiliario y equipo se encuentren evidentemente sucios. ➲

3.2 Sistema de energía de emergencia. ➲

- Verificar el restablecimiento de la energía eléctrica en un tiempo no mayor a 10 segundos, en las áreas críticas (sala de operaciones, terapias intensivas). ➲
- La revisión se enfocará en los equipos de soporte de vida, tomas de corriente ligadas al sistema de emergencia y para los equipos considerados indispensables (lámparas quirófano, entre otros). ➲
- El EAM, debe de contar con un sistema de suministro continuo de energía externo y un sistema energía de emergencia. ➲
- Verificar si el sistema de energía de emergencia que soporta las áreas críticas, cuenta con planta de emergencia y Sistema de Alimentación Ininterrumpida (UPS por sus siglas en inglés) o solo con planta de emergencia.
- Contar con un proceso documentado de mantenimiento del equipo y las instalaciones de acuerdo al tipo de sistema de energía de emergencia que incluya programa de simulacros con pruebas con carga y sin carga viva programadas, así como registros del restablecimiento de la energía eléctrica fallas originadas por CFE. ➲
- Verificar por revisión documental y por entrevista al personal encargado de la actividad, la implementación de los procesos descritos, además de comprobar que conocen el funcionamiento del sistema de energía de emergencia y que se registre en las bitácoras correspondientes. ➲

- Las bitácoras deben contener todos los parámetros que demuestren que se cumple con el restablecimiento de la energía eléctrica en el tiempo establecido en los diferentes escenarios. ➲
- Posterior a estas acciones, si no es posible validar el cumplimiento del restablecimiento de la energía eléctrica dentro del tiempo, el EAM tendrá la oportunidad de demostrar el cumplimiento de los criterios mencionados realizando la prueba con carga viva de la planta de energía eléctrica, previa autorización por escrito por parte del responsable del establecimiento.
- En caso de ser necesaria la prueba con carga viva y no se obtenga la autorización por parte del EAM, se deberá tener por escrito dicha negativa y se considerará no cumplido el criterio mayor. ➲
- Para la realización de la prueba, el coordinador o líder evaluador deberá coordinarse con el responsable del establecimiento o responsable de atender la visita, para establecer el momento en que se realizará, buscando no afectar las actividades propias del establecimiento. ➲
- Para estandarizar la metodología de la medición de la prueba, se deberá realizar lo siguiente: ➲
    - El equipo evaluador debe realizar videograbaciones en la sala o salas de operaciones y en el área de terapia intensiva que se determine.
    - En la sala de operaciones deberá observarse las lámparas cenitales de quirófano y equipo médico disponible encendido, además de un dispositivo electrónico conectado a una toma de corriente que pertenezca al sistema de energía de emergencia.
    - En la terapia intensiva deberá observarse el equipo médico disponible encendido, además de un dispositivo electrónico conectado a una toma de corriente que pertenezca al sistema de energía de emergencia.
    - Los equipos deberán permanecer encendidos previos al corte, durante y al restablecimiento de la energía.
    - Los videos deberán grabar la mayor cantidad de equipos posibles.
    - En caso de existir Sistema de Alimentación Ininterrumpida (UPS), no deberá ocurrir interrupción de energía en los equipos conectados a este.

3.3. Filtración de aire de alta eficiencia y sistema de inyección, extracción y distribución de aire. ➲

- Verificar que la inyección de aire sea con filtrado de alta eficiencia, para lo cual deberá existir sistema de filtros dentro de las Unidades Manejadoras de Aire (UMA) colocados de manera que aseguren su funcionamiento principalmente en las áreas solicitadas. (de acuerdo a la NOM-016-SSA3-2012 y NOM-045-SSA2-2005). ➲
- Revisar la infraestructura del sistema de inyección, filtrado, extracción, así como de los ductos de distribución que se encuentre en buenas condiciones de conservación y funcionamiento garantizando la pureza del aire. ➲
- Realizar revisión de las UMAS y los ductos de manera física, o en su defecto de manera remota desde una locación segura en el establecimiento, auxiliado por el personal a cargo del servicio. ➲
- Revisar la evidencia documental (histórico y reciente) de los recambios de filtros y el mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos de acuerdo con las especificaciones de fabricante o mediante prueba de eficiencia basado en el conteo de partículas. ➲

- En las terapias intensivas la inyección del aire deberá ser por la parte superior de la sala. ➲

3.4. Condiciones de la sala de operaciones. ➲

- verificar que se cuente con la infraestructura indispensable en área quirúrgica de acuerdo a la normatividad vigente con:
- Áreas de vestidores y sanitarios.
  - Existir y tener comunicación directa al pasillo de circulación blanca. ➲
- Pasillo de circulación blanca con:
  - Equipo de lavado y asepsia prequirúrgica de manos. ➲
  - Ventanilla comunicada con C.E.yE. ➲
- Sala de operaciones con:
  - Curvas sanitarias. ➲
  - Paredes recubiertas de material antibacterial de fácil limpieza. ➲
  - Paredes sin ranuras, orificios o poros. ➲
  - Ventilación debe de ser artificial, con instalación que permita el aire inyectado por la parte superior y extraído en la parte inferior (ductos de extracción de aire). ➲
  - Que el sistema no recircule el aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales. ➲
  - Puertas doble abatimiento y tener mirillas. ➲
  - Piso resistente al agua, no conductor de corriente. ➲
  - Instalaciones fijas de oxígeno y aire medicinal. ➲
- Área de recuperación.
  - Contar con área de transferencia que permita el ingreso y egreso de pacientes, con división física que permita conservar las condiciones de asepsia propias del área. ➲
  - El egreso del personal deberá ser por esta área hacia el área negra. ➲

3.5. Condiciones de la CEyE. ➲

- Verificar que se cuente con la infraestructura indispensable en CEyE de acuerdo a la normatividad vigente. ➲
- Áreas de: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización, adicionalmente puede tener una zona con gavetas y anaqueles para guardar el material estéril que generalmente es denominada subCEyE. ➲
- Ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca, para la entrega de material estéril y ventanilla de comunicación a la circulación negra, para la entrega de material estéril a otros servicios del hospital y para la recepción de material prelavado. Dichas ventanillas no deben estar juntas ni en la misma área para evitar contaminación cruzada. ➲
- Contar por lo menos con una autoclave o con los equipos necesarios y adecuados de acuerdo al tipo de proceso de esterilización (cámaras de gas, equipos de plasma) y demanda de los insumos, dichos equipos deben contar con una bitácora de mantenimiento y utilización, así como de controles de vigilancia de

su funcionamiento, estos pueden ser controles físicos, químicos y biológicos de acuerdo a cada procedimiento. ➲
- Contar con anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad dentro del área y fuera de ella para mantener su esterilización. ➲
- Se recomienda que los pisos y paredes deben ser de material antibacterial de fácil limpieza sin ranuras, orificios o poros.
- Se recomienda que los techos deberán tener curvas sanitarias para evitar la condensación de humedad, polvo u otras posibles causas de contaminación.
- Se recomienda sistemas de ventilación donde el aire fluya de las áreas limpias a las sucias y luego se libere al exterior o a un sistema de recirculación por filtro.

4. Autorizaciones sanitarias. ➲

Propósito de la evaluación:
Verificar que la documentación referente a autorizaciones sanitarias con las que cuenta el EAM tiene apego a la normativa vigente. ➲

Evaluación. Se verificará que se cumple con lo siguiente:
- Estar colocados en un lugar visible dentro de la institución. ➲
- Contar con información básica del establecimiento: Vigencia, nombre del establecimiento y razón social, CLUES, dirección del establecimiento y datos de georreferencia. ➲
- Responsable sanitario. (perteneciente y activo en el EAM). ➲
- Cuando les aplique, deberán presentar los siguientes documentos: ➲
  - Aviso de funcionamiento.
  - Licencias sanitarias (incluyendo las modificaciones de vigencia, cuando apliquen).
  - Autorizaciones sanitarias (todas las cuales tengan facultad de realizar)

5. Expediente clínico de pacientes.

Propósito de la evaluación. Verificar que los expedientes integrales en el EAM cumplan con la normativa vigente.

Evaluación: Se solicitará por muestreo la cantidad de expedientes clínicos a revisar por el equipo evaluador.

- **La revisión se realizará con apego a la normatividad vigente. ➲**
- Se solicitarán expedientes abiertos y cerrados.
- Expedientes abiertos, se solicitarán en un periodo de 6 meses a la fecha de evaluación
- Expedientes cerrados, en un periodo de 1 año a 6 meses previos a la fecha de la evaluación.
- **En expedientes clínicos físicos, se deberá validar el apego a la NOM-004-SSA3-2012. ➲**
- **En expedientes completamente electrónico, se deberá validar el apego a la NOM-024-SSA3-2012. ➲**
- En caso de expediente clínico mixto, se deberá validar el cumplimiento normativo de cada uno de los segmentos que se utilicen a decisión del establecimiento.

- El evaluador deberá solicitar expedientes adicionales para su revisión, con la finalidad de cubrir la totalidad de la cartera de servicios que presta el EAM.
- **De la muestra solicitada, el EAM deberá cumplir con el apego normativo de al menos el 70% de los expedientes revisados. ➲**
- El apego del expediente se calificará a través de la "lista de verificación del expediente clínico".
- Cada expediente evaluado deberá alcanzar un mínimo 85% de calificación por considerarse validado.
- Esta herramienta contempla los siguientes apartados:
  - Orden e integración del expediente clínico.
  - Historia clínica.
  - Nota de evolución.
  - Nota de urgencias.
  - Notas derivadas de la atención quirúrgica.
  - Nota de egreso.
  - Indicaciones médicas.
  - Hojas de enfermería.
  - Carta de consentimiento informado.
- Evaluación de Centros de Salud y establecimientos de atención ambulatoria:
  - Se solicitarán 10 expedientes de los primeros motivos de atención y los necesarios en los que se pueda establecer la trazabilidad de la atención por todos los servicios con que cuente en el establecimiento.
- Evaluación en establecimientos de atención médica con Hospitalización
  - Se solicitarán 20 expedientes de los primeros motivos de atención y los necesarios en los que se pueda establecer la trazabilidad de la atención por todos los servicios con que cuente en el establecimiento.
  - Se priorizarán aquellos expedientes de pacientes hospitalizados, incluyendo a aquellos que se encuentren en áreas críticas y que sean sometidos a intervenciones quirúrgicas durante el periodo de evaluación.
  - Adicionalmente, se solicitarán los resultados y acciones de mejora derivados de la revisión de expedientes clínicos en los diferentes Comités y Subcomités Técnico Médico Hospitalarios del EAM.

SECCIÓN.4
CRITERIOS

PROCESOS LIGADOS A INFRAESTRUCTURA
ELEMENTOS MEDIBLES

VI. Procesos ligados a infraestructura

1. Red de frío e inmunización.

Propósito de la evaluación: Verificar que el EAM, cuenta con la infraestructura y procesos necesarios para prestar servicios de inmunización a los usuarios.

Evaluación: Revisión de la infraestructura y procesos que aseguren la integridad de los biológicos, así como la revisión documental de la inmunización a usuarios, realizando lo siguiente:

- Evaluar por entrevista y evidencia documental el proceso integral que el EAM utiliza para el control de la red de frio en sus diferentes elementos.
- Verificar que la red de frío (refrigerador y termos contenedores) mantiene la temperatura del biológico en los rangos establecidos.
- Verificar en los diferentes equipos de refrigeración, que el biológico se resguarda de manera ordenada y segura de acuerdo a la normatividad vigente.
- Verificar la operatividad del plan de contingencia para biológico.
- El EAM deberá contar con una estrategia de identificación del malfuncionamiento de las alarmas del refrigerador.
- Verificar que los contenedores de biológico no haya objetos distintos al propósito.
- Verificar por trazadores, la presencia física e histórica del biológico en el EAM y su ministración a usuarios a través del censo nominal.

2. Programas de prevención y detección

Propósito de la evaluación: Verificar que el EAM, realiza las actividades de prevención y detección de enfermedades prioritarias para la atención de los usuarios.

Evaluación: Revisión de los procesos de atención estandarizados para asegurar la detección, prevención, y en su caso, el control de patologías prioritarias específicas que apliquen al EAM, donde se identificarán las siguientes acciones:

- Acciones preventivas por grupo etario y programas prioritarios.
- Existencia y disponibilidad de las Guías de Práctica Clínica y/o protocolos de atención (médicos y/o quirúrgicos) en todos los servicios clínicos de acuerdo con lo siguiente:
  - Cartera de servicios del EAM.
  - Principales causas de atención del área o servicio.
  - Causas frecuentes mortalidad del área o servicio (cuando aplique).
- Evidencia de información disponible para el personal.
- Difusión y conocimiento por el personal.
- Implementación en las áreas del establecimiento correspondientes.
- Documentación en el expediente clínico.
- Se rediseñan procesos con base en la implementación en caso necesario.

3. Servicios Subrogados

Propósito de la evaluación: Verificar que los servicios subrogados que prestan servicios al EAM evaluado, cumplen con las condiciones de infraestructura, procesos y características necesarios para la prestación de servicios.

Evaluación: Revisión física de las instalaciones de los servicios subrogados.

- Se considera como subrogado, a aquel establecimiento contratado, convenido o en red de servicios, para complementar y dar continuidad a la atención médica.
- Se realizará visita de evaluación a los servicios subrogados que se encuentran ubicados físicamente fuera de la infraestructura del establecimiento privilegiando a aquellos que son indispensables o de gran importancia para la intervención evaluada, levantando la constancia correspondiente
- Los servicios subrogados que se encuentran dentro de las instalaciones del EAM sujeto a evaluación, se consideran parte de la misma estructura y no se levantará acta de subrogados.
- Estos deberán cumplir las mismas condiciones de calidad que el EAM evaluado.
- Se solicitará documentación actualizada que demuestre la relación del Subrogado con el establecimiento sujeto a evaluación.
- Se realizará visita a todos los servicio o áreas en subrogación, en caso de que alguno no sea posible por lo complejo, se deberá explicar por escrito el motivo.
- En caso de que el servicio sea considerado indispensable y no pueda realizarse la visita, se considerará como un servicio no presentado.

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

ESTÁNDARES SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD
SECCIÓN ESTÁNDARES SERVICIOS DE ATENCIÓN AMBULATORIA

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad **se conforma por estándares que guían a los servicios de Atención Ambulatoria** en el diseño y la implementación de procesos seguros básicos, intermedios, avanzados y de alta complejidad, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela en los pacientes, para lo cual es necesario definir actividades específicas que se integran a los procesos y que sirvan como barreras de seguridad; el Modelo ha tomado el principio: **"la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias"**.

Asimismo, el Modelo busca un enfoque de sistema, una integración de toda la organización y un trabajo en equipo multidisciplinario fundamentados en el **análisis, la toma de decisiones, así como el involucramiento y compromiso directivo**.

El Modelo fomenta en las organizaciones el desarrollo de una cultura de calidad y seguridad del paciente, en la que se aprende del error, y a la vez, se evite al máximo la ocurrencia de éstos mediante la implementación de **actividades específicas** que funcionan como **barreras de seguridad**, es decir, **actividades estandarizadas y sistémicas**, viendo al establecimiento como un "todo". Cuando un establecimiento de atención médica implementa los estándares de servicios de atención ambulatoria, trabaja sobre los procesos críticos que se relacionan con la atención de los pacientes y del personal que labora dentro de él. Es importante que la organización comprenda que el modelo tiene un enfoque de sistema, lo cual implica, ver al establecimiento como un "todo", en donde cada una de sus partes está involucrada y contribuye a los resultados en el paciente. Trabajar con este enfoque requiere en primer lugar del liderazgo y compromiso directivo que impulse el involucramiento y la participación de todas las áreas y personas que conforman la organización.

Otro aspecto importante es el trabajo en colaboración, el cual se logra cuando se toma en cuenta a los involucrados en los procesos que, como expertos, conocen buenas prácticas y pueden, tomando en cuenta el contexto de la organización, analizar y definir la mejor forma de hacer las cosas.

Al implementar este modelo de calidad con los enfoques tanto proactivo como reactivo, se estará desarrollando en cada organización **una cultura donde la máxima hipocrática de "primero no dañar" sea una prioridad.**

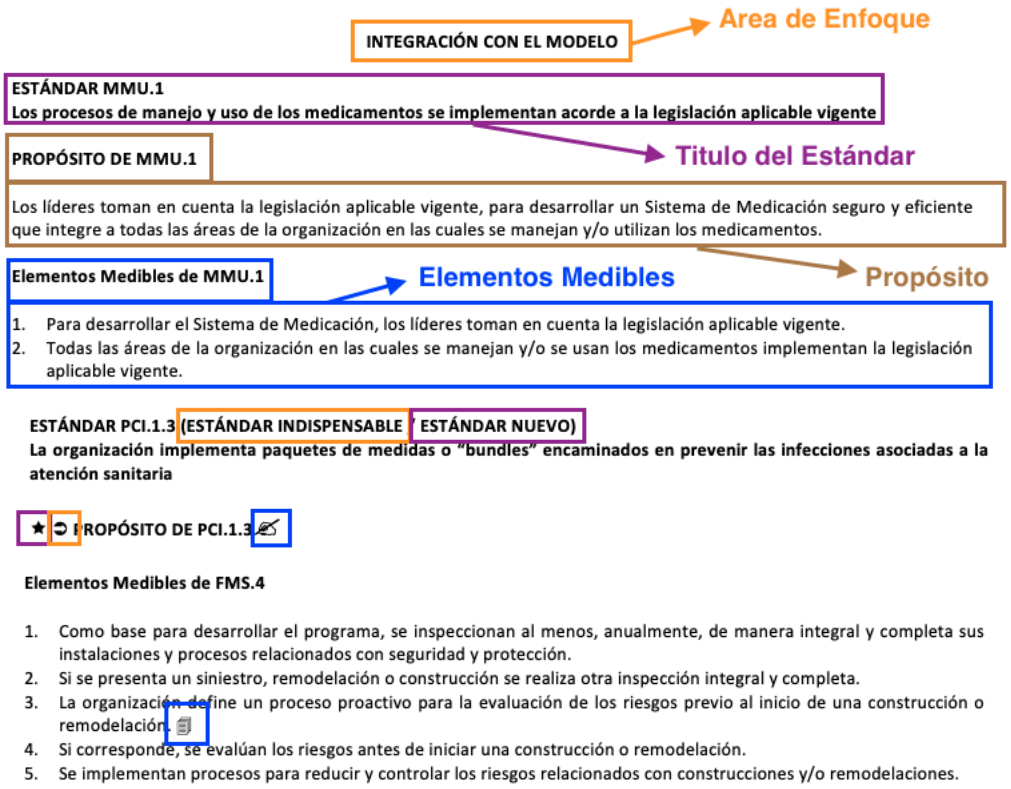
Apartado 1. METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE		
1.	Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/ Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes (MISP/ IPSG, *International Patient Safety Goals*) (AESP/ *Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes)*	MISP/AESP
Apartado 2. SISTEMAS CRÍTICOS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
2.	Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU, *Medication Management and Use*)	MEDICACIÓN
3.	Prevención y Control de Infecciones (PCI, *Prevention and Control of Infections*)	INFECCIONES
4.	Gestión y Seguridad de las Instalaciones (FMS, *Facility Management and Safety*)	INSTALACIONES
5.	Competencias y Capacitación del Personal (SQE, *Staff Qualifications and Education*)	PERSONAL
Apartado 3. SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE		
6.	Mejora de la Calidad y Seguridad del Paciente (QPS, *Quality Improvement and Patient Safety*)	CALIDAD
Apartado 4. ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE		
7.	Acceso y continuidad de la atención (ACC, *Access to Care and Continuity of Care*)	CONTINUIDAD
8.	Derechos del paciente y de su familia (PFR, *Patient and family rights*)	DERECHOS
9.	Evaluación de pacientes (AOP, *Assessment of Patients*)	EVALUACIÓN
10.	Servicios Auxiliares de Diagnóstico (SAD, *Assessment of Patients*)	DIAGNÓSTICO
11.	Atención de pacientes (COP, *Care of Patients*)	ATENCIÓN
12.	Anestesia y atención quirúrgica (ASC, *Anesthesia and Surgical Care*)	CIRUGÍA
13.	Educación del paciente y de su familia (PFE, *Patient and Family Education*)	EDUCACIÓN
Apartado 5. GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN		
14.	Gestión de la Comunicación y la Información (MCI, *Management of Communication and Information*)	INFORMACIÓN
15.	Gobierno, Liderazgo y Dirección (GLD, *Governance, Leadership, and Direction*)	LIDERAZGO

Cada **apartado** está integrado por agrupaciones de **Estándares** relacionados entre sí, y a su vez, cada Estándar está conformado por, **Áreas de Enfoque**, **Título**, un **Propósito** y **Elementos Medibles** (EM).

El **propósito** es la justificación, alcance y trascendencia de las acciones, barreras de seguridad y procesos que cada organización debe implementar, acorde a su contexto, complejidad y recursos, siempre con un enfoque multidisciplinario, sistémico, **basado en buenas prácticas**. Es decir, el propósito le dice a la organización por qué y para qué implementar los estándares de servicios de atención ambulatoria.

Los **elementos medibles** (EM) son aquellos **requerimientos específicos** a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación; enumeran lo que es necesario satisfacer a fin de cumplir con la implementación del propósito del estándar en forma absoluta.

Estructura General de los Criterios y Estándares



Estándares Indispensables

Se identifican dentro del Título con la leyenda **(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)** y en el Propósito mediante el símbolo ➲

Los procesos que deben definirse y documentarse acorde a lo que solicita cada PROPÓSITO para la implementación de los estándares, se pueden identificar de la siguiente manera:

- El símbolo ✍ significa que dentro del propósito se solicita el análisis multidisciplinario y sistémico de una situación o un proceso, que deberá de documentarse.
- El símbolo 🗐 significa el punto específico que debe describirse y documentarse acorde a lo solicitado en el PROPÓSITO correspondiente. Estos puntos son los que serán evaluados durante la primera actividad de la Evaluación. (Evaluación de la Definición de los Procesos / Sesión de Revisión de Documentos).

Estándares Exclusivos para Hospitales

Se identifican estándares exclusivos para hospitales resultado del Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC).

APARTADO.1 ESTÁNDARES

METAS INTERNACIONALES DE SEGURIDAD DEL PACIENTE/ ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES

METAS INTERNACIONALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE/
ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DE LOS PACIENTES
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
MISP/AESP.1	Identificar correctamente a los pacientes	➲	✍
MISP/AESP.2	Mejorar la comunicación efectiva	➲	✍
MISP/AESP.3	Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo	➲	✍
MISP/AESP.4	Procedimientos Correctos	➲	✍
MISP/AESP.5	Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	➲	✍
MISP/AESP.6	Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas	➲	✍

MISP.1/AESP.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Identificar correctamente a los pacientes.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.1/AESP.1 ✍

El propósito de esta meta es identificar en forma confiable a la persona a quien está dirigido el servicio, procedimiento o tratamiento; y hacer que los mismos coincidan con la persona.

En el diseño del proceso de identificación del paciente se define el **USO de dos datos para identificar a un paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).** En su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa del establecimiento. Para este propósito NO SON DATOS DE IDENTIFICACIÓN: la ubicación, el número de consultorio, padecimiento del paciente, especialidad, disciplina o nombre del médico tratante; por ejemplo: paciente del consultorio 2, paciente del quirófano 1, paciente del Dr. Juárez, paciente de la diabetes descompensada, entre otros. Debido a que pueden cambiar durante el proceso de atención o ser relacionados a más de un mismo paciente, lo que aumenta la posibilidad de error que involucra al paciente equivocado.

El diseño del proceso de identificación del paciente **también considera todas las posibles variantes en la identificación precisa de los pacientes**; por ejemplo, cómo identificar a un paciente desconocido que requiere atención médica urgente y/o con alteración del estado de conciencia, así como a recién nacidos y productos de embarazos, cuando corresponda al contexto de la organización; acorde a lo definido en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Los datos de identificación se pueden encontrar en diferentes medios, por ejemplo: en membretes, brazaletes de identificación o pulsera, tarjetas de cabecera o pie de cama, gafetes, entre otros acordes a los recursos y al contexto de la organización, los cuales deben estar disponibles durante el proceso de atención para que puedan ser consultados en todo momento. Cabe señalar que habrá situaciones en las cuáles los dos datos de identificación sólo se corroboran de manera verbal con el paciente; por ejemplo, cuando se acude a la aplicación de una vacuna, una consulta médica o cuando se realiza una curación de manera ambulatoria. En el mismo sentido, los dos identificadores deben encontrarse en todas las hojas que integran el expediente clínico.

El proceso para identificar a los pacientes se define, en colaboración y de manera multidisciplinaria y se implementa **antes de los siguientes momentos críticos** de la atención, **(SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO EN LA ORGANIZACIÓN):**

- Justo antes de la administración de todo tipo de medicamentos.
- Justo antes de la administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- Justo antes de la transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Justo antes de la extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
- Justo antes de la realización de estudios de gabinete.
- Justo antes de los traslados dentro y fuera de la organización.
- Justo antes de la dotación de dietas.
- Justo antes del inicio de la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis
- Justo antes de la aplicación de vacunas.
- Justo antes de la realización de cualquier otro tratamiento o procedimiento invasivo o de alto riesgo, que defina la organización.

Estos momentos son **críticos** ya que son en los que se han asociado mayor número de eventos centinela en la atención médica.

La organización define los procedimientos invasivos y de alto riesgo en los que se llevará a cabo la identificación del paciente con el uso de dos datos, al menos, se consideran los siguientes (SIEMPRE Y CUANDO SE LLEVEN A CABO EN LA ORGANIZACIÓN):

- Procedimientos quirúrgicos.
- Toma de biopsias.
- Procedimientos odontológicos.

- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Terapia Electroconvulsiva (TEC)
- Colocación de accesos vasculares
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo (Por ejemplo, procedimientos endoscópicos)

Respecto a las piezas anatómicas y los cadáveres deben identificarse con nombre completo y fecha de nacimiento con la finalidad de no extraviar las piezas, entregar resultados equivocados o cadáveres a otros familiares.

Es importante que, como primer paso para poder diseñar el proceso de identificación del paciente acorde al propósito de este estándar, se analice y se identifiquen todos los momentos críticos para la identificación del paciente que se presentan en la organización, así como en qué áreas o servicios y quién los lleva a cabo. Así como, se considere confirmar la información con el paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) al momento de la elaboración de los medios de identificación, al momento de registrar dicha información y de no ser posible por las condiciones o edad del paciente verificar con algún familiar, cuidador o acompañante o en última instancia cotejar en el expediente clínico (si existiera uno previamente) o algún otro documento generado en el establecimiento u otro medio de verificación; con la finalidad de disminuir el riesgo de un registro incorrecto de los datos de identificación que puedan ocasionar algún incidente.

Para el caso del brazalete o pulsera debe colocarse en alguna extremidad del paciente que no dificulte su atención, de no ser posible el brazalete o pulsera se coloca en la tarjeta de cabecera o pie de cama; en caso de retirarse con motivo de algún procedimiento, debe colocarse de inmediato al concluir. En caso de no coincidir la información en los medios de identificación o que la información no sea legible, este debe reemplazarse y no realizar ningún procedimiento hasta que se haya corroborado la información, a menos de que la vida del paciente se pueda ver afectada, ya que, en tal caso, se prioriza la atención. En los recién nacidos se colocan inmediatamente al nacimiento dos brazaletes, pulseras o su equivalente, en extremidad superior e inferior derecha.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización diseñe el proceso de identificación del paciente, fundamentado en estos lineamientos y que se asegure que la barrera de seguridad se realice de manera correcta (utilizando los dos datos de identificación) y en el momento oportuno (antes de los momentos críticos) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.

Elementos Medibles de MISP.1/AESP.1

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.
2. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento, la especialidad o disciplina que le brinda atención.
3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de conciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente, si corresponde al contexto de la organización.
4. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **administrarles medicamentos**.
5. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de administrarles **infusiones intravenosas** con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
6. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **administración de sangre y hemocomponentes**.

7. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **realización de estudios de gabinete**.
8. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos**.
9. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **dotación de dietas**.
10. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **ser trasladados** dentro y fuera de la organización.
11. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **terapia de reemplazo renal con hemodiálisis**.
12. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **aplicación de Vacunas**.
13. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **proporcionarles tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo**, de acuerdo a lo establecido por la organización.
14. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.
15. Cada una de las hojas que integran el expediente clínico del paciente, deberán contener los dos identificadores.
16. La organización implementa medios de identificación, como brazalete o pulsera, tarjeta de cabecera o pie de cama, u otros, para la identificación de todos los pacientes.
17. El brazalete o pulsera se coloca en alguna de las extremidades del paciente que no dificulte su atención. Cuando las condiciones del paciente no lo permitan, este medio de identificación se coloca en la tarjeta de cabecera o pie de cama.
18. El personal que registre los identificadores confirma con el paciente. En caso de que al paciente no esté en condiciones de responder o se trate de un menor de edad, verificar los datos con algún familiar, cuidador o acompañante, o de no poder hacer esta verificación, tendrá que cotejarse en el expediente clínico o algún otro documento generado en el EAM.
19. Existe reemplazo del brazalete, pulsera o su equivalente, cuando exista cualquier duda respecto a la información contenida o legibilidad de la misma.
20. La organización no realiza ningún procedimiento o intervención cuando existe cualquier duda respecto a los dos identificadores, hasta corroborar dichos datos.
21. En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente.
22. En la persona recién nacida tiene que colocarse inmediatamente después del parto dos brazaletes, pulseras o su equivalente, una en la muñeca derecha y otro en el tobillo derecho, datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido, esta información tiene que confirmarse con los datos de la madre y en el expediente clínico.
23. Antes de realizar cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los medios de verificación previamente referidos.
24. Cuando se retira el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, se coloca de manera inmediata al concluir.
25. Las piezas anatómicas y los cadáveres son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) para su envío al servicio Anatomía Patológica o equivalente.

MISP.2/AESP.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Mejorar la comunicación efectiva.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.2/AESP.2 ✍

La comunicación puede ser electrónica, oral o escrita. Las comunicaciones más propensas al error son las órdenes/indicaciones de atención al paciente dadas verbalmente y por teléfono incluyendo la solicitud o cambio de dieta, si corresponde al contexto del establecimiento de atención ambulatoria. Otro tipo de comunicación propensa al error es la información de resultados de laboratorio o gabinete que se comunica de manera verbal o telefónica. Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuye errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente.

Este estándar debe implementarse en todas las organizaciones que proporcionan servicios ambulatorios en las cuales se reciben **indicaciones clínicas y resultados de laboratorio**, ya sea de manera **verbal o telefónica**. La implementación se enfoca en el receptor, ya que es él quien va a llevar a cabo el proceso de **ESCUCHAR-ESCRIBIR-LEER** para que el emisor **CONFIRME**.

La organización diseña, en colaboración multidisciplinaria, un proceso para recibir órdenes/indicaciones clínicas y resultados de laboratorio y gabinete verbales y telefónicos, mediante la implementación del proceso **Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar**, que consiste en:

- **Escuchar** completamente la indicación o el resultado
- **Escribir** (papel o medio electrónico) la indicación o el resultado de laboratorio o gabinete
- **Leer** la indicación o el resultado, tal como se escribió,
- **Confirmar** que lo anotado y leído por el receptor es exacto.

Es importante que la organización tome en cuenta la transcripción que puede llegar a realizarse del lugar donde se escribe la indicación y/o resultado al expediente clínico. Si es así, es necesario considerar esta transcripción dentro del *Sistema de Medicación*.

Se establece la alternativa de **Escuchar-Repetir-Confirmar** cuando el proceso de Escuchar- Escribir-Leer-Confirmar no sea posible; por ejemplo, durante la realización de procedimientos quirúrgicos, invasivos o de alto riesgo y en situaciones de urgencia; el *proceso alternativo* deberá consistir en escuchar la indicación o el resultado, repetirla y que el emisor confirme que lo que se repitió es lo correcto.

Se define un lugar estandarizado para escribir la información recibida mediante esta barrera de seguridad con el propósito de evitar la transcripción inadecuada o la pérdida de información.

Este lugar estandarizado lo establece la organización, teniendo en cuenta que la ubicación de esta información escrita en una hoja o formato común o en un lugar uniforme dentro del expediente clínico facilita que las mismas se lleven a cabo. Puede ser que la organización defina diferentes lugares ya sea, por ejemplo, uno para indicaciones y uno para resultados de laboratorio y gabinete o diferentes lugares dependiendo del servicio.

La realización oportuna y en el orden establecido del proceso **Escuchar-Escribir–Leer- Confirmar** reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela cuando se reciben indicaciones clínicas (incluyendo solicitud o cambio de dieta) y resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal (presencial o telefónica).

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso Escuchar-Escribir-Leer- Confirmar acorde al propósito de este estándar se analice y se identifiquen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir órdenes verbales clínicas o telefónicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización, identifique todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones clínicas y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica, y se asegure que la barrera de seguridad se realice de manera correcta (en el orden del proceso Escuchar-Escribir-Leer- Confirmar) en el momento oportuno (en el momento de la recepción) por personal con las competencias necesarias, para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela.

Elementos Medibles de la MISP.2/AESP.2

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica, si corresponde al contexto de la organización.
2. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica basado en lo siguiente:
   2.1 El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
   2.2 La definición de un documento/formato estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.
3. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben indicaciones de manera verbal o telefónica.
4. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben resultados de laboratorio y/o gabinete de manera verbal o telefónica.
5. Si corresponde al contexto de la organización, se realiza el proceso alternativo de Escuchar-Repetir-Confirmar en las situaciones en las que no es posible seguir el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.
6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.3/AESP.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.3/AESP.3 ✍

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejarlos adecuadamente a fin de garantizar la seguridad del paciente.
Este estándar debe ser implementado en los servicios de atención ambulatoria siempre y cuando se preparen y/o se administren alguno de los siguientes medicamentos:

- Electrolitos concentrados
- Quimioterapia
- Radiofármacos
- Insulinas
- Anticoagulantes por vía parenteral

Los errores de medicación que involucran a los medicamentos antes mencionados son los que producen la mayor cantidad de eventos centinela.

- **ELECTROLITOS CONCENTRADOS**

Un problema frecuente de seguridad de los medicamentos es la preparación y/o administración errónea de los electrolitos concentrados. Este error puede ocurrir por diversos factores, por ejemplo, falta de supervisión del personal de nuevo ingreso, por falta de orientación e inducción del personal que atiende al paciente (sea este propio o subrogado). El medio más efectivo para disminuir esta ocurrencia es retirar los electrolitos concentrados de las áreas de atención al paciente, no almacenarlos de manera continua en dichas áreas y separarlas del resto de los medicamentos.

La organización identifica en qué áreas es crítico almacenar de manera permanente electrolitos concentrados (por ejemplo, servicio de urgencias, quirófano, área de recuperación, carros de paro, contenedores de medicamentos de emergencia), a fin de disminuir la posibilidad de que se presenten errores con electrolitos concentrados.

Un ejemplo, es solicitar los electrolitos concentrados al almacén o farmacia con un tiempo determinado previo a la preparación y administración de éstos en los servicios donde serán utilizados para reducir el tiempo en que se encuentran en las áreas de atención al paciente.

En colaboración multidisciplinaria se define un proceso para evitar el almacenamiento de electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente donde puedan ocurrir errores de preparación y administración.

En el caso de electrolitos concentrados, se establece una alerta visual específica, colocada individualmente en cada uno de los frascos o ámpulas de medicamentos, está alerta visual es definida por la organización y es independiente a la etiqueta colocada por el fabricante. El fin de esta alerta visual es ayudar al personal a identificarlos claramente como de alto riesgo.

La organización lleva a cabo un análisis, de acuerdo a su contexto y tipo de pacientes que atiende, para determinar cuáles son los medicamentos de alto riesgo establecidos en esta meta.

Se establece una alerta visual específica, colocada individualmente en cada uno de los frascos o ámpulas de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo, cuando el empaque así lo permita, no solo para los electrolitos concentrados, está alerta visual es definida por la organización y es independiente a la etiqueta colocada por el fabricante. La finalidad de esta alerta visual es ayudar al personal a identificarlos claramente como de alto riesgo, por lo que es importante que el etiquetado rojo sea exclusivo para identificar medicamentos de alto riesgo.

- **DOBLE VERIFICACIÓN**

En las áreas donde se preparan y administran medicamentos de alto riesgo se implementa la **doble verificación** para prevenir errores de medicación durante la preparación y administración de los medicamentos.
La **doble verificación** se realiza durante la preparación y la administración de, al menos, los siguientes medicamentos de alto riesgo:

- Electrolitos Concentrados.
- Quimioterapéuticos.
- Radiofármacos.
- Insulinas.
- Anticoagulantes vía parenteral.

La **doble verificación o doble "chequeo" durante los procesos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo**, es una buena práctica basada en la evidencia. Ésta se realiza durante dos momentos: la primera durante el proceso de preparación de medicamentos de alto riesgo por dos personas competentes en el momento mismo en que se preparan los medicamentos, y la segunda durante el proceso de administración de estos medicamentos por dos personas competentes en el momento mismo del proceso de administración. Según estudios del Instituto para el Uso Seguro de Medicamentos (Institute for Safe Medication Practices) la implementación de esta práctica logra detectar aproximadamente el 95% de los errores.

La función de las dos personas competentes es que la primera realiza la acción (preparación y administración) y la segunda realiza un proceso consciente de verificación justo en el momento que esa acción (preparación y administración) se está realizando.

La doble verificación durante la preparación y administración de medicamentos de alto riesgo se omite en situaciones de urgencia.

Para diseñar e implementar el proceso de doble verificación acorde al propósito de este estándar, la organización debe en primer lugar, identificar y analizar todas las áreas y servicios en donde se preparan y/o administran estos medicamentos de alto riesgo (electrolitos concentrados, quimioterapéuticos, radiofármacos, insulinas, anticoagulantes vía parenteral).

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización implemente ambas acciones con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación. Como barrera de seguridad la doble verificación, debe realizarse de manera correcta (con dos personas durante la administración/preparación) en el momento oportuno (mientras se lleva a cabo la preparación y/o administración de, al menos, estos medicamentos) y por personal con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de la MISP.3/AESP.3

1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:
   1.1. Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.
   1.2. Alerta Visual de color rojo individual de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo.
   1.3. El etiquetado rojo es exclusivo para identificar medicamentos de alto riesgo.
   1.4. Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:
      1.4.1. Electrolitos concentrados.
      1.4.2. Quimioterapias.
      1.4.3. Radiofármacos.
      1.4.4. Insulinas.
      1.4.5. Anticoagulantes parenterales.

2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.
3. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.
4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.
5. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.4/AESP.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Procedimientos Correctos.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.4/AESP.4 ✍

Los procedimientos llevados a cabo de manera incorrecta son problemas comunes en los establecimientos de atención médica. Estos errores son el resultado de:

- Una comunicación deficiente o inadecuada entre el personal que participará en la realización del procedimiento,
- La falta de participación del paciente, y
- La ausencia de barreras de seguridad antes de la realización del procedimiento.

Además, la evaluación inadecuada del paciente, la revisión inadecuada del expediente clínico, una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario, los problemas relacionados con la letra ilegible y el uso de abreviaturas son factores que de manera frecuente contribuyen al error.

Si corresponde al contexto de la organización, es preciso que la organización, de manera multidisciplinaria, implemente el **Protocolo Universal**, con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos y centinela relacionados con la realización incorrecta de un procedimiento.

Los tres procesos esenciales que conforman el Protocolo Universal son:

- Marcado del sitio anatómico.
- Proceso de verificación pre-procedimiento.
- Tiempo fuera.

Si en la organización se realizan procedimientos quirúrgicos, debe realizarse el **Protocolo Universal** en cada procedimiento quirúrgico en la sala de operaciones y en los que se realicen fuera de ella, así como en los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que la organización determine. Para ello, se debe cumplir con lo señalado en la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2, nombrando a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante.

- **MARCADO DEL SITIO ANATÓMICO**

Siempre que sea posible, el **marcado del sitio anatómico** involucra la participación del paciente o su tutor responsable (familiar, cuidador o acompañante) cuando el paciente no se encuentre en condiciones que le permita participar durante el proceso de marcado del sitio anatómico, y se lleva a cabo colocando una marca o señal estandarizada e inequívoca definida por la organización, (no tiene que utilizarse como marcaje una “X”, ya que genera confusión), sobre la piel del paciente, que permanezca después de la realización de la asepsia y antisepsia. La marca debe ser la misma en toda la organización, debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento, debe hacerse de preferencia y de ser posible, estando el paciente despierto y consciente, y debe estar visible una vez que el paciente esté preparado y cubierto.

El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples (por ejemplo, dedos de las manos) o niveles múltiples (por ejemplo, columna vertebral.

El marcado del sitio anatómico idealmente debe llevarse a cabo previo al ingreso a la sala de cirugía, por el médico que realizará el procedimiento; sin embargo, esta responsabilidad se puede delegar a un médico interno de pregrado, médico residente o personal de enfermería (inclusive en formación) supervisado y validado por el médico responsable u otro personal clínico competente, siempre y cuando conozca el caso del paciente y vaya a estar presente durante el procedimiento.

En la cirugía oftalmológica se debe marcar la piel del paciente del lado a intervenir (por ejemplo, frente, párpado) del lado a intervenir.

En los procedimientos odontológicos, se omite el marcado por lo que debe elaborarse siempre un odontograma, no así en la cirugía maxilofacial en la cual deberá llevarse a cabo, si corresponde, el marcado del sitio anatómico.

El marcado del sitio anatómico puede realizarse de manera documental en los siguientes casos:

- Cirugía de urgencia para no demorarla por falta de marcado preoperatorio.
- Cuando la lesión es claramente visible, por ejemplo, en fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
- En procedimientos de mínima invasión que impliquen la intervención de un órgano interno bilateral, ya sea que la vía de acceso sea percutánea o por un orificio natural.
- En procedimientos dentales.
- Cuando el marcado es técnica o anatómicamente imposible, por ejemplo, en mucosas o perineo.
- En pacientes prematuros ya que pudiera causar una marca permanente.
- Como alternativa en pacientes que no aceptan que se les marque la piel, aun después de brindarle educación acerca de su seguridad.

- **VERIFICACIÓN PRE-PROCEDIMIENTO**

El propósito del **proceso de verificación pre-procedimiento** es verificar:

- El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
- El procedimiento correcto.
- La disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.
- La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o implantes especiales necesarios.
- Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
- Alergias.
- Riesgo de sangrado, si corresponde.
- Entre otros que defina la organización.

En el caso de **terapia de reemplazo renal con hemodiálisis**, también debe de llevarse a cabo un proceso de verificación pre-procedimiento con el propósito de verificar, al menos, lo siguiente:

- El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP 1).
- El procedimiento correcto.
- La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes y que estén debidamente identificados.
- La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
- Las alergias del paciente.
- El filtro de superficie correcta
- El filtro del paciente correcto para los pacientes dentro del programa de reúso
- La identificación del acceso vascular.

Se recomienda modificar la lista o completarla para adaptarla a la práctica de cada organización.

- **TIEMPO FUERA**

El **tiempo fuera** es la confirmación de la información en el momento inmediatamente previo al inicio del procedimiento, permite resolver cualquier duda o confusión y **debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia**.

Lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento. La organización define la manera en que el proceso será documentado.

En los procedimientos en donde solo participa una persona, el tiempo fuera puede ser realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, como parte de un ejercicio consciente de validación y revisión.

La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar **todo aquel procedimiento invasivo o de alto riesgo** como podrían ser:

- Transfusión de sangre y hemocomponentes (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, acceso vascular, Grupo y Rh, y hemocomponente correcto).
- Radioterapia (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta).
- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis (tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular).
- Procedimientos quirúrgicos.
- Toma de biopsias.
- Procedimientos odontológicos.
- Colocación/Retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Colocación de accesos vasculares.
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo (Por ejemplo, procedimientos endoscópicos).

La verificación de los filtros dializadores antes del inicio de la Terapia de Reemplazo Renal con Hemodiálisis siempre debe llevarse a cabo, para asegurarse que sea el filtro prescrito y, si corresponde, que sea el filtro del paciente en caso de reúsos.

Es importante que la definición de la presente MISP esté vinculada a la definición e implementación de la MISP.1. Además, como primer paso para poder diseñar e implementar el Protocolo Universal o, al menos tiempo fuera, deberá llevarse a cabo un análisis e identificación de todos los procedimientos en los cuales se debe realizar el Protocolo Universal o al menos, el tiempo fuera.

Cada organización define si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera, por ejemplo, el lente intraocular correcto en cirugía de catarata.

Siempre que sea posible, se deberá brindar educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo Fuera para su participación y/o toma de decisiones de acuerdo a los procesos definidos para la MISP.4.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente el Protocolo Universal teniendo cómo guía la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía en todos los procedimientos quirúrgicos llevados a cabo dentro y fuera de la sala de operaciones; y es muy importante que estas acciones se realicen de la manera correcta y en el momento oportuno dando prioridad al Tiempo Fuera justo antes de comenzar el procedimiento. La realización del Tiempo Fuera con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente debe realizarse justo antes de iniciar los procedimientos.

Elementos Medibles de la MISP.4/AESP.4

1. La organización identificó y realizó un listado, si corresponde al contexto de la Organización, en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.
2. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.
3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda. NO tiene que utilizarse como marcaje una "x" ya que genera confusión.
4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.
5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:
   5.1. El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).
   5.2. El procedimiento correcto.
   5.3. La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.
   5.4. La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.
   5.5. Marcado del sitio anatómico, si corresponde.
   5.6. Alergias del paciente.
   5.7. Riesgo de sangrado.
   5.8. Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.
6. El proceso de Tiempo fuera se realiza con la presencia de todo el equipo multidisciplinario que participa en el procedimiento justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
7. Cuando solo participa una persona, el tiempo fuera es realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.
8. La verificación del Tiempo Fuera se documenta acorde a lo definido por la organización.
9. Se lleva a cabo el Tiempo fuera justo antes de iniciar todo procedimiento invasivo o de alto riesgo definidos por la organización.
10. Siempre que sea posible se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones.
11. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.
12. El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
13. Previo al ingreso a la sala de cirugía, el personal clínico autorizado que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.
14. En caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad, este marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador o acompañante.
15. Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel. Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.
16. Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para el llenado de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), se recomienda que sea el circulante.
17. Se cumple lo señalado de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2.

MISP.5/AESP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Reducir el riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.5/AESP.5 ✍

La prevención y el control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud constituyen desafíos en la mayoría de las áreas de atención a la salud, Los índices en aumento de infecciones asociadas a la atención médica representan una preocupación importante tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

En unidades de atención primaria a la salud, la higiene de manos toma relevancia dada la exposición a agentes patógenos, que pueden ser transmitidos de mano en mano, por ejemplo, en la exploración física de pacientes, la realización de algún procedimiento (curaciones, suturas, inserción de dispositivos intrauterino, toma de biopsias, aplicación de vacunas, entre otros), visitas domiciliarias y actividades de atención a pacientes extramuros (por ejemplo, campañas de vacunación), entre otros.

Lo fundamental para erradicar las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud es la higiene adecuada de las manos (agua y jabón y/o gel con base de alcohol). La organización diseña e implementa un **Programa Integral de Higiene de Manos**, el cual se basa en la adaptación o adopción de los lineamientos vigentes para la higiene de las manos, como los de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El Programa Integral de Higiene de Manos se implementa en toda la organización e incluye, al menos:

- La monitorización de la calidad del agua (Medición del Cloro residual del agua acorde a la legislación aplicable vigente)
- Abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
- Educación a pacientes y familiares.
- Capacitación al personal: clínico, no clínico, en formación, subrogado, voluntariado y visitantes.
- Evaluación, monitorización y análisis de los datos relacionados con la implementación.

El Programa Integral de Higiene de manos se diseña de manera multidisciplinaria y con enfoque de sistema, con base en los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud. Este Programa debe formar parte fundamental del Sistema Crítico de Prevención y Control de Infecciones.

La organización debe medir, analizar y transformar los datos en conocimiento útil con el propósito de tomar decisiones y mejorar continuamente los procesos relacionados a la implementación de la barrera de seguridad de este estándar.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización se asegure que la barrera de seguridad se realice de manera correcta (técnica correcta, Cinco Pasos) en el momento oportuno (Cinco Momentos), para así disminuir la probabilidad de ocurrencia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Elementos Medibles de la MISP.5/AESP.5

1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización. 🗐
2. El Programa incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.
3. El Programa incluye la educación a pacientes y familiares.
4. El Programa incluye la capacitación al personal y visitantes.
5. El Programa incluye la monitorización, evaluación y análisis de los datos relacionados con la implementación.
6. El Programa está implementado en toda la organización.
7. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.

MISP.6/AESP.6 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

➲ PROPÓSITO DE LA MISP.6/AESP.6 ✍

Las caídas son una de las causas más comunes que generan lesiones y daños en los pacientes. En el contexto de la población que atiende, los servicios que presta y las características de sus instalaciones, la organización debe **evaluar el riesgo de caídas para reducir la probabilidad de la ocurrencia de éstas.**

Se evalúa intencionadamente el riesgo de caídas en todos los pacientes que acudan a establecimientos que ofrecen servicios ambulatorios, ya sea para recibir atención médica, para realizarse un procedimiento o un tratamiento, sobre todo si este puede incrementar el riesgo de sufrir una caída, ejemplos de este tipo de procedimientos o tratamientos son: cirugía ambulatoria, tratamiento de hemodiálisis, procedimientos endoscópicos, procedimientos invasivos y/o de alto riesgo, la característica general en este tipo de procedimientos es que el riesgo que el paciente tiene de presentar una caída, puede cambiar al término del procedimiento.

La organización a través de un análisis multidisciplinario identifica las áreas, momentos, o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como quienes son los responsables de evaluar y llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.

La evaluación del riesgo de caídas, se caracteriza por lo siguiente:

- Realizarse de manera estandarizada a través de criterios específicos o una herramienta validada acorde a la población y a las características clínicas específicas de cada paciente o de un grupo de ellos (por ejemplo, pacientes pediátricos, pacientes psiquiátricos, pacientes ambulatorios).
    - La herramienta define criterios específicos, pudiendo adaptar o adoptar una escala para este fin.
    - La selección de los criterios o de la herramienta (o herramientas) utilizada será adecuada, siempre y cuando permita identificar a todos los pacientes con riesgo de presentar caídas acorde al contexto de la población atendida.
- Realizarse en el **primer contacto clínico** del paciente dentro de la organización, por ejemplo, en el servicio de urgencias, o en la admisión o área prequirúrgica cuando se realizan cirugías de corta estancia, a la llegada de un paciente a la unidad de hemodiálisis, al inicio de la sesión de hemodiálisis, al ingreso de un paciente a un área de observación en una clínica de atención primaria, entre otros.
- Reevaluarse al menos, en cada cambio de turno, al término del tratamiento o procedimiento realizado, cuando cambia el estado fisiológico del paciente, por ejemplo, al finalizar una sesión de hemodiálisis, posterior a la toma de muestra en laboratorio, al terminar un procedimiento odontológico (de acuerdo con el tipo de anestésico empleado y el tiempo de duración del procedimiento que pudiera incrementar/modificar el riesgo de caída).
- Registrarse en el expediente clínico, cuando así corresponda, de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios definidos por la organización y a las necesidades del paciente; así como utilizar un formato dinámico visible como alerta del paciente que indique el resultado de la valoración de riesgo de caídas.
- Como resultado de la evaluación y revaluación, se implementan las medidas necesarias acordes al riesgo identificado.

También es importante señalar que, aunque en todos los pacientes se implementan acciones generales para prevenir caídas, el propósito de la evaluación es determinar el nivel de riesgo, y las acciones específicas en los casos de los pacientes identificados como de alto riesgo, estas acciones se implementan para brindar una mayor protección para estos pacientes. Así mismo se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.

Es importante que como primer paso para poder diseñar el proceso de evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde al propósito de este estándar se analicen y se identifiquen los riesgos y los tipos de pacientes a quienes se brinda atención en la organización, para que con esta información puedan definirse adecuadamente los criterios específicos para

identificar el nivel de riesgo. Una vez identificado el nivel de riesgo de caídas de cada paciente, se implementan las medidas específicas con el propósito de disminuir la posibilidad de que se presenten caídas en los pacientes.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización fundamentada en estos lineamientos, implemente, la evaluación y revaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales de acuerdo a las características de sus pacientes con el fin de que, como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementen las medidas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas. La manera correcta es utilizando los criterios específicos para determinar el riesgo acorde a la población de pacientes y los momentos oportunos son al menos cinco, si corresponde: en la evaluación inicial, cambio de turno, cambio de área, cambio fisiológico del paciente, término de tratamiento o procedimiento; esta evaluación es realizada por personal con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de la MISP.6/AESP.6

1. El establecimiento a través de un análisis multidisciplinario, identificó y realizó un listado de las áreas, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caída.
2. La organización implementa un instrumento o herramienta validada para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas, acorde a su población de pacientes.
3. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta, el resultado de la evaluación se documenta en el expediente clínico, cuando así corresponda.
4. El establecimiento determinó que personal tiene la función de la evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.
5. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.
6. Se evalúa el riesgo de caídas como parte de la evaluación inicial.
7. Se revalúa a todos los pacientes siempre en cada cabio de turno y en cada cambio de área o servicio, cuando estas correspondan.
8. Se revalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.
9. Como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas específicas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.
10. La organización realiza la evaluación de caídas de los pacientes ambulatorios y para aquellos que cumplan los criterios, toman las medidas necesarias para reducir el riesgo de caída. (Elemento Medible exclusivo Hospitales)
11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.
12. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.
13. Se utiliza un formato dinámico como resultado de la Valoración de Riesgo de caídas, visible como alerta en la atención del paciente.

Nota:
Referente a la Acción Esencial para la Seguridad de los Pacientes 7, dicha se encuentra vinculada al Estándar de QPS.4 y la Acción Esencial para la Seguridad de los Pacientes 8, se encuentra vinculada al Estándar de GLD.2.1.

APARTADO.2 ESTÁNDARES

SISTEMAS CRÍTICOS

MANEJO Y USO DE LOS MEDICAMENTOS

Medication Management and Use

MMU

MEDICACIÓN

MANEJO Y USO DE LOS MEDICAMENTOS
MMU – MEDICACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
MMU.1	La organización integra un Sistema de Medicación		✍
MMU.1.1	El desarrollo del Sistema Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos	➲	✍
MMU.1.2	Los datos derivados de la supervisión del sistema de Medicación se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
MMU.1.3-AMB	La organización implementa acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos		✍
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN		
MMU.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Medicación al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
MMU.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación		
	SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS		
MMU.4	Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles	➲	✍
MMU.4.1	La organización gestiona y controla de manera adecuada la inclusión y exclusión de medicamentos al inventario		
MMU.4.2	La organización obtiene de manera rápida los medicamentos que requiere y no están disponibles		
	ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS		
MMU.5	Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura	➲	
MMU.5.1	Se han definido consideraciones de almacenamiento para medicamentos e insumos especiales		✍
MMU.5.2	Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura		
MMU.5.3	Se ha definido un proceso de retiro de medicamentos		✍
	PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS		
MMU.6	Existe un proceso para la prescripción completa y segura de medicamentos basado en barreras de seguridad	➲	✍
MMU.6.1	Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos	➲	
MMU.6.2	Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones	➲	✍
MMU.6.3	Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos	➲	✍

MMU.6.4	Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos	➲	✍	III
	DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS			
MMU.7	Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico	➲		
MMU.7.1	Se emplea un sistema estandarizado para dispensar y distribuir de manera adecuada los medicamentos	➲		
MMU.7.2	Los productos y/o medicamentos estériles se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico			
MMU.7.3	Los medicamentos se etiquetan de manera segura	➲		
MMU.7.4	Se define el uso estandarizado y seguro de medicamentos multidosis	➲	✍	
	ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS			
MMU.8	Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos	➲		
MMU.8.1	La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción	➲		
MMU.8.2	Se ha definido un proceso que guía procesos especiales de administración de los medicamentos		✍	
	CONTROL			
MMU.9	Se implementan actividades de Farmacovigilancia	➲		
MMU.9.1	Se notifican y analizan los errores y cuasifallas de medicación		✍	

INTEGRACION DEL MODELO

ESTÁNDAR MMU.1
La organización integra un Sistema de Medicación.

PROPÓSITO DE MMU.1 ✍

Los establecimientos que ofrecen servicios de atención ambulatoria desarrollan un Sistema de Medicación que abarca a toda la organización, es decir, todos sus servicios, ÁREAS y tipos de pacientes a quienes brinda atención, además, este sistema, debe integrar si corresponde al contexto de la Organización cada una de las siguientes fases:

- Selección y adquisición;
- Almacenamiento;
- Prescripción;
- Transcripción,
- Distribución / Dispensación;
- Preparación;
- Administración;
- Control.

El objetivo del desarrollo e implementación del Sistema de Medicación es integrar los procesos clínicos y administrativos relacionados con el manejo y uso de los medicamentos para proporcionar una farmacoterapéutica con calidad y seguridad.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) la planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas;
b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad;
c) la capacitación del personal;
d) la supervisión integral de todo el sistema;
e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;
f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con un enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con competencias. La implementación de este sistema no sólo es responsabilidad del servicio farmacéutico, sino de toda la organización. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. La supervisión del sistema involucra a todo el establecimiento, incluye todas las fases y procesos (clínicos y no clínicos) que conforman el Manejo y Uso de los Medicamentos (MMU)

Elementos Medibles de MMU.1

1. Se ha desarrollado un Sistema de Medicación que integra las siguientes fases, siempre y cuando correspondan al contexto de la organización.
   1.1. Selección y adquisición.
   1.2. Almacenamiento.
   1.3. Prescripción.
   1.4. Transcripción.
   1.5. Distribución / Dispensación.
   1.6. Preparación.
   1.7. Administración.
   1.8. Control.
2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) a la f) definidos en el propósito.
3. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Medicación se documenta en un Plan. 🗐

ESTÁNDAR MMU.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El desarrollo del Sistema de Medicación se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. (Enfoque Proactivo)

➲ PROPÓSITO DE MMU.1.1 ✍

Se realiza una identificación de las situaciones de riesgo que se observan en la organización en cada una de las fases del **Sistema de Medicación** que incluye desde la selección y adquisición hasta la fase de control posterior a la administración de medicamentos, cuando corresponda.

La identificación de las situaciones de riesgo se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos, una vez al año y se documenta. Esta evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente mejorar los resultados de los procesos y hacerlos más seguros.

El sistema de medicación está alineado a la metodología definida por la organización para identificar, priorizar, analizar y gestionar los riesgos observados, en un riesgo prioritario identificado en el sistema de medicación, se implementa **una buena práctica** para mejorar la seguridad del paciente.

Una buena práctica es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan.

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomenta una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Elementos Medibles de MMU.1.1

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Medicación. 🗐
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Medicación.
4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.

ESTÁNDAR MMU.1.2
Los datos derivados de la supervisión del sistema de Medicación se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE MMU.1.2

Como resultado de la monitorización y la supervisión multidisciplinaria del sistema de medicación, se identifican y recolectan datos e información relacionados con áreas de oportunidad identificadas en la implementación de los procesos, en la capacitación, en los resultados de la evaluación del desempeño del personal y, en la notificación y análisis de errores de medicación, dichos datos, deben analizarse con el objetivo de mejorar e implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar errores de medicación.

Elementos Medibles de MMU.1.2

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Medicación.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.
4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los errores y cuasifallas de medicación.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

ESTÁNDAR MMU.1.3
La organización implementa acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos

★PROPÓSITO DE MMU.1.3 ✍

La sobreutilización y el uso inadecuado de los antibióticos han dado lugar al crecimiento de bacterias multirresistentes. Además de la multirresistencia, a menudo se producen efectos secundarios o complicaciones del tratamiento antibiótico, incluyendo la adquisición de Clostridium difficile, daño al riñón o al hígado, pérdida de la audición, anemia hemolítica entre otras.

Los profesionales del cuidado de la salud contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas de distintas maneras, por ejemplo, manteniendo los antibióticos cuando ya no hacen falta, utilizando un antibiótico de amplio espectro cuando no se necesita o manteniendo un antibiótico de amplio espectro de manera innecesaria tras haber recibido los resultados de sensibilidad, utilizando el antibiótico equivocado, prescribiendo la dosis errónea, o manteniendo la profilaxis antibiótica más tiempo de lo recomendado.

Con el fin de reducir el desarrollo y la difusión de bacterias multirresistentes y de producir mejores resultados en los pacientes, la organización define e implementa acciones para la optimización de los antibióticos.

La organización define e implementa acciones de optimización del uso de antibióticos, el cual se basa en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente e incluye al menos:

- Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias (cuando se cuente con el servicio de microbiología en el establecimiento);
- Educación al personal sobre el uso óptimo de antibióticos.
- Adaptación e implementación de las directrices de práctica aceptadas para los diagnósticos más frecuentes relacionados al uso y abuso de antibióticos.
- Adaptación e implementación de las directrices de práctica aceptadas para uso óptimo y apropiado de la profilaxis antibiótica.
- Un mecanismo de supervisión a cargo de una persona, un grupo de trabajo pequeño, un comité, un equipo especial, o algún otro mecanismo.

Elementos Medibles de MMU.1.3

1. La organización define acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos. 🗐
2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente.
3. Las acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos, incluye al menos:
   3.1. Directrices para el uso óptimo de antibióticos para el tratamiento de los diagnósticos más frecuentes relacionados al uso y abuso de antibióticos.
   3.2. Directrices para el uso adecuado de la terapia de profilaxis antibiótica.
   3.3. Educación e Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias.
4. Las acciones están implementadas en la organización.
5. Existe un mecanismo para supervisar el programa y monitorear su efectividad.
6. Se toman decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE MEDICACIÓN

ESTÁNDAR MMU.2
La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Medicación al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE MMU.2

Para que una organización desarrolle un **Sistema de Medicación** y para que las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, y cuando corresponda proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con el Sistema de Medicación en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de errores y cuasifallas de medicación.

Elementos Medibles de MMU.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Medicación.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.
5. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.
6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
7. La capacitación incluye la identificación y reporte de errores y cuasifallas de medicación.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR MMU.3
Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el sistema de Medicación.

PROPÓSITO DE MMU.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el Sistema de Medicación.

La implementación necesita de la gestión de los recursos para proporcionar los insumos necesarios para que se lleven a cabo cada una de las fases que conforman el Sistema de Medicación, además de contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización y de los recursos para la capacitación del mismo.

Para llevar a cabo las actividades del Sistema de Medicación, es importante que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo las actividades de cada una de las fases del sistema, sus barreras de seguridad (como la conciliación de los medicamentos), la Farmacovigilancia y el análisis de los errores y cuasifallas de medicación.

Los sistemas de información son otro recurso importante para respaldar el desarrollo del Sistema de Medicación. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales se integran al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

Elementos Medibles de MMU.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Medicación.
2. Se cuenta con personal competente para la implementación de cada una de las fases del Sistema de Medicación.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Medicación.
4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de información que respalde al sistema medicación.
5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Medicación.

SELECCIÓN Y ADQUISICIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.4 (ESTÁNDAR INSDISPENSABLE)
Se cuenta con una selección adecuada y suficiente de medicamentos en existencias o inmediatamente disponibles

ESTANDAR MMU.4.1
La organización gestiona y controla de manera adecuada la inclusión y exclusión de medicamentos al inventario

➲PROPÓSITO DE MMU.4 y ★MMU.4.1 ✍

Cada organización debe establecer un listado de medicamentos y mantener un inventario mínimo para surtir las prescripciones médicas. Esta decisión estará basada en su misión, las necesidades del paciente, el tipo de servicios prestados y la legislación aplicable vigente. La organización elabora una lista de todos los medicamentos que tiene en existencia o que puede obtener de forma inmediata. En algunos casos, los establecimientos se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos (Cuadro Básico). La selección de medicamentos es un proceso de colaboración que tiene en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y el aspecto económico.

La adquisición de los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.

La organización cuenta con un método de gestión para mantener y controlar el listado de medicamentos, así como controlar su uso. Los involucrados en la elaboración y la supervisión del listado de medicamentos son el personal que participa en cada uno de los procesos que conforman el sistema.

La organización define los criterios que utilizará para guiar el proceso de agregar o eliminar medicamentos del listado. Estos criterios incluyen aspectos relacionados con el uso, costo, seguridad y efectividad de cada medicamento. También se define un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos cuando ya se ha decidido agregar un medicamento al listado. Por ejemplo, se puede observar la respuesta del medicamento recién añadido en cierto número de pacientes por un periodo determinado, con el fin de conocer si la respuesta al medicamento en los pacientes ha sido la esperada por los líderes que supervisan el **Sistema de Medicación**.

La lista de medicamentos se revisa, al menos, una vez al año, basándose en la información actualizada sobre seguridad, efectividad, los efectos secundarios y reacciones adversas.

Elementos Medibles de MMU.4

1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión de la organización, las necesidades del paciente, los servicios prestados y la legislación aplicable vigente.
2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata.🗐
3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.
4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios y reacciones adversas.
5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MMU.4.1

1. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.
2. Los criterios son utilizados para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.
3. La organización ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado.
4. El proceso de monitorización está implementado.

ESTÁNDAR MMU.4.2 (ESTÁNDAR INSDISPENSABLE)
La organización obtiene de manera rápida los medicamentos que requiere y no están disponibles

➲PROPÓSITO DE MMU.4.2

Eventualmente, son necesarios medicamentos de los que no hay existencia o que no están a inmediata disposición de la organización, porque se encuentren agotados, no estén accesibles (por ejemplo, cuando la farmacia está cerrada o los medicamentos se encuentran bajo llave) o no formen parte del listado de medicamentos de la organización. Existe un proceso para aprobar y obtener tales medicamentos. Cada organización necesita establecer la forma de actuar en estos casos y capacitar al personal sobre las acciones a seguir.

Cuando no se cuenta con algún medicamento debido a retrasos en la entrega, escasez a nivel nacional o por otros motivos, la organización tiene sistematizada su respuesta para notificar la escasez a quienes prescriben y sugerir medicamentos o procesos alternativos.

Elementos Medibles de MMU.4.2

1. La organización ha definido un proceso para obtener o proveer medicamentos que no estén disponibles.
2. Existe un proceso implementado para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.
3. Existe un proceso implementado para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o los medicamentos están bajo llave.
4. Existe un proceso para notificar a quienes prescriben y sugerencias de alternativas en los casos en que no hay existencia de medicamentos.

ALMACENAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los medicamentos se resguardan y almacenan de manera segura.

➲ PROPÓSITO DE MMU.5

Los medicamentos se pueden resguardar, por ejemplo, en un área de almacenamiento, en una farmacia, servicio farmacéutico o en la central de enfermería. En todos los lugares donde se almacenan medicamentos se implementan procesos para:

- Resguardarlos y almacenarlos bajo condiciones adecuadas para su estabilidad, por ejemplo, humedad relativa, temperatura y luz ambiental;
- Protegerlos contra robo o extravío en toda la organización;
- Dar cumplimiento a la legislación aplicable vigente relacionada con los medicamentos controlados;
- Etiquetarlos adecuadamente con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias;
- Llevar a cabo barreras de seguridad relacionadas con los medicamentos de alto riesgo;
- Inspeccionar periódicamente todas las áreas para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados (incluyendo ambulancias, si corresponde).

Elementos Medibles de MMU.5

1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.
2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en toda la organización.
3. Se cumple con la legislación aplicable vigente relacionada con medicamentos controlados.
4. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.
5. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos incluyendo ambulancias (si corresponde), se inspeccionan periódicamente, según el proceso de la organización, para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.

ESTÁNDAR MMU.5.1
Se han definido consideraciones de almacenamiento para medicamentos e insumos especiales.

PROPÓSITO DE MMU.5.1 ✍

La organización define procesos que guían la manera de almacenar algunos tipos de medicamentos especiales, el proceso incluye la recepción, identificación y todo tipo de distribución, cuando corresponda al contexto de la Organización para, al menos, los siguientes:

- Radiofármacos;
- Medicamentos experimentales;
- Medicamentos de muestra;
- Otros definidos por la organización, por ejemplo, los que el paciente trae consigo.

Elementos Medibles de MMU.5.1

1. La organización define un proceso para almacenar los productos nutricionales. 🗐
2. El proceso para almacenar productos nutricionales se encuentra implementado.
3. La organización define un proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización. 🗐
4. El proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización se encuentra implementado.

ESTÁNDAR MMU.5.2
Los medicamentos de urgencia están disponibles, controlados y resguardados en forma segura.

PROPÓSITO DE MMU.5.2

Cuando ocurre una situación de urgencia con un paciente, es fundamental el rápido acceso a los medicamentos necesarios para atenderla. Cada organización identifica los medicamentos que son utilizados en situaciones de urgencia, de acuerdo con los servicios que presta, además determina los sitios donde serán almacenados, por ejemplo, en un consultorio o clínica dental, el botiquín de urgencias puede contener medicamentos para tratar una reacción anafiláctica, broncoespasmo, crisis hipertensiva, una sospecha de reacción adversa al anestésico, hipotensión ortostática, entre otros.

A fin de garantizar el acceso y resguardo de estos medicamentos, la organización implementa procesos para mantenerlos organizados y facilitar el manejo durante una situación de urgencia, además de establecer procesos para evitar el abuso, robo o extravío y para asegurar que estos medicamentos sean reemplazados cuando se usan, dañan o caducan, por consiguiente, se encuentran en un lugar visible y al alcance del personal capacitado para atender la urgencia. Por lo tanto, la organización comprende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.5.2

1. Los medicamentos de urgencia están disponibles, y están fácilmente accesibles dentro de la organización.
2. Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.
3. Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse, cuando se dañan o caducan.

ESTÁNDAR MMU.5.3
Se ha definido un proceso de retiro de medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.5.3 ✍

La organización debe definir un proceso para identificar, recuperar y devolver o destruir medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso) por su fabricante o proveedor, por alguna instancia regulatoria o cuando se emite alguna alerta por parte de alguna instancia nacional o internacional, con el fin de evitar que sean administrados a los pacientes. Una vez que el fabricante, proveedor o instancia reguladora determine que es seguro el uso de dichos medicamentos, la organización decide si los seguirá utilizando.

Además, la organización define un proceso que se ocupa del adecuado retiro y desecho de medicamentos vencidos o caducados, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MMU.5.3

1. Se ha implementado un proceso para recibir y actuar, en relación con las alertas de retiros de medicamentos emitidos por una instancia regulatoria nacional y/o internacional.
2. Se ha implementado un proceso para identificar, recuperar y devolver medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso).
3. Se ha implementado un proceso para el retiro de medicamentos caducos o vencidos.
4. Se ha implementado un proceso que se ocupa del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera de uso, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.
5. La descripción del cómo se llevan a cabo estos procesos se encuentra documentada.🗐

PRESCRIPCIÓN Y TRANSCRIPCIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.6. (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Existe un proceso para la prescripción completa de medicamentos basado en barreras de seguridad.

➲ **PROPÓSITO DE MMU.6**. ✍

La organización diseña un proceso para la prescripción segura de los medicamentos, a fin de reducir la variabilidad y mejorar la seguridad del paciente. El personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo cuando corresponda, colaboran para diseñar y controlar dicho proceso.

El proceso implementado se verá reflejado en que se registren/documenten prescripciones completas y seguras, el proceso contempla las buenas prácticas para la prescripción (incluyendo abreviaturas universales, decimales, puntos y comas) y en la legislación aplicable vigente.

La organización describe en el proceso de indicación médica, cómo se van a llevar a cabo cada uno de los siguientes puntos, ya sea en receta médica y/o en expediente clínico:

a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1.
b) Los requisitos que debe contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente y acorde a los servicios brindados, por ejemplo, en una prescripción en el servicio de cirugía ambulatoria, un requisito puede ser la velocidad de infusión y en el servicio de consulta externa la duración del tratamiento al egreso.
c) La utilización segura de prescripciones “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”, si corresponde al contexto de la organización, por ejemplo, especificar cual será la “razón necesaria” en una prescripción de paracetamol, “Paracetamol, 500 mg cada 8 horas en caso de fiebre de 38ºC”.
d) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo, escribir en mayúsculas o con diferente color estos medicamentos); si corresponde al contexto de la organización. Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede auto administrarse si corresponde al contexto de la organización.
e) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal, si corresponde al contexto de la organización.
f) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede auto administrarse si corresponde al contexto de la organización.
g) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo y que deben ser resguardados por el personal de enfermería.
h) Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos, si corresponde al contexto de la organización.
i) Los tipos de prescripciones especiales permitidas, tales como prescripciones de urgencia, prescripciones cuya dispensación se repite a lo largo del tiempo o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática). Por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días o prescribir medicamento de larga duración en la medida que se vaya agotando o por periodos cortos de hasta tres meses con justificación clínica del paciente por médico prescriptor.

La organización define el proceso de prescripción segura y completa para la Nutrición Parenteral Total (NPT), con al menos los siguientes puntos:

j) Los requisitos especiales para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT), de acuerdo con lo estipulado en la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 3C, tiene que contar por lo menos con los siguientes datos:

   - Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.

- Peso del paciente.
- Número de expediente.
- Servicio que solicita.
- Fecha y hora de solicitud.
- Componentes de la mezcla.
- Glucosa kilo minuto.
- Concentración de la mezcla.
- Calorías Totales.
- Kilocalorías.
- Nombre del médico solicitante.
- Cédula profesional de quien la solicita.

Elementos Medibles de MMU.6.

1. La organización ha diseñado un proceso para prescribir medicamentos de manera segura, que al menos incluya, los incisos del a) al i) definidos en el propósito, de acuerdo al contexto de la organización.
2. La organización ha diseñado un proceso para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT) de manera segura, que al menos incluya, el inciso j) definido en el propósito, cuando corresponda al contexto de la organización.
3. El proceso incluye buenas prácticas relacionadas con abreviaturas, puntos, comas y decimales.
4. El proceso incluye las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.
5. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.
6. Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR MMU.6.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.

➲ PROPÓSITO DE MMU.6.1

La selección de un medicamento para tratar a un paciente requiere conocimiento específico y experiencia. Cada organización es responsable de identificar al personal con las competencias necesarias para prescribir medicamentos acordes a la legislación aplicable vigente. Se pueden establecer límites al personal en cuanto a prescribir medicamentos especiales como pueden ser los medicamentos controlados, citotóxicos, radiofármacos y/o medicamentos experimentales. El personal involucrado en dispensar, distribuir, preparar y administrar, identifica a las personas autorizadas para prescribir medicamentos. La organización también identifica quién está autorizado para prescribir medicamentos en situaciones de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.6.1

1. La organización identifica al personal que está autorizado para prescribir medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto o el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos.
2. Sólo el personal autorizado por la legislación aplicable vigente prescribe medicamentos.
3. Se han establecido límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda.
4. El personal involucrado en dispensar, distribuir, preparar y administrar identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.

ESTÁNDAR MMU.6.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de error en las transcripciones.

➲ PROPÓSITO DE MMU.6.2

La transcripción en cualquier fase del sistema es un proceso que por sí mismo conlleva un riesgo, sin embargo, en el entorno de la atención clínica, se observa una alta incidencia de errores de medicación asociadas a las transcripciones

realizadas entre la prescripción médica y la administración de medicamentos, por ejemplo, de las indicaciones medicas a la Hoja de Enfermería, al Perfil Farmacoterapéutico, entre otros.

Por lo tanto, personal médico, de enfermería, farmacéutico y administrativo primero identifican los momentos en los que se realiza la transcripción entre el proceso de prescripción y administración, los plasma en un listado y con base en este listado, define un proceso para disminuir la probabilidad de error.

Las transcripciones de medicamentos ilegibles, incompletas y confusas ponen en peligro la seguridad del paciente y podrían retrasar el tratamiento, el proceso establece las acciones para disminuir los riesgos identificados y prevenir errores de medicación.

El personal está capacitado en las prácticas correctas para transcribir las prescripciones, ya sea el personal de enfermería, personal médico, personal en formación, nutriólogos o por cualquier otro profesional clínico autorizado.

Elementos Medibles de MMU.6.2

1. La organización ha definido a partir de un análisis multidisciplinario el proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:
   1.1. El listado de los momentos donde se realiza la transcripción.
   1.2. Las barreras de seguridad a implementar.
   1.3. Las acciones por seguir en caso de identificar transcripciones incompletas, ilegibles o confusas.
2. El proceso está implementado acorde a lo definido por la organización.

ESTÁNDAR MMU.6.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos.

➲ PROPÓSITO DE MMU.6.3

Durante la prescripción de los medicamentos, los médicos realizan de manera inherente un proceso por medio del cual identifican los medicamentos que el paciente toma de manera crónica o tomó previamente, con el fin de definir los medicamentos que va a prescribir. Como barrera de seguridad, la organización implementa la conciliación de medicamentos como un proceso consciente y deliberado en el cual se obtiene, a partir de un interrogatorio al paciente o su familia y/o cuidador principal, un listado de los medicamentos que el paciente toma para que en el momento entre la nueva prescripción hecha por el médico, se comparan estas listas con el propósito de detectar discrepancias, por ejemplo omisiones, duplicaciones, contraindicaciones, información confusa y cambios en la medicación.

La organización realiza el proceso de conciliación al comparar la lista de los medicamentos que el paciente toma con la nueva prescripción, asegurando que las personas reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas.

En los servicios de atención ambulatoria la lista de los medicamentos que el paciente toma se obtiene al ingreso al establecimiento o durante la consulta médica, esta lista es comparada al momento de la nueva prescripción, también el riesgo de errores de medicación se incrementa durante las transiciones en la atención del paciente, por ejemplo, en los casos de cirugía de corta estancia, por lo cual el proceso de conciliación se implementa cuando:

- El paciente es trasladado a otro servicio o área de la organización donde se dé continuidad a la medicación.
- Se cambia de médico tratante.
- Se egresa al paciente.

La organización asegura la adecuada medicación al realizar el proceso de conciliación de medicamentos durante estas transiciones con el fin de dar continuidad al proceso de medicación.

El proceso de Conciliación consta de los siguientes elementos:

- Se obtiene el listado de medicamentos que el paciente tomaba antes de su ingreso o consulta médica (tanto medicamentos de ingesta crónica como aquéllos que ingirió antes de su ingreso);
- Este listado se incluye en el expediente clínico;
- El listado incluye al menos: sustancia activa, vía de administración, dosis, frecuencia y duración del tratamiento.
- Se realiza la conciliación (comparación de la medicación actual con la previa), ésta se lleva a cabo en los siguientes momentos y de la siguiente manera, siempre entre los procesos de prescripción y administración:
    - Al **ingreso del paciente** o en la **primera consulta médica** se compara el listado de medicamentos que el Paciente tomaba antes de su ingreso o consulta médica con la primera prescripción que se realiza en la organización;
    - Cuando el paciente **cambia de área o de servicio** dentro del establecimiento (por ejemplo, cambio de quirófano a recuperación, etc.) se compara la última prescripción realizada en el servicio o área de egreso con la primera prescripción que se realiza en el servicio o área al que ingresa;
    - Cuando hay **cambio de médico tratante** se compara la última prescripción que realizó el médico tratante previo con la primera prescripción que realiza el nuevo médico tratante;
    - Al **egreso** se compara el listado de medicamentos que tomaba antes de su ingreso al establecimiento en conjunto con la última prescripción realizada durante su internamiento con la receta o instrucciones de seguimiento que se dan al alta, en los establecimientos de atención ambulatoria donde aplique.
- Cuando el proceso de conciliación de medicamentos da como resultado la detección de discrepancias, el médico, basado en la información, tomará la decisión de continuar con la prescripción, realizar cambios o suspender.

Elementos Medibles de MMU.6.3

1. La organización define el proceso de conciliación de los medicamentos. 🗐
2. Se documenta una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión o durante la evaluación médica; esta información se pone a disposición del personal competente que realiza la conciliación de los medicamentos.
3. A todos los pacientes se realiza el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso de los pacientes en centros ambulatorios.
4. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o servicio, cuando corresponda.
5. Cuando hay cambio de médico responsable, se realiza la conciliación de medicamentos.
6. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso, cuando corresponda.

MMU.6.4 Se revisa la idoneidad de la prescripción de medicamentos. (CATÁLOGO ÚNICO EXCLUSIVO ESTÁNDAR HOSPITALES)

DISTRIBUCIÓN, DISPENSACIÓN Y PREPARACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.7 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los medicamentos se preparan y dosifican en un entorno seguro e higiénico.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7

La farmacia, el servicio farmacéutico, las enfermeras o el personal calificado preparan y dispensan los medicamentos en un entorno higiénico y seguro que toma en cuenta la legislación aplicable vigente. La organización identifica las mejores prácticas para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico, ya sea en el consultorio (preparación de medicamento inyectable, por ejemplo), áreas de atención a pacientes, servicios farmacéuticos u otros. En todas las áreas donde se preparan y dispensan medicamentos se implementan las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara medicamentos está capacitado en técnicas asépticas.

En todas las áreas donde se preparan y dispensan medicamentos se implementan las mismas medidas de seguridad y limpieza. El personal que prepara medicamentos está capacitado en técnicas asépticas.

Si en la organización se preparan medicamentos que requieran un ambiente estéril, se utiliza equipo de protección personal y se emplean las técnicas adecuadas. (Por ejemplo, en el caso de fármacos quimioterapéuticos).

Elementos Medibles de MMU.7

1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con la legislación aplicable vigente y los estándares de práctica clínica actuales.
3. El personal está capacitado en técnicas asépticas para la preparación y dispensación de los medicamentos.
4. El personal utiliza el equipo de protección personal y las técnicas adecuadas cuando se preparan medicamentos que requieren un ambiente estéril.

ESTÁNDAR MMU.7.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se emplea un sistema estandarizado para dispensar y distribuir de manera adecuada los medicamentos.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.1

En los servicios de atención ambulatoria donde se dispensa y distribuye medicamentos, los procesos se realizan en la forma más adecuada, a fin de minimizar las posibilidades de error durante el proceso de entrega de los medicamentos (distribución y/o dispensación) distribución y la administración. Todos los puntos de distribución de medicamentos en la organización (farmacia central, almacén, subalmacenes, farmacia hospitalaria) emplean el mismo sistema, el cual respalda la dispensación y/o distribución de manera precisa y oportuna, acorde a los recursos y a la estructura **Sistema de Medicación**. Por lo que, todos los medicamentos que se utilicen en la atención de los pacientes tienen que estar registrados en el servicio de farmacia, rotulados adecuadamente, incluyendo fecha de caducidad y lote. Y en cualquier área del establecimiento queda prohibido el trasvase de medicamento o sustancias que se pretendan administrar al paciente por cualquier vía.

El sistema estandarizado de dispensación incluye verificaciones (procesos redundantes) antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal de la organización y/o al paciente o familiar de acuerdo a su proceso. En caso de dudas, no se entrega el medicamento, y se debe contactar con el médico que prescribió para realizar la aclaración.

El proceso de dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de MMU.7.1

1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.
2. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.
3. El sistema respalda la dispensación precisa y oportuna.
4. La dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.
5. El personal de la farmacia verifica la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no tiene que entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.
6. Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes, tiene que estar registrado en el servicio de farmacia y rotulado adecuadamente, incluyendo la fecha de caducidad y el lote.
7. Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.

ESTÁNDAR MMU.7.2
Los productos y/o medicamentos estériles se preparan y dispensan en un entorno seguro e higiénico.

★ PROPÓSITO DE MMU.7.2

Los medicamentos o productos que requieren medio estéril para su preparación (por ej. terapias de infusión parenteral de antibióticos, quimioterapias, mezclas de varios medicamentos etc.) se preparan y se dispensan en un entorno higiénico y seguro y, además, toma en cuenta la legislación aplicable vigente, esto cuando corresponda al contexto de servicios que presta la organización.

La organización identifica la mejor práctica para un entorno de preparación y dispensación seguro e higiénico. El personal que prepara los productos parenteral está capacitado en técnicas asépticas. Asimismo, se cuenta con equipo y materiales de protección disponibles para el personal que lo prepara, y se utilizan cuando las prácticas profesionales lo indican.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de MMU.7.2

1. Los medicamentos o productos de mezclas para infusión intravenosa que requieren esterilidad, se preparan y se dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.
2. La preparación y dispensación de medicamentos o productos de mezclas para infusión intravenosa que requieren esterilidad toma en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas actuales.
3. El personal que prepara los productos / medicamentos estériles está capacitado en técnicas asépticas.

ESTÁNDAR MMU.7.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los medicamentos se etiquetan de manera segura.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.3

Un riesgo para la seguridad del paciente se presenta cuando no se identifican los medicamentos o las soluciones intravenosas inmediatamente después de ser preparadas durante los procedimientos quirúrgicos de corta estancia, invasivos o de alto riesgo, inclusive cuando se utiliza un solo medicamento.

El etiquetado de los medicamentos es una práctica que reduce el riesgo de errores de medicación; por lo cual la organización reduce el riesgo al etiquetar los medicamentos inmediatamente después de prepararse o verterse en diferentes contenedores. En el etiquetado se identifican, al menos, los siguientes datos:

a) Datos de identificación del paciente.

b) Nombre del medicamento.
c) Dosis, si corresponde.
d) Concentración, si corresponde.
e) Vía, si corresponde.
f) Dilución, si corresponde.
g) Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde.

Únicamente se puede omitir el etiquetado si el medicamento **se administra inmediatamente después de prepararlo para un mismo paciente.**

Los medicamentos ya preparados se verifican de manera verbal y visual utilizando el etiquetado antes de ser dispensados y/o administrados y, además, se vuelve a verificar (de manera verbal y visual) cuando la persona que preparó el medicamento no es la misma que lo administra, la verificación se realiza al comparar el etiquetado contra lo prescrito en el expediente clínico y/o los datos de identificación del paciente.

Elementos Medibles de MMU.7.3

1. Los medicamentos y soluciones intravenosas se etiquetan inmediatamente después de su preparación.
2. El etiquetado incluye, al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito.
3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser dispensados y/o administrados.

ESTÁNDAR MMU.7.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se define el uso estandarizado y seguro de medicamentos multidosis.

➲ PROPÓSITO DE MMU.7.4 ✍

Cada organización determina si utilizará medicamentos como multidosis, de ser así define el proceso para su manejo y uso, el cual se basa en un análisis multidisciplinario que integra tanto el enfoque del Sistema de Medicación como el del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. Estos medicamentos pueden utilizarse varias veces para el mismo paciente o varias veces con diferentes pacientes.

Es importante que este proceso tome en cuenta las acciones para garantizar la estabilidad farmacéutica de estos medicamentos, su etiquetado y la disminución del riesgo de infección. El etiquetado de los medicamentos multidosis se realiza al momento de su apertura e incluye al menos, la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.

Elementos Medibles de MMU.7.4

1. La organización ha definido un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis. 🗐
2. El proceso toma en cuenta aspectos relacionados con el Sistema de Medicación y la Prevención y Control de Infecciones.
3. El proceso está implementado.
4. Los medicamentos multidosis son etiquetados, al menos, con la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.

ADMINISTRACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

ESTÁNDAR MMU.8 (INDISPENSABLE)
Se identifica al personal autorizado para administrar medicamentos.

➲ PROPÓSITO DE MMU.8

La administración de los medicamentos requiere conocimiento y experiencia. Cada organización es responsable de identificar al personal con el conocimiento y la experiencia requeridos y que además esté autorizado acorde a la legislación aplicable vigente. Una organización puede establecer límites a una persona en cuanto a la administración de medicamentos especiales como pueden ser los medicamentos controlados, citotóxicos, radiofármacos y/o medicamentos experimentales. El personal involucrado en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas para administrar medicamentos. La organización también identifica quién está autorizado para administrar medicamentos en situaciones de urgencia.

Elementos Medibles de MMU.8

1. De acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud, la organización identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos.
2. Sólo el personal autorizado por la organización y la legislación aplicable vigente, administra medicamentos.
3. Se han establecido límites para administrar medicamentos especiales, cuando corresponda.
4. El personal involucrado en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

ESTÁNDAR MMU.8.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La administración de medicamentos incluye un proceso para verificar que sea correcta de acuerdo a la prescripción.

➲ PROPÓSITO DE MMU.8.1

La administración segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes CORRECTOS de la administración de medicamentos:

- la identidad del paciente acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1;
- el medicamento prescrito;
- la caducidad;
- la hora y la frecuencia de administración prescritas;
- la dosis y/o concentración prescrita;
- la vía de administración prescrita;
- la velocidad de infusión; y
- otros, si la organización así lo define.

El proceso de administración de medicamentos concluye con la documentación en el expediente clínico.

Elementos Medibles de MMU.8.1

1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización (MISP.1).
2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.
3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar.
4. Se verifica la dosis y/o concentración del medicamento con la prescripción.
5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.
6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.
7. Se verifica que los medicamentos se administren en la hora y frecuencia prescrita.

8. Se verifican otros correctos cuando la organización así lo defina.
9. Los medicamentos se administran tal como se prescriben y se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR MMU.8.2
Se ha definido un proceso que guía procesos especiales de administración de los medicamentos.

PROPÓSITO DE MMU.8.2 ✍

Cada organización realiza un análisis para definir los procesos especiales relacionados con la administración de los medicamentos, estos procesos son:

- La autoadministración de medicamentos.
- La administración de los medicamentos que el paciente trae consigo.
- La administración de muestras de medicamentos.

Si la organización autoriza alguno de los procesos anteriores, se definen de manera multidisciplinaria procesos que incluyan barreras de seguridad para una administración segura y se supervisa que se lleven a cabo conforme al proceso.

Si la organización define que estos procesos o alguno(s) de ellos no es permitido, se encarga de supervisar que así suceda en la operatividad.

Si corresponde, la organización a efecto de garantizar el uso adecuado y el almacenamiento correcto de medicamentos deberá implementar un mecanismo para la devolución a farmacia de los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración, o bien realizar el protocolo que cada organización defina. Así también, a efecto de mejorar la continuidad de la atención, en caso de que se omita administrar un medicamento, la enfermera tiene que registrarlo en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró, con el propósito de que el siguiente profesional de la salud tenga conocimiento de la omisión y tome las medidas pertinentes.

Elementos Medibles de MMU.8.2

1. La organización define un proceso para la autoadministración de medicamentos. 🗐
2. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.
3. La organización define un proceso para administrar todo medicamento que el paciente ingresa a la organización. 🗐
4. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.
5. La organización define un proceso para administrar las muestras de medicamentos.🗐
6. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.
7. Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, tiene que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada organización defina.
8. En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.

CONTROL

ESTÁNDAR MMU.9 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se implementan actividades de Farmacovigilancia.

➲ PROPÓSITO DE MMU.9

La Farmacovigilancia incluye las actividades relacionadas con la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro posible problema relacionado con los fármacos. Por lo anterior, el médico, el personal de enfermería y demás profesionales de la salud, trabajan juntos para controlar la respuesta de los pacientes a la farmacoterapia con el propósito de monitorizar el efecto del medicamento para detectar Reacciones Adversas a Medicamentos, (RAM), Sospecha de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM), Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) u otras esperadas, como los efectos secundarios. Basándose en el control, la dosis o el tipo de medicamento se pueden ajustar cuando sea necesario. El control adecuado a la respuesta del paciente ante la(s) primera(s) dosis de un medicamento nuevo, dicho control pretende identificar la respuesta terapéutica de manera anticipada, por ejemplo, reacciones alérgicas, interacciones medicamentosas y cambios en el paciente que aumentan el riesgo de caídas, etc.

La organización cuenta con un proceso para la identificación, notificación y evaluación de los reportes de casos de SRAM, RAM, ESAVI tanto las esperadas como las inesperadas. La notificación se realiza en el formato oficial de COFEPRIS, para hacer del conocimiento al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) en el marco de la normatividad vigente.

La sospecha de reacción adversa a medicamentos (SRAM) o una reacción adversa a medicamento (RAM grave) deberá ser reportada máximo 7 días naturales después de su identificación. Cuando se trate de 2 o más casos iguales con el mismo medicamento o se presente en el mismo lugar, deberán ser reportados inmediatamente sin exceder 48 horas. Los eventos atribuidos a la vacunación deben ser reportados sin exceder 48 horas.

El proceso incluye la capacitación al personal para la identificación y notificación de SRAM, RAM, ESAVI.

Elementos Medibles de MMU.9

1. Se cuenta con un proceso implementado para la Farmacovigilancia.
2. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.
3. Las Reacciones Adversas a Medicamentos, sospecha de reacción adversa a medicamento y/o un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.
4. Las Reacciones Adversas a Medicamentos y las sospechas de reacción adversa, así como los eventos atribuidos a la vacunación se notifican dentro del marco de tiempo de la legislación aplicable vigente, en el formato oficial para la Farmacovigilancia.

ESTÁNDAR MMU.9.1
Se notifican y analizan los errores y cuasifallas de medicación.

PROPÓSITO DE MMU.9.1 ✍

Se define un proceso para identificar, notificar y analizar los errores y las cuasifallas de medicación. El proceso se basa en el desarrollo de la definición operativa de un error y cuasifalla de medicación, de manera contextualizada a los procesos implementados en la organización; que le permitirán al personal identificarlas y por consiguiente notificarlas.

El proceso de notificación y análisis forma parte del Sistema de Medicación y se incluye en el Plan de Calidad y Seguridad del paciente. Este análisis se lleva a cabo por medio de la metodología de patrones y tendencias y si corresponde con la metodología de análisis causa- raíz (Eventos centinela relacionados con la medicación).

El proceso se centra en la prevención de errores de medicación mediante la comprensión y el aprendizaje de los tipos de errores que han ocurrido en la organización y en otras organizaciones, así como en la identificación de las situaciones de riesgos que podrían dar lugar a uno de estos eventos. Las mejoras de los procesos de medicación y la capacitación del personal se emplean para evitar errores en el futuro.

Este proceso se vincula y forma parte del Sistema de Notificación y Análisis de Eventos Adversos, Centinela y Cuasifallas de la organización que a su vez es uno de los cinco elementos del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MMU.9.1

1. Se ha establecido la definición operativa de error y cuasifalla de medicación.
2. Los errores y las cuasifallas de medicación se notifican y se analizan en forma oportuna con la metodología de patrones y tendencias.
3. La organización emplea la información del análisis de los errores y las cuasifallas para mejorar el Sistema de Medicación.
4. El personal está capacitado para identificar y notificar errores y cuasifallas de medicación.
5. Se realiza un análisis causa raíz cuando se identifican y/o notifican eventos centinela relacionados con la medicación.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES

Prevention and Control of Infections

PCI

INFECCIONES

PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES
PCI – INFECCIONES
Catálogo Único Nacional de Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
PCI.1	La organización integra un Sistema de Prevención y Control de Infecciones		✍
PCI.1.1	El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos	➲	✍
PCI.1.2	La organización implementa paquetes de medidas o "bundles" encaminados en prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud	➲	✍
PCI.1.3	Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES		
PCI.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
PCI.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones	➲	
	ENFOQUE DEL SISTEMA		
PCI.4	La organización establece la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.		
PCI.5	En todos los procesos de atención se implementan las medidas de precaución Estándar	➲	✍
PCI.6	La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo		✍
PCI.6.1	La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipo de un solo uso		✍
PCI.7	La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa		✍
PCI.8	La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos		✍
PCI.9	La organización reduce el riesgo de infecciones asociadas al mantenimiento y controles de ingeniería		✍
PCI.10	La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos		✍
PCI.11	La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones		✍

PCI.12	La organización reduce los riesgos de infección asociados a los procesos de medicación		
PCI.13-AMB	La organización reduce el riesgo de infección a través de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones y medios de transporte.		
PCI.14	La organización reduce el riesgo de infección asociado a la terapia de remplazo renal con hemodiálisis		
	CONTROL DEL SISTEMA		
PCI.15	La organización realiza actividades de control de las infecciones		

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR PCI.1
La organización integra un Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

PROPÓSITO DE PCI.1 ✍

La organización desarrolla un Sistema de Prevención y Control de Infecciones, que abarca a toda la organización, es decir, todos sus servicios y tipos de pacientes a quienes brinda atención; además de adecuarse al tamaño del establecimiento, los niveles de riesgo, la complejidad y el alcance de sus procesos.

El Sistema de Prevención y Control de Infecciones se enfoca en, al menos, los siguientes puntos, siempre y cuando se realicen en la organización

- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud;
- Vigilancia epidemiológica;
- Precauciones estándar y especificas en la atención de la salud;
- Esterilización y desinfección;
- Limpieza;
- Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos;
- Manejo de la ropa;
- Alimentación;
- Reúso de Desechables;
- Hemodiálisis;
- Procesos de medicación (MMU);
- Salud y Seguridad de los trabajadores (SQE);
- Supervisión de la calidad del agua (FMS);
- Mantenimiento y Controles de ingeniería (FMS);
- Servicio de Ambulancias (ACC);
- Vacunación;
- Seguridad en construcciones o remodelaciones.

El objetivo del desarrollo e implementación de un Sistema de Prevención y Control de Infecciones es implementar acciones específicas con enfoque multidisciplinario en toda la organización para reducir el riesgo de infección en pacientes, personal y visitantes durante los procesos clínicos y no clínicos relacionados.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) La planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación de riesgos y considerando el análisis de los problemas relacionados;
b) La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad;
c) La capacitación del personal;
d) La supervisión integral de todo el sistema;
e) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación de dichos procesos;
f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias. La implementación de este sistema no sólo es responsabilidad de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, sino de toda la organización. El modo en que se comparte esta responsabilidad depende de la estructura y los recursos humanos de la organización. La supervisión del sistema involucra a toda la organización y los procesos relacionados.

Elementos Medibles de PCI.1

1. El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, los servicios que ofrece y el tipo de pacientes a quienes brinda atención.
2. Todas las áreas de la organización donde se brinde atención a pacientes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
3. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
4. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
5. Se ha desarrollado un Sistema de Prevención y Control de las Infecciones que integra, si corresponde al contexto de la Organización, al menos, las siguientes áreas de enfoque:
   5.1. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
   5.2. Vigilancia epidemiológica.
   5.3. Precauciones estándar en la atención de la salud.
   5.4. Esterilización y desinfección.
   5.5. Limpieza.
   5.6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
   5.7. Manejo de ropa.
   5.8. Alimentación.
   5.9. Reúso de Desechables.
   5.10. Hemodiálisis.
   5.11. Procesos de medicación.
   5.12. Salud y Seguridad de los trabajadores.
   5.13. Supervisión de la calidad del agua.
   5.14. Servicio de Ambulancias.
   5.15. Vacunación.
   5.16. Mantenimiento y Controles de ingeniería.
   5.17. Seguridad en construcciones o remodelaciones.
6. La integración del sistema incluye al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
7. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan.

ESTÁNDAR PCI.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. (Enfoque Proactivo)

➲ PROPÓSITO DE PCI.1.1

Se realiza una identificación de los procesos asociados a riesgo de infección que se observan en la organización en cada una de las áreas de enfoque del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. Esta identificación de las situaciones de riesgo se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos, una vez al año y se documenta.
La evaluación tiene como propósito identificar riesgos y áreas de oportunidad para la calidad y la seguridad del paciente dentro de los procesos que conforman el sistema, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

La organización define una metodología para priorizar los riesgos observados y selecciona, al menos uno de los riesgos prioritarios para implementar una buena práctica con el propósito de prevenir eventos adversos o centinela.

De acuerdo al contexto de la organización, la buena práctica podrá basarse en primer lugar en los datos, riesgos y los procesos que afectan:

- las vías respiratorias, tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueostomía, aspiración de secreciones, etc.;
- las vías urinarias, tales como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con las sondas urinarias permanentes, los sistemas de drenaje urinario y su atención, etc.;
- los dispositivos intravasculares invasivos, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;
- los sitios quirúrgicos, tales como su curación y tipo de vendaje, y los procedimientos asépticos asociados;
- las enfermedades y los organismos más frecuentes desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; y
- las infecciones emergentes o recurrentes dentro de la comunidad.

Las organizaciones podrán implementar una Buena Practica diferente con el enfoque de Prevención de Infecciones siempre que represente un riesgo prioritario más importante.

La medición de la buena práctica puede ser incluida dentro de los indicadores del plan de calidad cuando así lo determine la organización.

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomenta una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Elementos Medibles de PCI.1.1

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.

PCI.1.2 La organización implementa paquetes de medidas o "bundles" encaminados en prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR PCI.1.3
Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE PCI.1.3

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de mejorar o rediseñar los procesos existentes e implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar infecciones.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de procesos implementados relacionados con cada una de las áreas de enfoque (por ejemplo, la supervisión del proceso de reúso de desechables, del manejo de la ropa, las tasas de infección, entre otros), las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y evaluación del desempeño del personal, a la notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas.

Elementos Medibles de PCI.1.3

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados con cada una de las áreas de enfoque del sistema.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.
4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES

ESTÁNDAR PCI.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE PCI.2

Para que una organización desarrolle un Sistema de Prevención y Control de Infecciones y para que las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, y cuando corresponda proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización. La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con la prevención y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Elementos Medibles de PCI.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.
5. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.
6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
7. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas a la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.

➲ PROPÓSITO DE PCI.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el Sistema de Prevención y Control de Infecciones. La implementación de los procesos que integran el Sistema de Prevención y Control de Infecciones necesita de la gestión de los recursos para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización. Estos recursos incluyen insumos, personal competente y sistemas de información.

Para implementar el Sistema de prevención y Control de Infecciones, es importante, que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo la Vigilancia Epidemiológica, (esto es: la determinación de criterios para definir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, la definición de métodos para la recolección (vigilancia) de datos, el diseño de estrategias para ocuparse de la prevención de infecciones, el control de riesgos y la notificación correspondiente).

Otro recurso importante son los sistemas de información los cuales permiten dar seguimiento y analizar los procesos asociados a riesgos de infección, tasas, tendencias e indicadores para controlar y supervisar el sistema. El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales, además deben incluirse al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

Elementos Medibles de PCI.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el sistema de prevención y control de infecciones, acorde al contexto de la organización.
2. Se cuenta con personal competente para la Vigilancia Epidemiológica.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.
4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de Información que respalde al sistema de prevención y control de infecciones.
5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

ENFOQUE DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.4
La organización establece la vigilancia de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

PROPÓSITO DE PCI.4

La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda, implementa medidas de prevención y acciones de vigilancia epidemiológica a través de:

- Analizar la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas;
- Identificar áreas de oportunidad y toma decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, o sus equivalentes a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
- Realizar mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, y lo presenta ante el CODECIN, o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
- Coordinar las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.

De acuerdo al contexto de cada organización se identifican las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico, los sitios de infección, los dispositivos y los procedimientos asociados, todo esto tiene el propósito de implementar acciones para reducir el riesgo y en consecuencia la incidencia de las infecciones.

La organización tiene en cuenta las infecciones y los procesos que afectan al menos:

- las **vías respiratorias,** tales como los procedimientos y equipos asociados con la intubación, soporte de ventilación mecánica, traqueostomía, aspiración de secreciones, etc.;
- las **vías urinarias,** tales como los procedimientos invasivos y el equipo asociado con las sondas urinarias permanentes, los sistemas de drenaje urinario y su atención, etc.;
- los **dispositivos intravasculares invasivos**, tales como la inserción y cuidado de catéteres venosos centrales, vías venosas periféricas, etc.;
- los **sitios quirúrgicos,** tales como su curación y tipo de vendaje, y los procedimientos asépticos asociados;
- las **enfermedades y los organismos más frecuentes** desde el punto de vista epidemiológico, organismos resistentes a múltiples fármacos; y
- las **infecciones emergentes o reemergentes** dentro de la comunidad.

Se incluyen actividades de vigilancia sistemática y proactiva para determinar las tasas habituales (endémicas) de infección y la investigación de brotes epidemiológicos de enfermedades infecciosas.

Elementos Medibles de PCI.4

1. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, analiza la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas.
2. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, identifica áreas de oportunidad y toma decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, o sus equivalentes a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
3. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, realiza mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, y lo presenta ante el CODECIN, o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.
4. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, coordina las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.
5. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioridades.
6. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioridades.

7. Los dispositivos invasivos se incluyen como prioridades.
8. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioridades.
9. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioridades.
10. Las infecciones emergentes o reemergentes se incluyen como prioridades.

ESTÁNDAR PCI.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
En todos los procesos de atención se implementan las medidas de precaución estándar.

➲ PROPÓSITO DE PCI.5 ✍

Las medidas de precaución estándar son herramientas fundamentales para la prevención y control de las infecciones, éstas se basan en el método para evitar el contagio de enfermedades y se ocupan de cada paciente que pueda ser contagioso o estar inmunodeprimido. El personal es capacitado para manejar a pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.

La organización identifica aquellas situaciones en las que se necesitan cubrebocas, protección ocular, batas y/o guantes, y cualquier otro equipo de protección personal que minimice el riesgo de contagio e imparte capacitación para usarlos correctamente. Por ello, la organización debe definir un formato de alerta (medidas de precaución estándar) para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

El Sistema de Protección y Control de Infecciones supervisa y coordina el Programa Integral de Higiene de Manos (MISP.5) y lo incluye dentro de sus actividades de identificación de riesgos y análisis de la información.

Elementos Medibles de PCI.5

1. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas son atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y Buenas Prácticas recomendadas.
2. Se aísla a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto.
3. Se ha definido una estrategia para manejar una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.
4. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar equipo de protección personal.
5. El equipo de protección personal está disponible y se usa correctamente en dichas situaciones.
6. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.
7. El sistema de Prevención y Control de Infecciones supervisa y coordina el Programa Integral de Higiene de Manos.
8. La organización define un formato de alerta para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.🗐

ESTÁNDAR PCI.6
La organización reduce el riesgo de infección asegurando la limpieza, higiene y esterilización adecuadas de los materiales, dispositivos y equipos.

PROPÓSITO DE PCI.6 ✍

La organización diseña procesos para la limpieza, desinfección y esterilización adecuada de los materiales, dispositivos y equipos, que minimizan los riesgos de infección en toda la organización. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

El riesgo de infección se minimiza con los debidos procesos de limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización, tales como la limpieza y desinfección de endoscopios, la esterilización del instrumental quirúrgico y demás materiales, dispositivos y equipos utilizados para procedimientos invasivos o no invasivos. La limpieza, desinfección y esterilización pueden darse en un área de esterilización centralizada o en otras áreas de la organización, tales como áreas de endoscopía, inhaloterapia, hemodinámia, hemodiálisis, odontología, consulta externa, entre otras, ya sean servicios propios o subrogados. Para cada uno de estos procesos se implementan barreras de seguridad y se supervisan de manera

periódica; por ejemplo, los procesos de esterilización se validan por medios físicos, químicos o biológicos, según corresponda.

El personal está capacitado en los procesos para la de limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.6

1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización para materiales, dispositivos y equipos.
2. La organización implementa procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.
3. Existe un proceso coordinado y periódico de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.
4. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de materiales, dispositivos y equipo.
5. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.

ESTÁNDAR PCI.7
La organización reduce el riesgo de infección asegurando el manejo de la ropa.

PROPÓSITO DE PCI.7

La organización diseña procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y contaminada, que minimizan los riesgos de infección en toda la organización. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

El riesgo de infección para el personal y para los pacientes se minimiza a través del manejo correcto de la ropa limpia, sucia y contaminada. El manejo de la ropa incluye el lavado, distribución, transporte y almacenamiento, así como el confinamiento de la ropa sucia y contaminada. Estos procesos se llevan a cabo de tal forma que se minimicen los riesgos de contaminación e infección. Estos procesos son supervisados de manera periódica.

El personal está capacitado en los procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y contaminada en toda la organización.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.7

1. Se definen procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y contaminada que minimizan los riesgos de infección.
2. El lavado de la ropa se realiza a través de un proceso que reduce los riesgos de infección.
3. Se implementan procesos de transporte, distribución y almacenamiento de la ropa limpia que minimizan los riesgos de contaminación.
4. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa sucia, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.
5. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa contaminada, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.

ESTÁNDAR PCI.8
La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.

PROPÓSITO DE PCI.8

La organización diseña un proceso seguro para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, que minimiza los riesgos de infección en toda la organización. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

Los establecimientos de atención médica producen a diario un volumen considerable de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos, por consiguiente, su debido manejo (identificación, envasado, almacenamiento temporal, recolección, transporte externo y destino final) contribuye a la reducción del riesgo de infecciones, por ejemplo: el personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección, el personal tanto clínico como no clínico expuesto a accidentes por punzocortantes es capacitado para su adecuado manejo; sin embargo, existe el riesgo de punción, por lo cual la organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.

La ruta de recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos se debe realizar conforme la señalización de la circulación colocada desde las áreas generadoras hasta el almacén temporal, con horarios que minimizan el riesgo de infección, por lo que es importante contar con un listado de todas las áreas generadoras que permita la trazabilidad de los contenedores. De igual forma se debe registrar en la bitácora de recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos datos específicos como: fecha, peso, tipo de residuo, firma de responsable del área y firma del responsable de la recolección, antes de su transporte externo.

Cuando a la organización se le proporcionan estos servicios relacionados con el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.8

1. Se define un proceso seguro para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.
2. El personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección.
3. La organización identificó y realizó un listado que contiene todas las áreas o servicios generadores de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
4. Se realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos de acuerdo a la señalización de la circulación de los contenedores y está colocada desde el área generadora hacia el almacén temporal, con horarios definidos que minimizan el riesgo de infección.
5. Se registra en bitácora de recolección de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos datos específicos: fecha, peso, tipo de residuo, firma de responsable del área y firma del responsable de la recolección, antes de su transporte externo.
6. Se implementa un proceso seguro de manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.
7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.
8. Si corresponde al contexto de la Organización, el manejo y desecho de sangre y hemoderivados se realiza de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.
9. La organización se ocupa de que el destino final de estos desechos se lleve acorde a la legislación aplicable vigente.
10. La organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.

ESTÁNDAR PCI.9
La organización reduce el riesgo de infecciones asociadas al mantenimiento y controles de ingeniería.

PROPÓSITO DE PCI.9

La organización diseña un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones, que minimiza el riesgo de infección. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

El mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los servicios prioritarios para la operación del establecimiento, contribuyen con la buena higiene y la reducción de riesgos de infección. Dentro de esta área de enfoque se incluyen los sistemas de ventilación, el control de la temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, entre otros. Por ejemplo, es importante llevar a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor y a la legislación aplicable vigente y buenas prácticas.

La organización implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería por personal con las competencias necesarias.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.9

1. Se define un proceso para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones.
2. Se lleva a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor.
3. Se implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y el control de las infecciones.
4. Se incluyen, al menos, los Sistemas de ventilación, el control de temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina.

ESTÁNDAR PCI.10
La organización reduce el riesgo de infección mediante el manejo adecuado de los alimentos.

PROPÓSITO DE PCI.10

La organización diseña un proceso seguro para el manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección. El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas.

El servicio de alimentación de las organizaciones es un área crítica en la prevención y control de infecciones, debido a que existen mecanismos de transmisión de gérmenes hacia consumidores (pacientes, trabajadores y visitantes) que se relacionan a un inadecuado almacenamiento, conservación, manejo, preparación, transporte y dotación de los alimentos.

Los servicios de atención ambulatoria que manejan alimentos implementan un proceso seguro para el manejo de los alimentos acorde a la legislación aplicable vigente y capacita al personal para que lo lleve a cabo.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.10

1. Se define un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.
2. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección. (Si corresponde)
3. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
4. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.
5. Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.
6. La distribución de los alimentos se controla para garantizar la seguridad.
7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.
8. Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.
9. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen nivel de cloración, así como la búsqueda intencionada de Microorganismos relacionados con los brotes epidémicos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud que se presenten en la organización. (Si corresponde)

ESTÁNDAR PCI.11
La organización reduce el riesgo de infecciones en las instalaciones durante adecuaciones, construcciones y remodelaciones.

PROPÓSITO DE PCI.11

En los establecimientos de atención médica son comunes las adecuaciones, construcciones y las remodelaciones y éstas aumentan la probabilidad de infección ya que generan polvo, suciedad y humedad; debido a esta situación hay un alto riesgo de infección por hongos (por ejemplo, Aspergillus).

Por consiguiente, cada organización debe planear estas actividades y definir un proceso proactivo de evaluación de riesgos con base en criterios específicos, por ejemplo: tipo de construcciones o remodelación, duración, lugar donde se llevarán a cabo, tipo de pacientes que se encuentran en ese sitio, rutas alternas de tránsito de personas o implementos, entre otros. Acorde a esta evaluación de riesgos se implementan medidas para minimizar el riesgo de infección.

Elementos Medibles de PCI.11

1. La organización define un proceso para la evaluación de riesgos previo a que se lleve a cabo una adecuación, construcción o una remodelación.
2. Se implementan medidas para minimizar los riesgos de infección y el impacto de una construcción o una remodelación.

ESTÁNDAR PCI.12
La organización reduce los riesgos de infección asociados a los procesos de medicación.

PROPÓSITO DE PCI.12

Si la organización de atención ambulatoria maneja y usa medicamentos o vacunas se identifican procesos asociados a riesgo de infección, por ejemplo, el almacenamiento y la preparación de los medicamentos en áreas no higiénicas, el manejo de medicamentos multidosis, el mantenimiento de la cadena de frío con las vacunas, medicamentos que

requieren refrigeración, entre otros. La organización define procesos que garanticen el adecuado manejo y uso de los medicamentos y vacunas desde el punto de vista de prevención de infecciones.

Elementos Medibles de PCI.12

1. Se identifican los procesos asociados al riesgo de infección relacionados al manejo y al uso de los medicamentos y vacunas.
2. Se implementan medidas para minimizar estos riesgos de infección.

ESTÁNDAR PCI.13
La organización reduce el riesgo de infección a través de los procesos de limpieza y desinfección de las instalaciones y medios de transporte.

PROPÓSITO DE PCI.13

La organización diseña los siguientes procesos seguros para minimizar el riesgo de infección:

- Proceso para la limpieza, desinfección y esterilización de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte;
- Proceso para la limpieza, desinfección o esterilización de equipo y dispositivos utilizados para la atención entre pacientes;
- Proceso para el control de fauna nociva con enfoque de prevención de infecciones.

El personal involucrado colabora para diseñar y controlar dicho proceso, teniendo en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas. El personal está capacitado en dichos procesos, en toda la organización.

El ambiente ambulatorio puede contribuir al riesgo de infecciones en pacientes, familiares, personal de salud y visitantes, en este se incluyen áreas físicas tales como pasillos, habitaciones y salas de internamiento, pacientes, zonas donde se encuentran y circulan los familiares y visitantes; así como equipos y/o dispositivos utilizados para la atención de pacientes.

Además de la limpieza y desinfección de superficies inertes camillas, sillas de ruedas, superficies, ambulancias, etc., por lo tanto, la organización implementa procesos adecuados de limpieza y desinfección para minimizar los riesgos de infección.

Los servicios de limpieza de las instalaciones (propios o subrogados) forman parte importante de las actividades de prevención y control de infecciones, por lo que la organización define procesos específicos que colaboren a mantener instalaciones y medios de transporte limpios y seguros, y éstos se adecúan a el tipo de pacientes y servicios que otorga la organización.

La organización debe realizar un listado con enfoque multidisciplinario, de los objetos inanimados que se ingresan en las áreas críticas y que sean considerados como riesgo de contaminación para el entorno del paciente con el objetivo de determinar en consenso estrategias para minimizar el riesgo de contagio.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.13

1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte.

2. Con el objetivo de determinar en consenso estrategias para minimizar el riesgo de contagio, la organización realiza un listado con enfoque multidisciplinario de los objetos inanimados que se ingresan en las áreas críticas y que sean considerados como riesgo de contaminación para el entorno del paciente.
3. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección o esterilización de equipo y dispositivos utilizados para la atención entre pacientes.
4. La organización define un proceso para el control de fauna nociva con enfoque de prevención de infecciones.
5. La limpieza y desinfección de las instalaciones es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.
6. La limpieza y desinfección de las superficies inertes es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.
7. La limpieza y desinfección de los medios de transporte es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.

ESTÁNDAR PCI.14 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización reduce el riesgo de infección asociado a la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

➲ PROPÓSITO DE PCI.14

Si la Organización de atención ambulatoria proporciona servicios de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, la organización implementa procesos seguros que minimicen los riesgos de infección asociados con, al menos, los siguientes puntos:

- Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis;
- Manejo de accesos vasculares;
- Características de la atención de pacientes seropositivos;
- Reúso de filtros, si corresponde.

Cuando se reutilizan los filtros, existen políticas que guían dicha práctica de acuerdo a la normatividad aplicable vigente

El procedimiento de reprocesamiento de los filtros de diálisis, garantiza la seguridad del paciente y se realiza de acuerdo a la normatividad vigente. El proceso se asegura de al menos lo siguiente:

- La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.
- El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.
- El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
- La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Elementos Medibles de PCI.14

1. Se implementan procesos seguros que minimizan el riesgo de infección durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
2. Se incluyen, al menos, los siguientes puntos relacionados a la prevención y control de las infecciones:
   2.1. Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
   2.2. Manejo de accesos vasculares.
   2.3. Atención de pacientes seropositivos.
   2.4. La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de los filtros de diálisis.

2.5. El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.
2.6. El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.
2.7. La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.

3. Se cumple con lo definido por la organización.

CONTROL DEL SISTEMA

ESTÁNDAR PCI.15
La organización realiza actividades de control de las infecciones.

PROPÓSITO DE PCI.15

El proceso de control de infecciones está diseñado para reducir el riesgo de infección para los pacientes, el personal y visitantes. A fin de alcanzar este objetivo, se deben rastrear y analizar, en forma intencionada, las tasas, los patrones y las tendencias de las infecciones. Para lo cual se utiliza la información para mejorar las actividades de prevención, control y reducción de las tasas de infecciones a los niveles más bajos que sean posibles. La mejor forma en que pueden usar los datos y la información de control es comparando las tasas y tendencias con las de otras organizaciones similares, estándares nacionales e internacionales y con las mejores prácticas y la evidencia científica.

Se realizan actividades de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de las infecciones conforme a la legislación aplicable vigente.

La DGCES cuenta, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php.

Elementos Medibles de PCI.15

1. Se rastrean las tasas de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
2. Se analizan los patrones y las tendencias de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
3. El control emplea indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
4. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.
5. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con las de otras organizaciones.
6. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con estándares nacionales e internacionales y con las mejores prácticas y la evidencia científica.
7. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

Facility Management and Safety

FMS

INSTALACIONES

GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES
FMS – INSTALACIONES
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
FMS.1	La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones		✍
FMS.1.1	El desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos internos y externos	➲	✍
FMS.1.2	Los datos derivados de la supervisión del sistema se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES		
FMS.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
FMS.3	Los líderes de la Organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones		
	PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN		
FMS.4	Se inspeccionan las instalaciones, y se implementan acciones para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes	➲	✍
FMS.4.1	La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido		✍
	MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS		
FMS.5	La organización implementa un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos		✍
	SEGURIDAD CONTRA PELIGROS RELACIONADOS A FUEGO Y HUMO		
FMS.6	La organización implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de los riesgos y peligros relacionados a fuego y humo		✍
FMS.6.1	El programa se prueba, al menos, dos veces por año		
	EQUIPO BIOMÉDICO		
FMS.7	La organización implementa un programa para gestionar el equipo biomédico	➲	✍
FMS.7.1	El programa integra el análisis de datos que genera la gestión del equipo biomédico para planear las necesidades a largo plazo de la organización		
	SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN		
FMS.8	La organización implementa un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación		✍
FMS.8.1	Los servicios prioritarios para la operación se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras		

FMS.8.2	Se controla periódicamente la calidad del agua	➲
FMS.8.3	El Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación integra el análisis de datos para planear las necesidades a largo plazo de la organización	
FMS.8.4	La organización ha definido e implementado procesos de emergencia para proveer de manera continua los servicios prioritarios para la operación	
	GESTIÓN DE EMERGENCIAS EXTERNAS	
FMS.9	La organización desarrolla e implementa un programa para la gestión de emergencias dentro de la comunidad	✍
FMS.9.1	Se somete a prueba la capacidad de respuesta de la organización ante emergencias, epidemias y desastres	

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR FMS.1
La organización integra un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

PROPÓSITO DE FMS.1 ✍

La organización trabaja para desarrollar un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, el cual debe integrar, al menos, las siguientes seis áreas:

- Protección de la organización;
- Materiales, sustancias y residuos peligrosos;
- Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo;
- Equipo biomédico;
- Servicios prioritarios para la operación;
- Manejo de emergencias externas.

El objetivo del desarrollo e implementación de un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones es proporcionar una instalación segura y funcional que, dé soporte a los pacientes, los familiares, visitantes y al personal a partir de una gestión coherente y continua.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) La planeación de cada una de las áreas con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas;
b) La implementación de procesos seguros;
c) La capacitación del personal;
d) La monitorización y puesta a prueba de los procesos (simulacros);
e) La supervisión integral de todo el sistema;
f) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación;
g) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con las competencias necesarias.

Elementos Medibles de FMS.1

1. Se ha desarrollado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra, al menos, las siguientes seis áreas:
   1.1. Protección de la organización.
   1.2. Materiales, sustancias y residuos peligrosos.
   1.3. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
   1.4. Equipo biomédico.
   1.5. Servicios prioritarios para la operación.
   1.6. Manejo de emergencias externas.
2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) a la g) definidos en el propósito.
3. El sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario.
4. La supervisión abarca todas las instalaciones.
5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se documenta en un Plan. 🗐

ESTÁNDAR FMS.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos internos y externos. (Enfoque Proactivo)

➲ PROPÓSITO DE FMS.1.1 ✍

Se realiza una identificación de riesgos internos y externos sobre la cual se fundamenta el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones con el objetivo de diseñar procesos que prevengan lesiones, accidentes y peligros y coadyuven a mantener condiciones seguras para los pacientes, familiares, visitantes y el personal.

La identificación de los riesgos internos incluye, al menos, las siguientes áreas:

- Protección de la organización;
- Materiales, sustancias y residuos peligrosos;
- Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo;
- Equipo biomédico;
- Servicios prioritarios para la operación:
    - Servicios Públicos (agua, electricidad, gas, entre otros).
    - Servicios clave (Ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación y datos, entre otros).

La identificación de riesgos externos incluye, al menos, los siguientes:

- Geológicos (por ejemplo: sismos, erupciones y emisiones volcánicas, inestabilidad de laderas, hundimientos, agrietamientos);
- Hidrometeorológicos (por ejemplo: huracanes, inundaciones, tormentas de granizo, heladas, nevadas, tornados, viento, sequías, frente frío);
- Socio-organizativos (por ejemplo: conflictos bélicos, terrorismo, concentraciones humanas, hambruna, accidentes por transporte);
- Sanitario-ecológicos (por ejemplo: epidemias, plagas, contaminación del aire, suelo y alimentos);
- Químico-tecnológicos (por ejemplo: incendios, explosiones, fugas y derrames de materiales peligrosos);

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomenta una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación y que, por lo tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Esta identificación de riesgos se documenta de forma gráfica, descriptiva o de la forma que la organización determine.

Elementos Medibles de FMS.1.1

1. Se identifican los riesgos internos de la organización y, al menos, se incluyen los relacionados con la protección de la organización, materiales, sustancias y residuos peligrosos, seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, equipo biomédico y con los sistemas prioritarios para la operación. 🗐
2. Se identifican los riesgos externos a la organización y, al menos, se incluyen los geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y los socio-organizativos. 🗐
3. Los riesgos internos y externos se priorizan con la metodología definida por la organización.
4. Los riesgos internos y externos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

ESTÁNDAR FMS.1.2
Los datos derivados de la supervisión del sistema se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE FMS.1.2

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del sistema se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar lesiones, accidentes, incidentes o condiciones inseguras para los pacientes, familiares, visitantes y el personal, así como situaciones de peligro relacionadas a los bienes y servicios de la organización.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de procesos relacionados, los resultados y análisis de los simulacros, áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación del personal, reportes y análisis de las causas de los accidentes de trabajo y a los reportes y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.

Elementos Medibles de FMS.1.2
1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados, los resultados y análisis de los simulacros, áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación del personal, reportes y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.
3. Se identifican y analizan datos e información del reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
4. Se implementan procesos como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE GESTIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES

ESTÁNDAR FMS.2

La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones al personal y según corresponda a pacientes, familiares, visitantes, personal de servicios subrogados, proveedores, entre otros.

PROPÓSITO DE FMS.2

Para que una organización desarrolle un sistema efectivo de gestión y seguridad de las instalaciones debe capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico, proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes. Se incluyen también temas relacionados con la gestión y la seguridad de las instalaciones en la educación al paciente y a su familia, cuando corresponda.

Para definir los contenidos de la capacitación se toma en cuenta los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye los resultados del reporte de incidentes y accidentes de trabajo, así como de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con este sistema.

Elementos Medibles de FMS.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.
3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.
4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.
5. Todo el personal está orientado en lo que se refiere a los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
6. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.
7. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
8. La capacitación incluye la identificación y reporte de incidentes y accidentes de trabajo, así como eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas con el sistema.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR FMS.3
Los líderes de la Organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

PROPÓSITO DE FMS.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos adecuados para desarrollar en forma efectiva el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones. La implementación de los procesos que integran el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones necesita de la gestión de los recursos para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización. Estos recursos incluyen inversión en infraestructura, insumos y personal competente entre otros.

Para llevar implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, es importante, que la organización cuente con personal competente, que lleve a cabo la gestión de todos los aspectos relacionados con la seguridad de las Instalaciones tomando como referencia la normatividad aplicable, así como las buenas prácticas relacionadas.

La limitación del personal no es impedimento para una adecuada gestión de recursos, ya que se puede llevar a cabo una adecuada gestión de los estos mediante la estructuración de análisis, presupuestos y el ejercicio de estos destinados a la seguridad de las instalaciones por citar un ejemplo.

El manejo de la información respalda el análisis, interpretación y presentación de resultados, los cuales, además deben incluirse al sistema integral de mejora de la calidad y seguridad de la organización.

Elementos Medibles de FMS.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, acorde al contexto de la Organización.
2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.

PROTECCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR FMS.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se inspeccionan las instalaciones, y se implementan acciones para reducir los riesgos evidentes y proporcionar una instalación física segura para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.

ESTÁNDAR FMS.4.1
La organización implementa procesos que proporcionen un entorno seguro y protegido.

➲ PROPÓSITO DE FMS.4 Y FMS.4.1 ✍

Los líderes de la organización gestionan adecuadamente los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura y con procesos implementados para brindar protección. Una cultura proactiva es fundamental para crear una instalación segura. A fin de planear de manera efectiva el Programa para la Protección de la Organización, se deben de tomar en cuenta todos los riesgos identificados.

El objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros.

Como parte del programa para la Protección de la Organización se implementan procesos que aseguran que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas y que todo el personal, visitantes y proveedores sean identificados, si corresponde. La organización debe establecer la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido, de acuerdo con la normativa vigente.

Para desarrollar el Programa, la organización realiza una inspección integral y completa de las instalaciones de manera periódica, al menos, una vez por año, y/o cada vez que se presente un siniestro, se realice una construcción o una remodelación. Esta inspección integral y completa, es la base para elaborar un plan proactivo para reducir los riesgos, implementar procesos de protección, y ofrecer instalaciones seguras a los pacientes, las familias, el personal y los visitantes; además de llevar a cabo mejoras y presupuestar actualizaciones de la instalación a largo plazo.

Las remodelaciones o construcciones representan un riesgo adicional para los pacientes, familiares, visitantes y personal e incluyen los riesgos relacionados con el control de infecciones, ventilación, basura, desechos, etc. Una evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación permitirá establecer las medidas apropiadas, así como, planear e implementar un proceso de supervisión durante todas las fases de construcción y remodelación.

Como parte del programa, los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación, basándose en la inspección de la instalación y en el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de FMS.4

1. Como base para desarrollar el programa, se inspeccionan al menos, anualmente, de manera integral y completa sus instalaciones y procesos relacionados con seguridad y protección.
2. Si se presenta un siniestro, remodelación o construcción se realiza otra inspección integral y completa.
3. La organización define un proceso proactivo para la evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación. 🗐
4. Si corresponde, se evalúan los riesgos antes de iniciar una construcción o remodelación.
5. Se implementan procesos para reducir y controlar los riesgos relacionados con construcciones y/o remodelaciones.

Elementos Medibles de FMS.4.1

1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización.
2. El programa se fundamenta en la(s) inspección(es) periódica(s).
3. Como parte del Programa se diseñan procesos para prevenir accidentes y lesiones para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
4. Como parte del Programa se diseñan procesos para mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.
5. Como parte del Programa se diseñan procesos para que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.
6. El programa está implementado en toda la organización.
7. Como parte del programa los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación.
8. Como parte del programa se implementan procesos para controlar el acceso y si corresponde, identificar a todo el personal, familiares y visitantes que ingresen y permanezcan en la organización.
9. La organización ha establecido la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido.

MATERIALES, SUSTANCIAS Y RESIDUOS PELIGROSOS

ESTÁNDAR FMS.5
La organización implementa un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

PROPÓSITO DE FMS.5 ✍

La organización identifica y controla en forma segura los materiales, sustancias y residuos peligrosos, los cuales incluyen productos químicos, residuos patológicos y anatómicos, farmacéuticos peligrosos, químicos peligrosos, residuos con un alto contenido de metales pesados, recipientes presurizados, piezas filosas, residuos altamente infecciosos, genotóxicos, citotóxicos, y radioactivos. La organización toma en cuenta la legislación aplicable vigente para diseñar e implementar el Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos.

Se identifican los materiales, sustancias y residuos peligrosos con los que cuenta la organización **y se realiza un listado de los mismos de acuerdo a su nivel de riesgo, en el cual se establece dónde están ubicados**. Además, se utilizan hojas de datos de seguridad que cuentan con información que le permita al personal manejar de manera segura estos materiales o sustancias, en apego a la normatividad aplicable vigente, esta información incluye, entre otros: el nivel de toxicidad, los peligros para la salud, cómo el almacenamiento correcto, la forma de eliminación, el equipo de protección requerido durante el uso, entre otros.

A partir de lo anterior se desarrolla e implementa el Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos, el cual integra, al menos, los siguientes procesos:

a) El etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
b) La manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos.
c) El uso adecuado del equipo de protección personal y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición.
d) Las medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.
e) El control y destino final de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

El programa se encuentra implementado de manera sistemática en todas las áreas donde se almacenan, manipulan, utilizan y desechan materiales, sustancias y residuos peligrosos.

Elementos Medibles de FMS.5

1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan y se generan en la organización. 🗐
2. La organización ha definido un Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos el cual integra al menos, los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito. 🗐
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Se utilizan hojas de datos de seguridad para todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos identificados.
5. Todos los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos se encuentran etiquetados.
6. Se manejan, almacenan, utilizan y se desechan de manera segura los materiales y las sustancias peligrosas.
7. Se lleva un control adecuado y destino final de los residuos peligrosos, de manera segura y conforme a la normatividad vigente.
8. Se implementan medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.

SEGURIDAD CONTRA PELIGROS RELACIONADOS A FUEGO Y HUMO

ESTÁNDAR FMS.6
La organización implementa un programa para asegurar que todos los ocupantes estén a salvo de los riesgos y peligros relacionados a fuego y humo.

ESTÁNDAR FMS.6.1
El programa se prueba, al menos, dos veces por año.

PROPÓSITO DE FMS.6 ✍ Y FMS.6.1
El incendio es un evento que tiene una alta probabilidad de presentarse en un establecimiento de atención médica. Por consiguiente, toda organización necesita planear cómo mantendrá seguros a sus ocupantes en caso de presentarse peligros relacionados con fuego y/o humo y cómo volverá a las actividades diarias posterior a que se presente uno de estos eventos.

La organización define e implementa un Programa contra Peligros relacionados a Fuego y Humo que integra, al menos, los siguientes procesos:

a) La identificación de áreas con mayor riesgo de incendio.
b) La prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables (incluidos gases medicinales comburentes como el oxígeno) y otras fuentes de ignición como lo son los cigarrillos, mecheros, estufas, entre otros.
c) La reducción de riesgos de incendio durante construcciones dentro de la organización o en las inmediaciones de la misma.
d) La implementación de mecanismos de detección temprana de fuego y humo.
e) La implementación de acciones para la contención y extinción de fuego y humo.
f) La definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio.
g) La planeación de la salida segura de la instalación en caso de incendio, con especial énfasis en pacientes vulnerables, si corresponde.

Estas acciones, al combinarse, ofrecen a los pacientes, a las familias, al personal y a los visitantes, el tiempo adecuado para salir con seguridad de la instalación en caso de presentarse un peligro relacionado con fuego y/o humo.

El programa además incluye:

- La inspección, las pruebas y el mantenimiento de los sistemas de protección y seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, conforme a legislación aplicable vigente.
- El proceso para probar todo el programa o parte del mismo, al menos, dos veces por año (simulacros).
- La participación del personal en, al menos, un simulacro de seguridad contra incendios por año.
- La capacitación necesaria del personal para proteger y evacuar en forma efectiva a los pacientes cuando ocurre una emergencia.
- La vinculación con los apoyos externos disponibles en la comunidad para atender la emergencia por fuego y/o humo.

El programa se implementa de manera sistemática en toda la organización, de manera continua e integral, para asegurar que se incluyan todas las áreas de atención al paciente y de trabajo del personal.

Elementos Medibles de FMS.6

1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 🗐
2. El programa está implementado en toda la organización.

Elementos Medibles de FMS.6.1

1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de incendios con la frecuencia definida por la legislación vigente.
2. Se capacita al personal para participar en el programa.
3. Se llevan a cabo, al menos, dos simulacros por año para probar todo el programa o parte del mismo.
4. Anualmente, el personal participa en, al menos, uno de estos simulacros.
5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.
6. La organización gestiona la vinculación con la comunidad para atender emergencias relacionadas con fuego y humo.

EQUIPO BIOMÉDICO

ESTÁNDAR FMS.7 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización implementa un programa para gestionar el equipo biomédico.

ESTÁNDAR FMS.7.1
El programa integra el análisis de datos que genera la gestión del equipo biomédico para planear las necesidades a largo plazo de la organización.

➲★ PROPÓSITO DE FMS.7 ✍ y FMS.7.1

La gestión adecuada del equipo biomédico es esencial para brindar una atención segura a los pacientes, así como condiciones de trabajo seguras para el personal.

La organización implementa un Programa para la Gestión del Equipo Biomédico el cual se basa en la identificación y la realización de un listado del mismo que incluye además de lo propio, el equipo rentado y en comodato, cuando corresponde.
A fin de asegurar que todo el equipo biomédico esté disponible para su uso, y que funcionen debidamente, la organización planifica y desarrolla, al menos, los siguientes procesos como parte del programa:

a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.
b) La selección y adquisición de todo el equipo.
c) La evaluación del uso y categorización del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
d) En el caso de los equipos que requieren ser calibrados, contar con la trazabilidad de las calibraciones. Es decir, se cuenta con la relación documentada entre la exactitud del instrumento calibrador y los patrones de un laboratorio nacional o internacional reconocido como patrón de referencia. (Por ejemplo, la calibración de los Joule en los desfibriladores, entre otros que considere la organización).
e) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
f) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo biomédico.
g) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.
h) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente y a los procesos definidos.

El programa incluye las actividades que emanan del Comité de Tecnovigilancia con relación al apartado de tecnología biomédica, dicho Comité se integra acorde a la legislación aplicable vigente y toma en cuenta el resto de los dispositivos médicos del establecimiento.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado y/o cuenta con equipo biomédico rentado o en comodato, se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Los datos y la información generada a través de la implementación y la supervisión de este programa se analizan con fines de planeación y mejora.

Elementos Medibles de FMS.7

1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo biomédico que se maneja en la organización (propio, rentado y/o en comodato).
2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo biomédico que incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Se tienen implementadas actividades de Tecnovigilancia.
5. El equipo biomédico se inspecciona regularmente.
6. El equipo biomédico se prueba cuando son de reciente adquisición y según sea adecuado a partir de entonces.
7. Se da mantenimiento preventivo al equipo biomédico.
8. Existe personal con las competencias adecuadas para prestar estos servicios.
9. Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente.

Elementos Medibles de FMS.7.1

1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión de todo el equipo biomédico.
2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.

SERVICIOS PRIORITARIOS PARA LA OPERACIÓN

ESTÁNDAR FMS.8
La organización implementa un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación.

PROPÓSITO DE FMS.8

Otro aspecto esencial para brindar tanto una atención segura a los pacientes como condiciones seguras de trabajo para el personal, es la gestión adecuada de los Servicios prioritarios para la operación de cada organización.

Para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, se consideran como servicios prioritarios para la operación los siguientes:

- Servicios públicos (agua, electricidad, gas, entre otros)
- Servicios clave (Ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación y datos, entre otros)

Debido a que, en un establecimiento de atención médica, la atención del paciente, tanto de rutina como urgente, puede llegar a proporcionarse durante las 24 horas, todos los días de la semana, es fundamental en estos casos contar con un suministro/funcionamiento ininterrumpido de los servicios prioritarios y en el resto de los establecimientos controlar y gestionarlos de manera que cuando sean requeridos se cuente con ellos de manera segura.

La organización desarrolla un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación basado en la identificación y el listado de todos los servicios públicos y clave con los que cuenta y a partir de ello implementa, al menos, los siguientes procesos:

a) La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación.
b) La selección y adquisición de estos servicios, cuando corresponda.
c) La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación.
d) La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.

Cuando la organización proporciona estos servicios a través de un servicio subrogado se definen especificaciones de calidad que se supervisan conforme a lo solicitado en el apartado de Gobierno, Liderazgo y Dirección.

Particularmente para las clínicas de hemodiálisis el agua es uno de los insumos básicos para el tratamiento del paciente por lo que la organización busca fuentes alternas de abastecimiento ininterrumpido que garanticen durante los horarios de atención del paciente cubrir con las necesidades de los pacientes en la clínica, estas fuentes pueden ser regulares o alternas.

Elementos Medibles de FMS.8

1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.
2. La organización ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado en toda la organización.
4. Los servicios públicos están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
5. Los servicios clave están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

ESTÁNDAR FMS.8.1

Los servicios prioritarios para la operación se someten periódicamente a inspecciones, mantenimiento y, cuando corresponde, a mejoras.

ESTÁNDAR FMS.8.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se controla periódicamente la calidad del agua.

ESTÁNDAR FMS.8.3
El Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación integra el análisis de datos para planear las necesidades a largo plazo de la organización.

➲ PROPÓSITO DE FMS.8.1, FMS.8.2 Y FMS.8.3

El funcionamiento seguro y continuo de los servicios prioritarios para la operación es fundamental para la seguridad de los pacientes, las familias, el personal y los visitantes, y para cubrir las necesidades de atención de los pacientes. A fin de evitar peligros relacionados con el funcionamiento diario de estos servicios, la organización los inspecciona y prueba de manera regular y realiza el mantenimiento correspondiente.

Es importante enfatizar que los procesos relacionados con el mantenimiento de la calidad del agua, representan un aspecto fundamental para la implementación del Programa de Higiene de Manos (MISP.5) y del Sistema de Prevención y Control de Infecciones. La organización debe tomar en cuenta que la calidad del agua puede cambiar por muchas causas, algunas de las cuales pueden ser ajenas a la organización, por ejemplo: una ruptura de la línea de suministro o la contaminación de la fuente de agua de la ciudad. La calidad del agua es también un factor crítico en los procesos de atención médica, por ejemplo, en hemodiálisis. Por consiguiente, el establecimiento implementa un proceso para controlar la calidad del agua periódicamente,
incluidas las pruebas bacteriológicas y físico-químicas de agua habitualmente empleadas para la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

La inspección, las pruebas y el mantenimiento periódico del funcionamiento diario y continuo de los servicios prioritarios para la operación, son llevadas a cabo por personal con las competencias necesarias y conforme a la legislación aplicable vigente.

El control de los servicios prioritarios para la operación ayuda a la organización a evitar problemas y brinda la información necesaria para tomar decisiones para mejorar estos servicios y para planear la actualización o sustitución de los mismos.

Elementos Medibles de FMS.8.1

1. Los servicios prioritarios para la operación se inspeccionan periódicamente.
2. Los servicios prioritarios para la operación se prueban periódicamente.
3. Se da mantenimiento periódico a los sistemas prioritarios para la operación.
4. Estos procesos se realizan por personal competente.

Elementos Medibles de FMS.8.2

1. La calidad del agua se toma en cuenta para la implementación del Programa de Higiene de Manos y del desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
2. La calidad del agua se controla de manera periódica según la legislación aplicable vigente.
3. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente.

Elementos Medibles de FMS.8.3

1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión del Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación.
2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.

ESTÁNDAR FMS.8.4
La organización ha definido e implementado procesos de emergencia para proveer de manera continua los servicios prioritarios para la operación.

PROPÓSITO DE FMS.8.4

Los establecimientos de atención ambulatoria deben implementar procesos alternativos que aseguren la continuidad del suministro en caso de interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios.

A fin de prepararse para tales emergencias, la organización:

- Identifica el equipo, sistemas y áreas que representan un mayor riesgo para los pacientes y el personal. Por ejemplo, identifica dónde se necesita iluminación, refrigeración, agua limpia para la higiene y esterilización de suministros, entre otros.
- Evalúa y minimiza los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.
- Planifica fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación para cada una de estas áreas y necesidades.
- Prueba la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes de emergencia con la periodicidad definida por la organización.
- Documenta y analiza los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica, con la finalidad de verificar que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.

Elementos Medibles de FMS.8.4

1. La organización identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay alguna interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación.
2. Se evalúan y minimizan los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.
3. Se implementan procesos para prevenir los riesgos relacionados con dichos eventos.
4. Se planean fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación, para cada una de estas áreas y necesidades.
5. Se prueba de manera periódica la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes.
6. Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica.
7. Se asegura que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.
8. Se documentan y analizan los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.

GESTIÓN DE EMERGENCIAS EXTERNAS

ESTÁNDAR FMS.9
La organización desarrolla e implementa un programa para la gestión de emergencias dentro de la comunidad.

ESTÁNDAR FMS.9.1
Se somete a prueba la capacidad de respuesta de la organización ante emergencias, epidemias y desastres.

PROPÓSITO DE FMS.9 ✍ Y FMS.9.1

Las emergencias, las epidemias y los desastres de la comunidad pueden involucrar directa o indirectamente a los establecimientos de atención médica; por ejemplo, el caso de daños en áreas de atención a pacientes como resultado de un terremoto o ser producto de otras variables que den como resultado una epidemia o brote que impida que el personal se presente a trabajar.

A fin de responder en forma efectiva, el establecimiento desarrolla un Programa para el Manejo de las Emergencias Externas que se basa en la identificación de riesgos externos acorde al contexto de la organización (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico-tecnológicos), los cuales son analizados por un equipo multidisciplinario con el fin de implementar procesos que ayuden a establecer una respuesta planificada para cada uno de los riesgos que puedan generar una situación de emergencia.

El programa integra, al menos, los siguientes procesos:

a) La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos.
b) La determinación del rol del establecimiento antes, durante y después de tales eventos.
c) Las estrategias de comunicación para casos de emergencias.
d) La gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas.
e) La planeación de acciones para continuar brindando la atención durante las emergencias.
f) La identificación de lugares de atención alternativos.
g) La identificación y asignación de roles y responsabilidades del personal durante un evento.
h) La capacitación del personal para participar en el programa.
i) La coordinación de acciones con el Comité Estatal de Protección Civil.

El programa se prueba, al menos, una vez en un periodo de doce meses. Los simulacros son adecuados para los eventos probables. Los resultados de la prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde. Si la organización sufre una emergencia real, activa su programa y posteriormente analiza su capacidad de respuesta, esta situación representa el equivalente a una prueba anual.

Elementos Medibles de FMS.9

1. La organización desarrolla el Programa para Manejo de Emergencias Externas con base en una identificación de riesgos (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico- tecnológicos). 🗐
2. La organización ha definido el Programa a través de la integración de, al menos, los incisos de la a) a la i) definidos en el propósito. 🗐
3. El programa está implementado en toda la organización.

Elementos Medibles de FMS.9.1

1. El programa se somete a prueba anualmente.
2. Los resultados de la(s) prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde.
3. El personal participa, al menos, una vez al año en una prueba de preparación para emergencias externas.

COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Staff Qualifications and Education

SQE

PERSONAL

COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL
SQE – PERSONAL
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	INTEGRACIÓN CON EL MODELO		
SQE.1	La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		✍
SQE.1.1	El desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos		
SQE.1.2	Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad		
	CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL		
SQE.2	La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
	RECURSOS DEL SISTEMA		
SQE.3	Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal		
	DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y PRIVILEGIOS		
SQE.4	La organización ha definido las funciones de todo el personal que depende de la organización		
SQE.5	Se implementa un proceso de otorgamiento de privilegios	➲	✍
	RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN		
SQE.6	Se implementan procesos de reclutamiento y selección de personal		
	ASIGNACIÓN Y REASIGNACIÓN DEL PERSONAL		
SQE.7	Se ha definido un plan para la asignación del personal clínico y no clínico de todo el personal, así como para la reasignación del personal clínico.		✍
	ORIENTACIÓN		
SQE.8	Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área o servicio o unidad a la que es asignado		
	EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO		
SQE.9	A todo el personal clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente		✍
SQE.9.1	A todo el personal no clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente		✍
	CAPACITACIÓN CONTINUA		
SQE.10	Todo el personal recibe capacitación para mantener o mejorar sus competencias		✍
SQE.11	Se cuenta con personal capacitado para brindar Soporte Vital Avanzado	➲	✍

	RECONOCIMIENTO DEL PERSONAL		
SQE.12	La organización ha implementado un Programa de Reconocimiento para el Personal	➲	✍
	SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL		
SQE.13	La organización ha implementado un Programa de Salud y Seguridad para el Personal.	➲	✍
SQE.13.1	La organización ha implementado un Programa que aborda la salud física y mental del personal		✍
	PERSONAL CLÍNICO		
SQE.14	La organización ha implementado un proceso para verificar la fuente original del personal clínico	➲	✍
SQE.15	Un programa académico guía la participación del personal clínico en formación dentro de la organización		
	DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL		
SQE.16	Se mantiene y se documenta la información del personal clínico y no clínico		

INTEGRACIÓN CON EL MODELO

ESTÁNDAR SQE.1
La organización integra un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.1

La organización planifica y desarrolla un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, que abarca a toda la organización y tanto al personal clínico (médicos, enfermería, nutriólogos, técnicos radiólogos, entre otros) como no clínico (ingenieros, personal de intendencia, personal de mantenimiento, entre otros).

Los líderes definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para otorgar los servicios y para cubrir las necesidades del paciente.
Los líderes toman en cuenta los siguientes factores para proyectar las necesidades de personal:

- La filosofía de la organización (misión, visión y valores).
- El tipo de pacientes a quienes se brinda atención, así como la complejidad y gravedad de sus necesidades.
- Los servicios que ofrece.
- Las barreras de seguridad implementadas en sus procesos.
- La tecnología usada en la atención al paciente.
- La estructura indispensable del establecimiento.

El Sistema de Competencias y Capacitación del Personal integra al menos, los siguientes procesos:

- Definición de funciones o privilegios.
- Reclutamiento del personal.
- Selección del personal.
- Asignación/Reasignación.
- Orientación.
- Evaluación del desempeño.
- Capacitación continua.
- Reconocimiento del Personal
- Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal

El objetivo del desarrollo e implementación de un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal es alinear los procesos de atención y gestión que se implementan en la organización con la capacitación, la evaluación del desempeño y la retroalimentación al personal para la mejora del sistema, ya que los establecimientos de atención médica son organizaciones en donde los recursos humanos son esenciales, por lo que la implementación de procesos seguros requiere de personal clínico y no clínico que cuente con las competencias necesarias y esté consciente de que las barreras de seguridad deben realizarse siempre de manera oportuna y correcta. Las organizaciones de salud ofrecen servicios a personas (pacientes) que son brindados por personas (profesionales de salud clínicos y no clínicos); por lo tanto, la mejora en el desempeño del personal redundará en mejorar el desempeño de la organización.

La integración de este sistema incluye lo siguiente:

a) La planeación de al menos todos los procesos antes mencionados con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados.
b) La implementación de procesos y barreras de seguridad.
c) La capacitación del personal para llevar a cabo y coordinar los procesos.
d) La supervisión integral de todo el sistema.
e) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos, derivados de la implementación.
f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.

La supervisión del sistema se lleva a cabo con enfoque multidisciplinario por una persona o un grupo de personas con las competencias necesarias.

La implementación y supervisión de este sistema no sólo es responsabilidad del Departamento de Recursos Humanos sino de toda la organización. La supervisión del sistema involucra a toda la organización y los procesos relacionados.

Elementos Medibles de SQE.1

1. La misión de la organización, el tipo de pacientes a quienes se brinda atención, los servicios que ofrece, las barreras de seguridad implementadas en sus procesos, la tecnología y la estructura indispensable del establecimiento se toman en cuenta para la planeación del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Se definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para el personal.
3. Todas las áreas y todo el personal, tanto clínico como no clínico, de la organización están integradas en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
4. Se ha desarrollado un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integra, al menos, los siguientes procesos:
   4.1. Definición de funciones y privilegios.
   4.2. Reclutamiento del personal.
   4.3. Selección del personal.
   4.4. Asignación/Reasignación.
   4.5. Orientación.
   4.6. Capacitación continua.
   4.7. Reconocimiento al personal.
   4.8. Evaluación del desempeño.
   4.9. Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.
5. La integración del sistema incluye al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
6. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.
7. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.
8. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se documenta en un plan.

ESTÁNDAR SQE.1.1
El desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos. (Enfoque Proactivo)

PROPÓSITO DE SQE.1.1

Se realiza una identificación de los riesgos asociados a cada uno de los procesos que conforman este sistema el cual se conjunta con la identificación de los riesgos del personal por perfil del puesto y área de asignación. Esta identificación de riesgos se lleva a cabo de manera multidisciplinaria, al menos, una vez al año y se documenta. Posteriormente los riesgos se priorizan acorde a la metodología definida por la organización para su posterior análisis y gestión de los mismos con el objetivo de que se implementen mejoras y rediseñan los procesos para hacerlos más seguros.

La identificación, priorización, análisis y gestión de los riesgos fomentan una cultura organizacional proactiva, que identifica y evalúa oportunidades que promueve la mejora continua de la operación y que, por tanto, optimiza el desempeño de la organización.

Elementos Medibles de SQE.1.1

1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del personal.
2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para la planeación y el desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

ESTÁNDAR SQE.1.2
Los datos derivados de la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se analizan con el propósito de identificar y gestionar áreas de oportunidad. (Enfoque reactivo)

PROPÓSITO DE SQE.1.2

Como resultado de la implementación y la supervisión multidisciplinaria del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se identifican datos e información, los cuales deben analizarse con el objetivo de mejorar o rediseñar los procesos existentes e implementar procesos que reduzcan la probabilidad de que se vuelvan a presentar problemas.

Además, la organización recolecta datos relacionados con este sistema a partir de la monitorización de los procesos implementados, las condiciones inseguras, los accidentes de trabajo y la notificación y análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas.

Elementos Medibles de SQE.1.2

1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de cada uno de los procesos que conforman el sistema.
3. Se identifican y analizan datos e información derivados de la identificación y notificación de condiciones inseguras y accidentes de trabajo.
4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los eventos adversos, centinelas y cuasifallas relacionados.
5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

CAPACITACIÓN ACERCA DEL SISTEMA DE COMPETENCIAS Y CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.2
La organización imparte capacitación sobre los procesos relacionados con el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.2

Para que una organización desarrolle un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y los procesos se lleven a cabo de manera estandarizada y sistemática, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación cuando corresponda al personal de servicios subrogados relacionados con este sistema.

La capacitación considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye la identificación (definiciones operativas) y notificación de condiciones inseguras, accidentes de trabajo, así como de eventos adversos, centinelas y cuasifallas relacionados.

Elementos Medibles de SQE.2

1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema Competencias y Capacitación del Personal.
2. Si corresponde, se capacita al personal de los servicios subrogados relacionados.
3. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.
4. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
5. La capacitación incluye la identificación y notificación de condiciones inseguras, accidentes de trabajo, así como de eventos adversos, centinelas y cuasifallas relacionados.

RECURSOS DEL SISTEMA

ESTÁNDAR SQE.3
Los líderes de la organización proporcionan recursos adecuados para respaldar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

PROPÓSITO DE SQE.3

Los líderes de la organización aseguran que se cuente con los recursos necesarios para planear y desarrollar en forma efectiva el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
Es sumamente importante contar con el personal adecuado para cumplir con los objetivos y las necesidades de la organización y de los recursos para la capacitación del mismo, por ejemplo, se encuentran a disposición el espacio físico, equipos y tiempo requeridos para los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño. Estos procesos se pueden ofrecer una vez para todo el personal o repetirse según las competencias, las funciones o el turno para minimizar el impacto en la atención del paciente y en los procesos de gestión.

Elementos Medibles de SQE.3

1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para cubrir las necesidades relacionadas con el personal en toda la organización.
3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para llevar a cabo los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño del personal.
4. La organización pone a disposición instalaciones y equipo necesarios para llevar a cabo estos procesos.
5. La organización proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga la oportunidad de participar en estos procesos.

DEFINICIÓN DE FUNCIONES Y PRIVILEGIOS

ESTÁNDAR SQE.4
La organización ha definido las funciones de todo el personal que depende de la organización.

PROPÓSITO DE SQE.4

La definición de las funciones y responsabilidades es la base para todos los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal. Estas funciones se revisan y se actualizan de manera periódica o cuando se integran o rediseñan servicios, actividades o procesos.

Cada trabajador (clínico y no clínico) cuenta con una definición de funciones acorde a las actividades que realiza en la operación, esto es muy importante en el personal clínico en el cual esta definición debe enlistar y/o describir las actividades de atención clínica que les han sido asignadas o autorizadas.

También se han definido funciones para casos especiales, por ejemplo, en las siguientes situaciones:

- La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.
- La persona presta servicios temporalmente en la organización.
- La persona está en un programa educativo y bajo supervisión (personal en formación, clínico y no clínico, por ejemplo, médicos internos, residentes, enfermeras pasantes, ingenieros biomédicos en formación).
- La persona presta servicios como voluntario.
- La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.

Cuando una organización usa definiciones de puesto genéricas, por ejemplo, para una “enfermera”, es necesario definir y enlistar y/o describir las responsabilidades y funciones específicas acorde al área de asignación; por ejemplo, “enfermera de quimioterapia”, “enfermera de quirófano”, “médico familiar”, “médico general”, entre otros.

Elementos Medibles de SQE.4

1. Todo el personal clínico cuenta con una definición de funciones.
2. Todo el personal no clínico cuenta con una definición de funciones.
3. Se han definido funciones para casos especiales, por ejemplo, en las siguientes situaciones:
    - 3.1 La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.
    - 3.2 La persona presta servicios temporalmente en la organización.
    - 3.3 La persona está en un programa educativo y bajo supervisión.
    - 3.4 La persona presta servicios como voluntario.
    - 3.5 La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.
    - 3.6 Las funciones están actualizadas.
4. Las funciones se revisan y se actualizan cuando se integran o rediseñan servicios, actividades o procesos.

ESTÁNDAR SQE.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se implementa un proceso de otorgamiento de privilegios.

➲ PROPÓSITO DE SQE.5 ✍

En ocasiones el personal clínico no depende directamente de la organización y por lo tanto no se le han definido funciones específicas; por ejemplo, médicos externos que ingresan pacientes y les brindan atención, enfermeras instrumentistas que laboran con un determinado equipo quirúrgico o nutriólogos que brindan atención a pacientes como parte de un equipo de cirugía bariátrica, entre otros.

La decisión sobre qué servicios clínicos tendrá este personal clínico autorizado prestar dentro de la organización, se denomina “otorgamiento de privilegios”.

El otorgamiento de privilegios incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) La identificación del personal que ejerce de manera independiente en la organización.
b) La definición de cada uno de los servicios que puede otorgar el personal acorde al contexto de la organización.
c) La solicitud del profesional de cada uno de los servicios que pretende brindar dentro de la organización.
d) La verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones y/o adiestramientos.
e) El análisis de al menos, las competencias, habilitaciones, certificaciones, y adiestramientos verificados. (Otros aspectos que pueden incluirse, son por ejemplo, el análisis de su trayectoria y experiencia).
f) La autorización de cada una de las actividades y servicios que el profesional puede llevar a cabo dentro de la organización (privilegios).
g) La comunicación al profesional de los privilegios que le fueron autorizados y que serán evaluados por la organización.

La ratificación o limitación del otorgamiento de privilegios, se actualiza al menos cada tres años o antes cuando así lo sugieren los resultados de la evaluación del desempeño; también cuando la organización ofrece nuevos servicios o cuando el personal adquiere nuevas competencias o destrezas. Así mismo se puede llevar a cabo con mayor frecuencia si así lo define la organización.

Elementos Medibles de SQE.5

1. La organización identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente en la organización.
2. Se ha definido un proceso para el otorgamiento de privilegios para este personal, el cual incluye al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 🗐
3. El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se lleva a cabo con cada profesional.
4. Los profesionales que ejercen de manera independiente en la organización sólo llevan a cabo los servicios que les fueron autorizados.
5. El otorgamiento de privilegios se actualiza, al menos, cada tres años o antes, si corresponde.

RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN

ESTÁNDAR SQE.6
Se implementan procesos de reclutamiento y selección de personal.

PROPÓSITO DE SQE.6

Los líderes del establecimiento definen procesos para reclutar y seleccionar al personal clínico y no clínico que labora en la organización fundamentados en el análisis de la información, las recomendaciones de los responsables de las áreas y la legislación aplicable vigente.

La selección del personal se realiza con base en una evaluación inicial de competencias que le permitirá a la organización tener un precedente acerca del desarrollo continuo de cada trabajador. Esta evaluación de competencias se realiza en el momento en que comienzan sus responsabilidades laborales. El área o servicio a la cual se asigna la persona lleva a cabo esta evaluación.

Estos procesos se definen acorde al contexto y necesidades de cada organización, con sus respectivas diferencias acorde al área o servicio del establecimiento o al tipo de personal; por ejemplo, el proceso de reclutamiento del personal no clínico puede ser diferente al de los médicos, o puede haber un proceso de reclutamiento estandarizado para todo el personal y haber diferencias en la selección de clínicos y no clínicos, entre otros.

El Sistema de Competencias y Capacitación del Personal desarrolla y supervisa todos los diferentes procesos con un enfoque de sistema.

Estos procesos están implementados de manera sistemática y estandarizada en toda la organización.

Elementos Medibles de SQE.6

1. Se ha definido un proceso para reclutar personal.
2. Se ha definido un proceso para seleccionar personal con base en una evaluación inicial de competencias.
3. Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso.
4. El área o servicio a la cual se asigna la persona realiza la evaluación inicial de competencias.
5. Los procesos están implementados en toda la organización.
6. Se supervisan ambos procesos con un enfoque de sistema.

ASIGNACIÓN Y REASIGNACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.7
Se ha definido un plan para la asignación del personal clínico y no clínico de todo el personal, así como para la reasignación del personal clínico.

PROPÓSITO DE SQE.7

El contar con la cantidad apropiada y adecuada de personal es crítico para el correcto funcionamiento de un establecimiento de atención médica. Los líderes de la organización definen una metodología y un plan para la asignación del personal tanto clínico como no clínico, que toma en cuenta las competencias, cantidad y tipos de personal que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización. En el caso del personal clínico es necesario planear de manera proactiva la asignación y reasignación del personal acorde a sus competencias y tomando en cuenta el número de pacientes, sus necesidades y la gravedad de los mismos.

El plan de asignación se define de manera multidisciplinaria y describe cómo se llevarán a cabo los siguientes procesos:

- La asignación del personal clínico y no clínico.
- El plan de reasignación del personal clínico de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal.
- La consideración de las solicitudes del personal clínico para la reasignación según los valores o creencias.
- El traspaso de funciones entre profesionales clínicos, por ejemplo, cuando eventualmente no se cuenta con una enfermera instrumentista y a un médico o un residente se le asigna esta función.

La asignación de personal se controla permanentemente, y el plan se actualiza según sea necesario. Cuando se realizan cambios en la asignación o metodologías de un área o servicio específico, existe un proceso de colaboración para que se actualice el plan general.

Elementos Medibles de SQE.7

1. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de asignación del personal que incluye a todo el personal de la organización **(clínico y no clínico**) que describe al menos:
   1.1. Las competencias, cantidad y tipos de personal clínico y no clínico que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.
2. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de reasignación del **personal clínico** que describe, al menos:
   2.1. Cómo se llevará a cabo la reasignación del personal clínico de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal.
   2.2. La consideración de las solicitudes del personal clínico para la reasignación según los valores o creencias.
   2.3. Cómo se llevará a cabo el traspaso de funciones en los profesionales clínicos.
3. El plan está implementado en toda la organización.
4. La efectividad del plan de asignación se controla permanentemente.
5. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.

ORIENTACIÓN

ESTÁNDAR SQE.8
Todo el personal clínico y no clínico recibe orientación sobre el funcionamiento del área o servicio o unidad a la que es asignado.

PROPÓSITO DE SQE.8

Para un desempeño correcto, el personal de recién ingreso debe comprender el funcionamiento general de la organización, cómo contribuirán sus responsabilidades clínicas o no clínicas específicas al cumplimiento de la misión del establecimiento y específicamente el funcionamiento del área o servicio a donde es asignado. Esto se logra mediante una orientación general y específica con respecto a las funciones y responsabilidades laborales de su cargo.

Los trabajadores de los servicios subrogados y los voluntarios que realizan funciones dentro de la organización también reciben orientación.

La orientación incluye las barreras de seguridad que realizará en su área o servicio asignado, las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos (QPS), las medidas de prevención y control de infecciones (PCI), el uso de equipo de protección personal, la comunicación de peligros y riesgos (FMS), entre otros.

Se orienta también al personal cuando es reasignado a un área o servicio en donde nunca ha laborado.

Elementos Medibles de SQE.8

1. Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general de la organización.
2. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.
3. Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro de la organización reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.
4. Los voluntarios reciben orientación con respecto a las funciones y responsabilidades asignadas.
5. Se orienta al personal cuando es reasignado a un área o servicio donde nunca ha laborado.
6. La orientación incluye:
   6.1. Las barreras de seguridad que realizará en el área o servicio asignado.
   6.2. Las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos, centinelas y cuasifallas (QPS).
   6.3. Las medidas de prevención y control de infecciones (PCI).
   6.4. El uso de equipo de protección personal.
   6.5. La comunicación de peligros y riesgos (FMS).

EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO

ESTÁNDAR SQE.9
A todo el personal clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente.

ESTÁNDAR SQE.9.1
A todo el personal no clínico se le realiza una evaluación del desempeño, al menos, anualmente.

PROPÓSITO DE SQE.9 Y SQE.9.1 ✍

La evaluación del desempeño del personal es fundamental para que los procesos se realicen de manera correcta, tal como los ha definido la organización y también para que éstos se mantengan en el tiempo y se realicen de manera estandarizada y sistemática; La evaluación del desempeño del personal es, además, una fuente importante de datos e información para implementar mejoras.

La organización define el proceso y la frecuencia de la evaluación permanente de las competencias del personal. La evaluación permanente asegura que la capacitación se realice cuando se necesite y que el personal pueda asumir responsabilidades nuevas o diferentes. Si bien, la evaluación es permanente, existe al menos, una evaluación anual documentada de cada miembro del personal acorde a las funciones que realiza.

Esta evaluación del desempeño incluye al menos, la evaluación de los procesos y actividades que se le han asignado al personal. Por ejemplo, la evaluación del desempeño de enfermería podría evaluar la manera en que prepara y administra los medicamentos, no si se memorizó las metas internacionales de seguridad del paciente o si llega puntual a su servicio.

Para la organización puede ser un aspecto importante evaluar las actitudes, la puntualidad o hacer exámenes escritos de conocimiento o memorización; sin embargo, lo fundamental para el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal es la evaluación de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria, por lo que la evaluación del desempeño debe considerar estas actividades. El propósito es identificar las áreas de oportunidad del personal y establecer estrategias para desarrollar sus competencias y ofrecer una atención segura a sus pacientes.

Elementos Medibles de SQE.9

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico. 🗐
2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
3. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

Elementos Medibles de SQE.9.1

1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal no clínico. 🗐
2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.
3. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.

CAPACITACIÓN CONTINUA

ESTÁNDAR SQE.10
Todo el personal recibe capacitación para mantener o mejorar sus competencias.

PROPÓSITO DE SQE.10 ✍

La organización recolecta datos de varias fuentes de información para identificar las necesidades de educación permanente del personal al menos, se consideran los datos y la información relacionados con:

a) La monitorización de los procesos.
b) La supervisión de los sistemas críticos.
c) Las evaluaciones del desempeño.
d) La notificación y análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas.
e) Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.

Además, la capacitación en programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia, así como de nuevas tecnologías, nuevos procesos clínicos, los planes futuros para ofrecer nuevos servicios, entre otros, también representan dichas fuentes de datos.

La organización reúne e integra estos datos para elaborar un programa de capacitación del personal y determina cuáles miembros de la organización deben recibir capacitación continua para mantener sus competencias. El programa se supervisa y se controla.

Elementos Medibles de SQE.10

1. Se cuenta con un Programa de Capacitación del Personal. 🗐
2. El programa está basado en los datos relacionados con al menos, los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito.
3. El programa está implementado.
4. El programa se supervisa y se controla.

ESTÁNDAR SQE.11
Se cuenta con personal capacitado para brindar Soporte Vital Avanzado.

➲PROPÓSITO DE SQE.11 ✍

En un establecimiento de atención médica es sumamente importante contar con personal clínico con validación de las competencias para brindar Soporte Vital Avanzado, esta competencia es indispensable para personal que labora al menos en las siguientes áreas:

- Los servicios de urgencias o atención medica continua (adultos, pediátricos)
- Hemodiálisis
- Cuneros (neonatal)
- Aquellos que la organización así considere.

En estas áreas se deberá contar permanentemente con al menos una persona por turno con esta competencia vigente en Soporte Vital Avanzado, tomando en cuenta el grupo de pacientes al que se brinda atención, ya sea adultos, pediátricos, neonatales o pacientes obstétricas.

La organización realiza un análisis multidisciplinario para definir si en otras áreas es necesario contar con personal con competencia vigente en Soporte Vital Avanzado.

Para lograr este fin, cada organización elabora un programa estructurado de capacitación en Soporte Vital Avanzado, que incluye, al menos, lo siguiente:

a) La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas.
b) La integración de equipos de reanimación, de acuerdo a las necesidades identificadas.
c) La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada.
d) La capacitación es estandarizada acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido, que incluya al menos los siguientes temas:
    - Adultos: manejo del paro respiratorio, conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico y uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático), identificación de ritmos y tratamientos al menos de la Fibrilación Ventricular (FV), Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP), Bradicardia, Asistolia Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP), Taquiarritmias estables e inestables, Síndrome coronario agudo y Evento Vascular Cerebral.
    - Pediátricos, además de los anteriores, considerar emergencias respiratorias y estado de choque
    - Obstétricas: Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica.
e) La evaluación teórica y práctica que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado entendiendo esta última como el conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea.
f) La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo, simulacros, al menos una vez al año.
g) La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño.
h) La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta competencia.

Debido a que el manejo de este tipo de pacientes es crítico para la vida y su atención es compleja las competencias deben mantenerse vigentes y actualizadas, por lo que dicho curso deberá establecer un período para la evaluación y vigencia de la certificación, lo recomendable es que se actualice al menos cada 2 años, así como mantener las competencias a través de simulacros o capacitaciones constantes al menos 1 vez al año.

El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el Responsable Sanitario. Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado por la máxima autoridad del mismo.

Elementos Medibles de SQE.11

1. La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas, en las cuales se incluyen al menos los servicios de urgencias o atención médica continua, Hemodiálisis, Cuneros.
2. Se cuenta con un programa de Soporte Vital Avanzado, que incluye al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.
3. El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el Responsable Sanitario. Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado de ser posible por la máxima autoridad del mismo.

RECONOCIMIENTO DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.12 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha implementado un Programa de Reconocimiento para el Personal.

➲★ PROPÓSITO DE SQE.12

El reconocimiento del personal es sumamente importante ya que impacta en el compromiso e involucramiento para la mejora de la seguridad del paciente. Un programa de reconocimiento incluye todas aquellas estrategias dirigidas al personal para agradecer y demostrar el valor que tienen sus acciones y la contribución que hacen para la calidad y seguridad en la atención de los pacientes.

El reconocimiento al personal no siempre se relaciona con aspectos económicos, el establecimiento puede desarrollar estrategias que refuercen la motivación, participación y compromiso con la Cultura de seguridad del paciente, por ejemplo, el reconocimiento público de su trabajo en publicaciones específicas, carteles o sitios de información del hospital.

Elementos Medibles de SQE.12

1. La Organización ha definido un Programa de reconocimiento que incluye a todo el personal.
2. Como parte del programa se diseñan procesos para reconocer al personal.
3. El programa está implementado.

SALUD Y SEGURIDAD DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.13 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha implementado un Programa de Salud y Seguridad para el Personal.

➲ PROPÓSITO DE SQE.13

La seguridad del personal es importante para mantener su satisfacción y productividad, además es un aspecto importante para poder brindar atención con calidad y seguridad.

El Programa de salud y Seguridad para el Personal incluye lo siguiente:

a) La identificación de riesgos por perfil de puesto, funciones asignadas y área donde labora, con el propósito de establecer medidas que disminuyan la posibilidad de que el personal presente lesiones asociadas con sus actividades.
b) Dotación del equipo de protección personal acorde a los riesgos identificados.
c) La Capacitación en el uso correcto del equipo de protección personal.
d) La Capacitación en actos seguros.
e) El Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo como las producidas por pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, exposición a radiaciones ionizantes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y seguridad.
f) La investigación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo.

El diseño del programa incluye aportes del personal y se basa en los recursos clínicos de la organización, así como en los de la comunidad.

El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

Elementos Medibles de SQE.13

1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, los puntos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. El programa está implementado en toda la organización.
3. El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.

SQE.13.1 La organización ha implementado un Programa que aborda la salud física y mental del personal. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PERSONAL CLÍNICO

ESTÁNDAR SQE.14 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha implementado un proceso para verificar la fuente original del personal clínico.

➲ PROPÓSITO DE SQE.14

La primera barrera de seguridad que la organización puede ofrecer a todos sus pacientes es verificar la información acerca de las competencias del personal clínico (verificación de la fuente original). La verificación de la fuente original asegura que los títulos, certificaciones y capacitaciones son reales.

Para verificar esta información, la organización debe realizar al menos la consulta electrónica de la cédula profesional, en la página web de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.

Para los profesionales clínicos que no cuenten con esta cédula, por ejemplo, cuando está en trámite o se cuenta con una capacitación o competencia que no emite una cédula profesional (pos-técnicos de enfermería, adiestramientos de médicos en un procedimiento específico); la organización define un proceso para realizar la verificación de la fuente original con la institución que avala la competencia.

Este proceso también se realiza al personal clínico que adquiere nuevas competencias y al cual se le otorguen nuevas funciones o privilegios.

Elementos Medibles de SQE.14

1. Se realiza la verificación de fuente original de todo el personal clínico que cuenta con cédula profesional a través de la página de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.
2. Se ha definido un proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional.
3. El proceso está implementado y se realiza a todo el personal clínico que no cuenta con cédula profesional.
4. Se realiza la verificación de la fuente original cuando el personal adquiere nuevas competencias y se le asignan nuevas funciones o privilegios.

ESTÁNDAR SQE.15
Un programa académico guía la participación del personal clínico en formación dentro de la organización.

PROPÓSITO DE SQE.15

A menudo, los establecimientos de atención médica son los campos clínicos para la formación de médicos, enfermeras, y otros profesionales de la salud, por ejemplo, nutriólogos o psicólogos en formación. Cuando se participa en dichos programas de formación, la organización toma en cuenta la legislación aplicable vigente y lleva a cabo al menos, los siguientes procesos como parte del programa académico:

- El registro completo de todos los participantes.
- La aceptación de los parámetros del programa académico.
- La implementación de mecanismos para supervisar el programa.
- La documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes.
- La integración a los participantes en los programas de orientación, capacitación y evaluación de la organización.

Elementos Medibles de SQE.15

1. La organización cuenta con un registro completo de todo el personal en formación.
2. La organización implementa mecanismos para supervisar el programa académico.
3. La organización cuenta con documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes.
4. La organización integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente, prevención y control de infecciones, así como de programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia y demás programas del establecimiento.

DOCUMENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PERSONAL

ESTÁNDAR SQE.16
Se mantiene y se documenta la información del personal clínico y no clínico.

PROPÓSITO DE SQE.16

Para cada trabajador se cuenta con un expediente o con otro medio en el cual se documenta la información sobre sus competencias, funciones, verificación de la fuente original, capacitación y los resultados de las evaluaciones (inicial de competencias y del desempeño). La información se encuentra estandarizada y se mantiene actualizada de acuerdo al proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de SQE.16

1. Se mantiene la información del personal.
2. Se documentan las competencias del personal.
3. Se documenta la verificación de la fuente original.
4. Se documenta la descripción del puesto (definición de funciones) o los privilegios.
5. Se documentan los resultados de la evaluación inicial de competencias.
6. Se documentan al menos, una evaluación del desempeño por año acorde a sus funciones y/o privilegios.
7. Se documenta la capacitación que se le ha brindado al personal.
8. La información se encuentra actualizada y organizada de manera estructurada y estandarizada.

APARTADO.3
ESTÁNDARES

SISTEMA ORGANIZACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

MEJORA DE LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Quality Improvement and Patient Safety

QPS

CALIDAD

MEJORA DE LA CALIDAD Y SEGURIDAD AL PACIENTE
QPS – CALIDAD
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición	Nuevo	Nivel
	EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE				
QPS.1	La organización desarrolla un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente		✍		
QPS.2	El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria	➲	✍		
	EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS				
QPS.3	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una Evaluación Integral de Riesgos y Problemas.		✍		
	SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE				
QPS.4	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas				
QPS.4.1	Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas		✍		
QPS.4.2	Se notifican y analizan los eventos adversos		✍		
QPS.4.3	Se notifican y analizan las cuasifallas		✍		
	ESTÁNDARIZACIÓN DE PROCESOS				
QPS.5	Se estandarizan procesos con alta variabilidad				
	EVIDENCIA DE MEJORA DE LA CALIDAD				
QPS.6	La organización gestiona la Mejora de la calidad y la seguridad, a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.				
	REDISEÑO DE PROCESOS				
QPS.7	El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva				
	ANÁLISIS DE LOS DATOS				
QPS.8	El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupa y analiza sistemáticamente los datos				
QPS.8.1	La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio				
QPS.8.2	El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con Estándares científicos y mejores prácticas				
QPS.8.3	Los datos se analizan para detectar tendencias no deseables y variaciones evidentes de estos.				

	MEJORA
QPS.9	Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad
QPS.9.1	Las mejoras obtenidas se difunden al personal
QPS.9.2	La organización realiza evaluaciones internas como mecanismo para la gestión de la mejora de la calidad y seguridad
	CAPACITACIÓN
QPS.10	El personal está capacitado para participar en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente

EL PLAN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.1
La organización desarrolla un Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROPÓSITO DE QPS.1

Los líderes trabajan para impulsar una cultura de calidad y seguridad del paciente que impacte sobre todos los procesos del Establecimiento de Atención Ambulatoria. Esto requiere de liderazgo directivo, así como la participación y compromiso de todos los que conforman la Organización, a través de un enfoque multidisciplinario y de sistema.

El plan de calidad y seguridad del paciente es la base para la planificación e integra las prioridades de la Organización relacionadas con la calidad y seguridad. Los líderes analizan toda la información generada a través de la implementación de los procesos clínicos y de gestión de la Organización con el objetivo de evidenciar y controlar la mejora que de estos derive.

El plan de Calidad y Seguridad del Paciente del establecimiento tiene un alcance a toda la organización, todas las áreas y servicios, todas las disciplinas y procesos y se vincula con todos los apartados del Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

La base de las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente están relacionadas con el enfoque proactivo y el enfoque reactivo; el enfoque proactivo se fundamenta en el Proceso de Gestión de riesgos, que incluye la identificación, priorización, análisis y toma de decisiones, con el propósito de disminuir la posibilidad de que los riesgos identificados se concreten en daño al paciente, es decir se refieren a una situación que podría suceder y que puede ser prevenida con oportunidad mediante una intervención determinada. Con relación al enfoque reactivo las organizaciones necesitan analizar la información generada del Sistema de Notificación de Eventos Adversos, Eventos Centinela y Cuasifallas, con el propósito de aprender de ellos y disminuir la posibilidad de que se repitan, además esta información alimenta al proceso de Gestión de Riesgos, al tomar en cuenta aquellas situaciones que ocurrieron en la organización y que tienen la potencialidad de volver a ocurrir.

A partir de la evaluación de los riesgos y de los problemas de toda la organización, se planifican e implementan mejoras que son el resultado del análisis de la información y del uso de herramientas de calidad, es decir, el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente integra la información que permitirá desarrollar actividades específicas tendientes a mejorar la calidad y seguridad en el establecimiento, por lo tanto, no es únicamente un documento.

El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se actualiza anualmente y está integrado por, al menos, los siguientes cinco elementos:

1. La evaluación integral de riesgos y problemas de toda la Organización
2. El sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
3. La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica, como estrategia para la estandarización de procesos.
4. Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de indicadores o algún otro mecanismo que demuestre avance.
5. El rediseño de procesos de riesgo a través del uso de la Herramienta proactiva de Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).

El cuerpo de gobierno y/o los directivos, son los responsables finales de la calidad y la seguridad del paciente dentro del establecimiento y, por ende, tienen la función de demostrar su compromiso y liderazgo a través de aprobar el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente de la Organización, dar seguimiento a su implementación y tomar decisiones de acuerdo a sus resultados.

Elementos Medibles de QPS.1

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente basa sus actividades en la Evaluación de Riesgos y Problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente en la Organización.
2. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente:
   2.1 La Evaluación y Priorización de los Riesgos y problemas de toda la organización, relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente.
   2.2 El diseño e implementación de un Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
   2.3 La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramienta para la estandarización de procesos.
   2.4 Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
   2.5 El Análisis de un proceso de riesgo prioritario de la organización, a través del uso de una Herramienta proactiva, como el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).
3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente es revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno y/o directivos.
4. La descripción del cómo se desarrolla y se integra las acciones para la Calidad y Seguridad del Paciente se describen en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. 🗐

ESTÁNDAR QPS.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente es conformado de manera multidisciplinaria.

➲ PROPÓSITO DE QPS.2 ✍

Con el propósito de dar seguimiento a las acciones y resultados relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente en la Organización, los líderes conforman el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente, por ejemplo: el COCASEP o su equivalente, el cual ayuda a analizar con enfoque multidisciplinario y sistémico las actividades implementadas para mejorar los procesos y los sistemas de la organización, y mediante su visión y respaldo, crean y fortalecen la cultura de calidad de la organización.
El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente cuenta con objetivos y funciones definidas para planear, coordinar y dar seguimientos a las acciones prioritarias para mejorar la calidad y seguridad del paciente.

Este Comité cuenta con las siguientes características:

- Es encabezado por el director o su equivalente en la toma de decisiones de la organización.
- Sesiona periódicamente.
- Integra información relevante, relacionada con los procesos de calidad y seguridad del paciente.
- Se articula con los diferentes comités existentes dentro de la organización.
- Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
- Toma decisiones con base en el análisis de información sobre la calidad y seguridad de los pacientes.
- Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

Los temas por tratar en el comité de Calidad y Seguridad del Paciente pueden incluir los siguientes aspectos, entre otros definidos por la Organización.

- Avances respecto a las revisiones previas.
- Cambios que afecten la calidad y seguridad del paciente en la organización.
- Resultados sobre las quejas y experiencia del paciente.
- Las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
- Los resultados de la implementación de procesos y barreras de seguridad para mejorar el desempeño de los procesos y servicios.
- Los resultados de las evaluaciones realizadas, las inconsistencias identificadas y acciones tomadas.
- El desempeño de los proveedores.

- Las oportunidades de mejora.

Los establecimientos cuyo contexto no les permita el desarrollo de un Comité, desarrolla los mecanismos periódicos de análisis de la información del Plan de Calidad acorde a sus características y recursos

Elementos Medibles de QPS.2

1. Se ha conformado el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.
2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.
3. El Comité sesiona periódicamente y es encabezado por el director de la organización.
4. El Comité integra información relevante para la calidad y seguridad del paciente en la organización.
5. El Comité lleva a cabo, al menos, lo siguiente:
   5.1. Avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
   5.2. Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
   5.3. Toma decisiones con base en el análisis de información.
   5.4. Da seguimiento puntual a sus acuerdos.

EVALUACIÓN INTEGRAL DE RIESGOS Y PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.3
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente se basa en una evaluación integral de Riesgos y Problemas

PROPÓSITO DE QPS.3 ✍

La evaluación integral de riesgos y problemas, es una metodología que permite a la Organización identificar prioridades relacionadas con los procesos para mejorar la Seguridad del Paciente. Los recursos para la mejora de la calidad y la seguridad del paciente no son ilimitados, por lo tanto, es necesario definir prioridades a partir del análisis de los riesgos identificados.

El riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento que produzca consecuencias negativas, los riesgos están presentes en cualquier tipo de actividad y los procesos de atención no son la excepción; en la mayor parte de los casos no es posible establecer mecanismos para su completa eliminación, por lo que se hace absolutamente imprescindible gestionarlo de forma adecuada.

El proceso para la Gestión de Riesgos incluye lo siguiente:

- La identificación de los riesgos específicos como resultado de analizar los procesos. Esta identificación se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los mismos.
- La priorización de los riesgos detectados conforme a la metodología definida por la organización para determinar los de mayor impacto.
- El análisis y gestión de los riesgos para determinar acciones de mejora que se deberán implementar con el propósito de limitar el impacto de los mismos en la organización.

La identificación de los riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e instalaciones. Es importante considerar como riesgos aquellas situaciones que ya ocurrieron en la organización pero que tienen la potencialidad de volver a ocurrir, y por lo tanto, deben ser consideradas en la identificación de riesgos con el propósito de ser gestionados.

Elementos Medibles de QPS.3

1. La definición de las prioridades para la calidad y la seguridad del paciente se fundamenta en una Evaluación de Riesgos y Problemas de la organización. 🗐
2. La identificación de riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones.🗐
3. La identificación de los riesgos se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos.
4. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.
5. Los riesgos se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
6. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DE EVENTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

ESTÁNDAR QPS.4 (ESTÁNDAR VINCULADO A LA AESP 7)
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye un proceso definido para la identificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

PROPÓSITO DE QPS.4

Para desarrollar una cultura de calidad y seguridad se requiere además de la Evaluación Integral de los riesgos y problemas, contar con un Sistema de Reporte y Análisis de los eventos relacionados con la seguridad del paciente que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

La DGCES cuenta con el Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA), como herramienta para ese fin.

Cada organización debe establecer y difundir, de acuerdo a su contexto, las descripciones de los tipos de eventos que suceden y que se deben notificar con la finalidad de facilitar la identificación de estos eventos por el personal operativo involucrado en los procesos. (Definición operativa)

Si bien es evidente que los Eventos Adversos de consecuencias graves tienen el mayor impacto en los pacientes y sus familiares (primera víctima), estos no son los únicos que se ven afectados ante los hechos, también son víctimas, aunque en segundo plano, los profesionales de la salud involucrados directa o indirectamente en el evento (segundas víctimas). De igual manera la ocurrencia de estos eventos también puede provocar la disminución de confianza, desprestigio o pérdida de la imagen del Establecimiento de Atención Médica (Terceras víctimas), por ello es importante fortalecer la cultura de seguridad del paciente y establecer los protocolos de actuación ante dichos eventos y la atención a las diferentes víctimas.

El Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente debe incluir:

a) Las **definiciones operativas** de evento centinela, evento adverso y cuasifallas.
b) Un mecanismo para su notificación.
c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas.
d) El proceso para la atención y apoyo a los profesionales que se ven afectados por un evento adverso con consecuencias graves (atención a segunda víctima).
e) Un plan de comunicación y manejo de crisis ante el impacto institucional de un evento adverso con consecuencias graves (atención a tercera víctima).
f) La gestión y la confidencialidad de la información.
g) La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema.
h) La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

Elementos Medibles de QPS.4

1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de un Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
2. El Sistema de Notificación y Análisis incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.

ESTÁNDAR QPS.4.1
Los eventos centinela se analizan con el objetivo de implementar acciones preventivas.

PROPÓSITO DE QPS.4.1 ✍

Un **Evento Centinela** es un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física

o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas" o "todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente"

El Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente tiene como prioridad la identificación y el análisis de los eventos centinela.

Cada organización establece las **definiciones operativas** de evento centinela, esta descripción debe incluir, al menos, las siguiente cuando así apliquen al contexto de operación de la organización:

a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
d) Muerte materna.
e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
f) Suicidio.
g) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente (dentro del establecimiento).
h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.
i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

El análisis, debe iniciar tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del evento o la notificación del mismo. El desarrollo del análisis causa raíz debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Enfoque multidisciplinario con personal involucrado en el evento centinela a analizar.
- Participación de los líderes de la organización para la toma de decisiones.

Como resultado del análisis causa-raíz la organización debe implementar acciones preventivas para reducir la probabilidad de que por la misma causa vuelva a ocurrir un evento centinela.

Es importante notar que el término "evento centinela" no siempre hace referencia a un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

Elementos Medibles de QPS.4.1

1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento centinela que incluye, al menos, las descritas en los puntos de la a) a la i) definidos en el propósito cuando así correspondan al contexto de la organización.
2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.
3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.
4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.

ESTÁNDAR QPS.4.2
Se notifican y analizan los eventos adversos.

PROPÓSITO DE QPS.4.2

Los **Eventos Adversos** son aquellos sucesos imprevistos, indeseados o potencialmente peligrosos en un establecimiento de atención médica *que llegan al paciente*. La Organización Mundial de la Salud lo define como "lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización

prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas" o "Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente".

Como parte del Sistema de Notificación y Análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente, la organización establece su propia descripción de los eventos adversos (**Definiciones Operativas**) con la finalidad de facilitar su identificación por el personal operativo involucrado en los procesos.

La organización ha definido un proceso para su análisis individual, así como para la toma de decisiones e implementación de acciones correctivas inmediatas.

La organización realiza un análisis de patrones y tendencias de todos los eventos adversos reportados en un periodo de tiempo, este análisis debe llevarse a cabo, al menos, dos veces por año. El resultado del análisis de patrones y tendencias ayuda a la organización a tomar decisiones y a enfocar la implementación de acciones de mejora.

Elementos Medibles de QPS.4.2

1. Se han establecido **definiciones operativas** de eventos adversos.
2. Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

ESTÁNDAR QPS.4.3
Se notifican y analizan las cuasifallas.

PROPÓSITO DE QPS.4.3

Las cuasifallas son aquellos eventos adversos que ocurren en la organización, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como "Cuasi-incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar".

La organización implementa un mecanismo para la identificación, notificación y análisis de las cuasifallas, a partir del desarrollo de las **definiciones operativas**, con la finalidad de facilitar su identificación y notificación por el personal involucrado en los procesos.

A partir del análisis de patrones y tendencias se toman decisiones y se implementan mejoras. El análisis de patrones y tendencias se realiza, al menos, dos veces por año.

Elementos Medibles de QPS.4.3

1. Se han establecido **definiciones operativas** de cuasifallas.
2. Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.
3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.
4. Como resultado del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.

ESTÁNDARIZACIÓN DE PROCESOS

ESTÁNDAR QPS.5
Se estandarizan procesos con alta variabilidad.

PROPÓSITO DE QPS.5

La estandarización de los procesos de atención clínica reduce los riesgos para los pacientes, en particular de aquellos asociados con las decisiones críticas; además permite que la atención se brinde de manera oportuna y efectiva, empleando en forma eficiente los recursos disponibles.

A partir de la Evaluación Integral de Riesgos y Problemas, la organización identifica y selecciona un proceso de atención en el cual se haya identificado alta variabilidad, con el propósito de estandarizar y así reducir los riesgos. Para estandarizar el proceso de atención se implementa una guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica y se mide el apego del personal involucrado al mismo.

El proceso de implementación de la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica abarca, al menos, los siguientes pasos:

- Seleccionar una guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica acorde al proceso de atención clínica que presenta alta variabilidad en la organización (no necesariamente es el más frecuente o el que tenga una alta morbimortalidad).
- Evaluar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica por su aplicabilidad y respaldo científico.
- Adaptar la guía, vía, lineamiento o protocolo de práctica clínica cuando es preciso a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.
- Aprobarlo por parte del establecimiento.
- Implementarlo para que su uso sea constante y efectivo.
- Evaluar el apego mediante el uso de una herramienta (por ejemplo, una lista de verificación).
- Actualizar según corresponda.

La organización sigue el proceso descrito en los incisos a) hasta el inciso g) para, al menos, la implementación de una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención por año.

Como resultado de la implementación y medición del apego de la guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, se toman decisiones a partir del análisis de los datos y la información generada

Elementos Medibles de QPS.5

1. A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona un proceso de atención clínica con alta variabilidad.
2. Para estandarizar el proceso seleccionado se implementó una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los siguientes pasos:
   2.1. Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico.
   2.2. Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.
   2.3. Aprobar formalmente por parte del establecimiento.
   2.4. Implementar para que su uso sea constante y efectivo.
3. Se evalúa el apego mediante el uso de una herramienta.
4. Los resultados de la medición se analizan para tomar decisiones.

EVIDENCIA DE MEJORA DE LA CALIDAD

ESTÁNDAR QPS.6
La organización gestiona la Mejora de la calidad y la seguridad, a partir de la evaluación integral de riesgos y problemas.

★PROPÓSITO QPS.6

Debido a las limitaciones de las organizaciones como lo son: recurso humano, recursos materiales y financieros, entre otros, no todos los procesos dentro de una organización se pueden medir al mismo tiempo para mejorarlos. Por lo tanto, una de las principales responsabilidades del equipo directivo es establecer las prioridades de medición de los procesos.

Las prioridades se pueden centrar en proyectos que incrementen la eficiencia, reduzcan las tasas de reingreso, tasas de infecciones, accidentes de trabajo, así como también eliminen problemas de flujo de pacientes en el servicio de urgencias o en el control de la calidad de los servicios subrogados entre otras.

Las mediciones toman en cuenta las prioridades a nivel de sistema para extender el impacto de las mejoras ampliamente en la organización; por ejemplo, del sistema de gestión de medicamentos. Del mismo modo, las prioridades toman en cuenta los datos disponibles para identificar en que sistemas y en que procesos se muestra una mayor variación en la implementación y en los resultados.

Después de implementar una mejora, se recopilan datos durante un periodo de prueba de 6 meses a un año como mínimo, para que sea una muestra confiable para la organización, esto ayuda a comprobar que el cambio planificado realmente fue una mejora. Como parte de este proceso se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal si es necesario. La medición de los riesgos prioritarios seleccionados por la organización permite comprender el impacto de una mejora en el resultado del paciente o en la eficiencia de un proceso, lo que contribuye a que el establecimiento de continuación de prioridades en el futuro, tanto a nivel organizacional como a nivel departamental y de áreas servicio.

A partir de la Evaluación Integral de Riesgos y Problemas la organización identifica, al menos 5 riesgos prioritarios que nazcan de los siguientes estándares:

a) Metas Internacionales de Seguridad del Paciente/ Acciones Esenciales para la Seguridad de los Pacientes.
b) Sistema de Medicación.
c) Sistema de Prevención y Control de Infecciones.
d) Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
e) Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.
f) Procesos Clínicos.
g) Procesos de Gestión.

Para las prioridades identificadas por la organización, acorde a su contexto, se implementa una acción o acciones (barreras de seguridad) con el propósito de disminuir la probabilidad de que se presenten eventos adversos y mejorar los procesos, los cuales se deben medir a través de indicadores. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente no es limitativo a los 5 indicadores solicitados, por lo que la organización podrá agregar la medición de los procesos considerados como prioritarios que afectan la calidad, la seguridad y la satisfacción del paciente, con el propósito de garantizar la calidad de la atención.

El objetivo de este punto del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente no es simplemente tener mediciones, sino mejorar los procesos a través de la implementación de acciones o barreras de seguridad y posteriormente diseñar indicadores que ayuden a su supervisión, evaluación, mantenimiento y mejora continua.

El objetivo principal es crear hábitos en el personal que ejecuta las acciones o barreras de seguridad, lo cual redundará en el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente.

Las características que debe tener cada uno de los indicadores que nacen de los riesgos prioritarios de cada organización son:

a) Alineado al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
b) Partir de un riesgo o problema.
c) Medir la implementación al menos durante 6 meses o un año.
d) Medir el impacto sobre el proceso que se desea mejorar.
e) Contar con técnica de recolección de datos confiable.
f) Que sea una muestra representativa del proceso que se desea mejorar.

Elementos Medibles de QPS.6

1. Se utilizan los datos disponibles para establecer prioridades para la mejora a través de mediciones y acciones específicas.
2. Se evalúa el impacto de las mejoras a nivel del sistema y los procesos, según corresponda.
3. Los datos están disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y se mantienen.
4. Se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal cuando es necesario.

Consideración MUEC para QPS.6:

La organización debe integrar desde Fase 1, etapa 2 de Gestión inicial, el Plan de Calidad con la priorización de sus riesgos que deberá monitorizar a través de indicadores de la manera antes señalada, de esta forma se da oportunidad a la organización de alcanzar el proceso de madurez que se revisa en la etapa 6 y 7 de la fase 4, con lo cual desarrollará nuevos hábitos en el personal que ejecuta las barreras de seguridad definidas por la organización.

REDISEÑO DE PROCESOS

ESTÁNDAR QPS.7
El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye el análisis de un proceso de riesgo con una herramienta proactiva.

PROPÓSITO DE QPS.7

La organización selecciona, a partir de la priorización de los procesos de riesgo, uno que esté implementado en la organización, para realizar un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF) que tenga como propósito rediseñarlo y hacerlo más seguro y prevenir que ocurra un evento adverso o un evento centinela.

El AMEF es una herramienta de calidad que permite analizar la situación actual de un proceso para a través del análisis del mismo rediseñarlo, es decir, establecer a partir del análisis la forma en que el proceso debe funcionar en el futuro, con la incorporación de las mejoras identificadas durante el análisis. Es importante destacar que el rediseño no siempre significa cambiar completamente un proceso, los cambios pudieran darse en alguna o algunas de las actividades, la finalidad es que a partir del análisis se modifique el proceso para hacerlo más seguro.

La utilización de un AMEF tiene como objetivo proporcionar las herramientas para que la organización implemente el enfoque proactivo. Por lo tanto, el propósito no es en sí hacer un AMEF, sino a través de él implementar un nuevo proceso en la organización, incorporando los cambios para que sea más seguro.

La identificación de los riesgos debe incluir todos los procesos y sistemas y priorizarse con la metodología definida por el establecimiento, posteriormente, seleccionar un proceso clasificado como de riesgo prioritario que pueda ser analizado a través de la metodología del AMEF. Es importante que este análisis se realice con la participación del personal involucrado en el proceso tomando en cuenta el alcance del mismo, es decir el inicio y término de las actividades objeto del AMEF. Una vez finalizado el AMEF, se obtiene como resultado el rediseño del proceso, mismo que se debe implementar en la operación. Esta metodología se realiza, al menos, una vez por año para alguno de los procesos de riesgo prioritario de la Organización.

Elementos Medibles de QPS.7

1. Se identifican al menos, una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del paciente, personal e instalaciones.
2. Se priorizan estos procesos de riesgo, acorde a la metodología elegida por la organización.
3. Se realiza un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF), al menos, una vez por año, sobre uno de los procesos identificados como de riesgo prioritario.
4. Se rediseña el proceso de riesgo basándose en el análisis.
5. Se da seguimiento a su implementación.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

ESTÁNDAR QPS.8
El personal con la experiencia, conocimiento y habilidades adecuadas agrupa y analiza sistemáticamente los datos.

PROPÓSITO DE QPS.8

A fin de tomar decisiones, se deben analizar y transformar los datos en información útil. El análisis de datos involucra a personas que entienden el manejo de la información, están capacitadas en métodos de agrupación y categorización de datos y saben cómo usar diversas herramientas estadísticas. El análisis de datos involucra al personal responsable de la medición del proceso o del resultado, dicho personal puede pertenecer al área clínica, de gestión o a una combinación de ambas. Por consiguiente, el análisis de datos proporciona una retroalimentación constante de información sobre la gestión de la calidad, para ayudar a la toma de decisiones y a mejorar continuamente los procesos clínicos y de gestión. La comprensión de las técnicas estadísticas resulta útil para el análisis de datos, en especial para interpretar la variación y decidir dónde se necesita mejorar.

Elementos Medibles de QPS.8

1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.
2. Las personas con experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.
3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.

ESTÁNDAR QPS.8.1
La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.

PROPÓSITO DE QPS.8.1

La organización determina la frecuencia con la que se categorizan, agrupan y analizan datos. La frecuencia depende de la actividad o el área que se esté midiendo, la frecuencia de la medición y las prioridades de la organización. Por ejemplo, los datos de control de calidad del laboratorio clínico podrán analizarse semanalmente para cumplir con las reglamentaciones locales, y los datos sobre caídas de los pacientes podrán analizarse mensualmente, si las caídas fueran poco frecuentes. Por consiguiente, la agrupación y categorización de datos en determinados puntos en el tiempo permite al establecimiento evaluar la estabilidad de un proceso en particular o la predicción de un resultado en relación con las tendencias.

Elementos Medibles de QPS.8.1

1. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.
2. La frecuencia del análisis de datos se adapta a los requisitos del establecimiento.
3. La frecuencia del análisis de los datos le permite a la organización tomar decisiones.

ESTÁNDAR QPS.8.2
El proceso de análisis incluye comparaciones a nivel interno, con otros establecimientos, con estándares científicos y mejores prácticas.

PROPÓSITO DE QPS.8.2

El objetivo del análisis de datos es poder comparar un establecimiento de cuatro formas:

- Consigo mismo en diferentes períodos, por ejemplo, mes a mes, o de un año a otro;
- con otras organizaciones similares, por ejemplo, mediante bases de datos de referencia;
- con estándares de calidad reconocidos o los establecidos por leyes, reglamentaciones o programas;

- con las prácticas identificadas en la literatura como las mejores o con guías de práctica clínica.

Estas comparaciones ayudan al establecimiento a entender el origen y la naturaleza de los cambios no deseados y ayudan a concentrar los esfuerzos para mejorar.

La DGCES cuenta entre otros, con El Sistema de Registro de Eventos Adversos (SREA) y el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), los cuales permiten concentrar la información de todo el Sistema Nacional de Salud, para el análisis y comparación, las cuales se encuentran ubicadas en la siguiente liga: https://desdgces.salud.gob.mx/srea/acceso.php y https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php, respectivamente.

Elementos Medibles de QPS.8.2

1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.
2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.
3. Se hacen comparaciones con estándares de calidad reconocidos.
4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.

ESTÁNDAR QPS.8.3
Los datos se analizan para detectar tendencias no deseables y variaciones evidentes de estos.

★PROPÓSITO DE QPS.8.3

El hospital recopila datos sobre diversas y diferentes áreas de los servicios de atención al paciente de forma periódica e informa los resultados al órgano rector como parte del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Para hacerlo, deben existir mecanismos confiables de reporte de resultados para asegurar servicios de calidad. Aquellos que representan un riesgo para la seguridad del paciente se identifican y monitorean. La recopilación de datos debe ser suficiente para detectar tendencias y patrones y variará según la frecuencia del servicio o el riesgo para los pacientes. (ver MCI. 10)

Elementos Medibles de QPS.8.3

1. Se desarrollan e implementan procesos para garantizar que la recopilación, el análisis y la comunicación de datos sean oportunos y confiables.
2. Se realiza un análisis de datos cuando se producen patrones o tendencias.
3. Los resultados de los análisis se utilizan para implementar acciones para mejorar la calidad y la seguridad.
4. Los resultados se comunican a la entidad de gobierno como parte del programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

MEJORA

ESTÁNDAR QPS.9
Se logran y se mantienen las mejoras de la calidad y la seguridad.

PROPÓSITO DEL ESTÁNDAR QPS.9

La organización utiliza la información proveniente del análisis de datos para implementar acciones de mejora y/o barreras de seguridad con el objetivo de prevenir la ocurrencia de eventos adversos.

A fin de implementar las mejoras se gestionan los recursos adecuados y se involucra al personal, áreas y servicios más cercanos a los procesos o actividades a mejorar. La responsabilidad de la planeación y realización de una mejora se asigna a personas individuales o a un equipo, se proporciona toda la capacitación necesaria y se pone a disposición el manejo de la información y otros recursos.

Una vez implementadas las acciones, los datos se recolectan durante un periodo de prueba para demostrar que el cambio planeado representó realmente una mejora. A fin de asegurar que la mejora sea sostenida, se recolectan los datos de control para realizar un análisis permanente. Se incorporan los cambios efectivos al procedimiento habitual y se lleva a cabo la capacitación necesaria al personal. El establecimiento documenta y difunde las mejoras logradas y sostenidas.

Elementos Medibles de QPS.9

1. El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.
2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.
3. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.
4. Los cambios se planean y se prueban.
5. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.
6. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.
7. Se hacen cambios a la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora.
8. Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.

ESTÁNDAR QPS.9.1
Las mejoras obtenidas se difunden al personal.

PROPÓSITO DE QPS.9.1

Es esencial la comunicación permanente al personal sobre la información y las mejoras que son resultado de la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. La comunicación se realiza regularmente mediante canales efectivos, como boletines informativos, carteles, reuniones de personal, entre otros. La información puede tratarse de proyectos de mejora nuevos o recién terminados, del progreso en el cumplimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, de los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, de implementación de buenas prácticas, entre otros.

La difusión de las mejoras promueve la cultura de aprendizaje en la organización.

Elementos Medibles de QPS.9.1

1. Se comunica al personal la información sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. La comunicación se realiza regularmente, mediante canales efectivos y formales.
3. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.
4. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de los Sistemas Críticos.

QPS.9.2 La organización realiza evaluaciones internas como mecanismo para la gestión de la mejora de la calidad y seguridad (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

CAPACITACIÓN

ESTÁNDAR QPS.10
El personal está capacitado para participar en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROPÓSITO DE QPS.10

La participación en la recolección y el análisis de datos, así como en la planeación e implementación de las mejoras de la calidad y seguridad requieren conocimientos y destrezas de los que carece la mayoría del personal, o los cuales no utiliza habitualmente. Por consiguiente, cuando se les solicita que participen en el desarrollo, implementación y/o seguimiento del plan, el personal recibe capacitación acorde a su rol en la actividad planificada. Puede que sea necesario ajustar los horarios del personal para destinar el tiempo suficiente a la participación completa en las actividades de capacitación y mejora como parte de las tareas laborales habituales. El establecimiento cuenta con un docente, que puede ser el responsable de calidad o un integrante de su equipo, con el conocimiento técnico y profesional pertinente para impartir la capacitación. Cuando la capacitación es impartida por personal externo los directivos se aseguran que cuente con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

Además, para que las mejoras y las barreras de seguridad implementadas se mantengan en el tiempo y se realicen de manera correcta y oportuna, es importante capacitar en forma continua al personal, tanto en su inducción como en forma periódica o por lo menos cuando hay algún cambio o rediseño en los procesos. La capacitación incluye personal clínico y no clínico y considera los hallazgos, los patrones y las tendencias provenientes de las actividades de supervisión y monitorización.

La capacitación al personal incluye las definiciones operativas de evento adverso, centinela y cuasifalla.

Elementos Medibles de QPS.10

1. Se ha definido un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.
3. El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.
4. Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.
5. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.
6. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas.

APARTADO.4
ESTÁNDARES

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Access and Continuity of Care

ACC

CONTINUIDAD

ACCESO Y CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN
ACC – CONTINUIDAD
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO		
ACC.1	Se brinda atención a los pacientes cuyas necesidades coinciden con la misión y recursos de la organización		
ACC.1.1	El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.		
ACC.1.2	Se define un proceso de aceptación de pacientes		✍
ACC.1.3	Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas	➲	✍
ACC.1.4	Se informa al paciente y/o a su familia sobre la admisión		
ACC.1.5	Se reduce el impacto de las barreras más comunes al acceso y a la prestación de servicios		✍
ACC.1.6	Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta	➲	✍
	CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN		
ACC.2	Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.	➲	✍
ACC.2.1	Se ha definido un proceso de interconsulta		✍
ACC.2.2	Se cuenta con un médico responsable de la atención del paciente		
	ALTA Y SEGUIMIENTO		
ACC.3-AMB	Se define un proceso que guía el egreso o alta médica.		✍
ACC.3.1	Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso	➲	
ACC.3.2	Se proporcionan instrucciones comprensibles de seguimiento al momento del egreso		
	TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS		
ACC.4	Se define un proceso que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos	➲	✍
ACC.4.1	Se asegura que cuando se refiere/traslada a un paciente el establecimiento que lo recibe tiene capacidad resolutiva		
ACC.4.2	Se entrega al establecimiento receptor un resumen del estado clínico del paciente		
ACC.4.3	El cuidado del paciente durante el traslado se proporciona por personal con las competencias necesarias		
ACC.4.4	Se documentan las referencias/contrareferencia	➲	

	TRANSPORTE	
ACC.5	El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte	✍
ACC.6	Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente	
ACC.6.1	La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, sean propios o subrogados	

ADMISIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

ESTÁNDAR ACC.1
Se brinda atención a los pacientes cuyas necesidades coinciden con la misión y recursos de la organización.

PROPÓSITO DE ACC.1

El hacer coincidir las necesidades del paciente con la misión y los recursos de la organización depende de la obtención de información sobre las necesidades y el estado del paciente mediante una evaluación, que puede llevarse a cabo durante el primer contacto en el establecimiento de atención médica o en la atención de urgencia cuando esta situación aplica.
Con base en los resultados obtenidos, la organización decide si al paciente se le brinda atención, o se refiere a otro establecimiento. Sólo aquellos pacientes para quienes la organización posea la capacidad clínica de proporcionar los servicios necesarios conforme a su misión, serán tomados en cuenta para brindarle servicios.

La organización define los aspectos que va a evaluar en el paciente con el propósito de tomar la decisión de aceptarlo o referirle.

Elementos Medibles de ACC.1

1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto en la consulta, admisión, o urgencias cuando aplica.
2. Basado en los resultados del tamizaje, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización.
3. Los pacientes son aceptados únicamente si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención.
4. La organización ha definido qué aspectos va a evaluar en el paciente para determinar si puede ser atendido o deberá ser referido.
5. Cuando esta situación aplica, los pacientes son referidos a otra instancia resolutiva hasta que estén disponibles los resultados de las evaluaciones para tomar esta decisión.

ESTÁNDAR ACC.1.1
El establecimiento de atención médica ha realizado un diagnóstico de salud de la comunidad a la que atiende y se comunica con ella para responder a sus necesidades y facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios de atención médica.

PROPÓSITO DE ACC.1.1

El establecimiento ha definido cuál es su área geográfica de influencia y los grupos comunitarios, incluyendo grupos étnicos y los grupos de población que reciben sus servicios, así como los líderes en dichos grupos.
La organización ha analizado conoce cuáles son las características de la población que atiende, por ejemplo, los datos demográficos relevantes como grupos de edades, nivel socioeconómico, escolaridad, creencias y valores culturales, características epidemiológicas, como enfermedades infecciosas y, crónico degenerativas, entre otros.

El establecimiento diseña sus servicios de acuerdo a la población a quien dirige su atención y planifica una comunicación permanente con su población.

La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación, a través de organizaciones dentro de la comunidad a través de terceros.

Los tipos de información incluyen:

- información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención;
- información sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

Elementos Medibles de ACC.1.1

1. El establecimiento ha identificado y conoce el contexto de su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés.
2. El establecimiento cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios.
3. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural.
4. El establecimiento proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
5. El establecimiento proporciona información, actualizada y continua, sobre la calidad de sus servicios.

ESTÁNDAR ACC.1.2
Se define un proceso de aceptación de pacientes.

PROPÓSITO DE ACC.1.2 ✍

La organización define el área para la aceptación de pacientes que requieren atención ambulatoria o de urgencia. La organización define un proceso para que estas actividades se lleven a cabo de manera estandarizada en cualquiera de las dos situaciones antes mencionadas.

Elementos Medibles de ACC.1.2

1. La organización define un proceso de aceptación para la atención ambulatoria y situaciones de urgencias. 🗐
2. Los pacientes son aceptados conforme al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR ACC.1.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se prioriza a los pacientes para atender sus necesidades inmediatas.

➲ **PROPÓSITO DE ACC.1.3** ✍

Cuando el establecimiento de atención ambulatoria, ofrece atención de urgencias o atención médica continua, los pacientes en estos departamentos deben ser identificados mediante una priorización, llevada a cabo por personal capacitado y acorde a los recursos y servicios que ofrece la organización. Una vez identificados estos pacientes deben de ser evaluados por un médico u otro personal clínico competente antes que, a otros pacientes, accediendo a los servicios auxiliares de diagnóstico lo más rápido posible y comenzar el tratamiento para atender sus necesidades. El proceso de priorización se realiza con base en criterios fisiológicos, siempre que sea posible y adecuado, y se capacita al personal para determinar cuáles son los pacientes con necesidades inmediatas y cómo darle prioridad a su atención.

Cuando la organización no puede atender las necesidades del paciente en una emergencia y requiere referirle a otro establecimiento, se estabiliza al paciente antes del traslado de acuerdo a la capacidad de atención de la organización.

Elementos Medibles de ACC.1.3

1. La organización utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas. 🗐
2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.
3. Los pacientes son priorizados según sus necesidades de atención.

ESTÁNDAR ACC.1.4
Se informa al paciente y/o a su familia sobre la admisión.

PROPÓSITO DE ACC.1.4

Durante el proceso de admisión, por ejemplo, en un servicio de cirugía de corta estancia o al ingreso a la terapia de Hemodiálisis, el paciente y su familia reciben información suficiente que les permite tomar decisiones. Esta información incluye la atención propuesta, los resultados esperados y cualquier costo que debe cubrir el paciente y/o su familia cuando éste no es pagado por alguna institución pública o privada. Cuando existen restricciones económicas relacionadas con el costo de la atención, la organización busca y orienta al paciente y su familia en diversas formas para superar dichas restricciones. Esta información puede ser dada en forma escrita o de manera verbal, registrando esta actividad en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ACC.1.4

1. Existe un proceso para proporcionar información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.
2. Se da información sobre la atención propuesta.
3. Se da información sobre los resultados que se esperan de la atención.
4. Se da información sobre cualquier costo esperado para el paciente y/o su familia.
5. Los pacientes y/o su familia obtienen información suficiente para tomar decisiones.

ESTÁNDAR ACC.1.5
Se reduce el impacto de las barreras más comunes al acceso y a la prestación de servicios.

PROPÓSITO DE ACC.1.5

Los establecimientos de atención médica con frecuencia prestan servicios a comunidades con una población diversa. Los pacientes pueden ser personas mayores, tener discapacidades, hablar varios idiomas o lenguas, presentar una diversidad cultural, entre otras barreras que dificulten el proceso de acceso y obtención de atención.

La organización realiza un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que le permite identificar cuáles son las barreras más comunes para el acceso y la prestación de los servicios de la población a la cual brinda atención.

La organización implementa procesos para reducir el impacto de estas barreras durante el proceso de admisión y en la prestación de los servicios.

Elementos Medibles de ACC.1.5

1. La organización identifica cuáles son las barreras más comunes en su población de pacientes.
2. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de admisión.
3. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de atención.

ACC.1.6 Los servicios especializados cuentan con criterios de ingreso y alta. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

ESTÁNDAR ACC.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se implementa un mecanismo estructurado de comunicación en las transiciones.

➲ PROPÓSITO DE ACC.2 ✍

Uno de los aspectos importantes para lograr la continuidad en la atención es diseñar un proceso estructurado de comunicación, que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones; ya sea en cambios de área y servicio, o cambio de turno y guardia.

El personal médico, de enfermería y administrativo, colabora de manera multidisciplinaria para identificar los momentos en los cuales se realiza una entrega de paciente debido a una transición en la atención ya sea en tiempo o en lugar, además identifican el personal involucrado en estos momentos. Por ejemplo, la entrega de guardia por personal médico, los cambios de turno por personal de enfermería, la entrega de una paciente a recuperación en casos de cirugía ambulatoria, entre otros.
Esta identificación de momentos y personas involucradas se plasma en un listado, con base en el cual la organización diseña dos procesos estructurados de comunicación:

- Uno durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno)
- Uno durante las transiciones en lugar (cambio de área o servicio)

Una buena práctica para asegurar la adecuada transferencia de información del paciente en estas transiciones es por ejemplo la herramienta SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), es decir, utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: **Situación** actual (S), **Antecedentes** que circunscriben la enfermedad actual (B), **Evaluaciones** (A) y **Recomendaciones** y actividades pendientes (R). Por sus siglas en español también se le conoce como herramienta SAER.

Recuerda que para el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es muy importante que cada organización implemente el mecanismo estructurado de comunicación que permita la entrega oportuna y coordinada de la información del paciente durante las transiciones, al utilizar de manera estandarizada y sistemática el siguiente orden para comunicar la información de un paciente: situación actual (S), antecedentes que circunscriben la enfermedad actual (A), evaluaciones (E) y recomendaciones y actividades pendientes (R), el orden mencionado es la manera correcta y el momento oportuno es al entregar al paciente, ambas características conforman esta barrera de seguridad.

Elementos Medibles de ACC.2

1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en tiempo.
2. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno). 🗐
3. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.
4. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en lugar.
5. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio). 🗐
6. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.

ACC.2.1 Se ha definido un proceso de interconsulta. (CARÁLOGO ÚNICO EXCLUSIVO ESTÁNDAR HOSPITALES)

ESTÁNDAR ACC.2.2

Se cuenta con un médico responsable de la atención del paciente.

PROPÓSITO DE ACC.2.2

A fin de mantener la continuidad de la atención durante la estancia del paciente en la organización, la persona que tiene la responsabilidad de la atención del paciente o de una fase específica de la misma, está claramente identificada y se documenta en el expediente clínico; esta persona es un médico competente que colabora y se comunica con los demás integrantes del equipo de salud.

Cuando un médico en formación documenta la atención planeada y brindada, ésta se valida por el médico responsable del paciente.

Cuando un paciente pasa de una fase de atención a otra (por ejemplo, de atención quirúrgica a rehabilitación), el responsable de la atención podrá cambiar, o la misma persona podrá continuar supervisando toda la atención del paciente.

Elementos Medibles de ACC.2.2

1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.
2. El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.
3. El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención planeada y brindada o valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.
4. Si corresponde, los pacientes son informados sobre el cambio de profesional responsable.
5. En el expediente clínico se registra el cambio de profesional responsable y los motivos del mismo.

ALTA Y SEGUIMIENTO

ESTÁNDAR ACC.3
Se define un proceso que guía el egreso o alta médica.

PROPÓSITO DE ACC.3 ✍

Cuando el médico responsable del paciente determina el egreso o alta médica en unidades de corta estancia, se inicia un proceso organizado que garantiza la continuidad de la atención y se basa en las necesidades específicas del paciente. La familia debe estar incluida en este proceso, según convenga al paciente y a sus necesidades.

Después de su egreso, los pacientes pueden necesitar apoyo social, nutricional, económico, psicológico, médico u otro. Este proceso toma en cuenta el tipo de servicio de apoyo necesario y la disponibilidad de dichos servicios, de preferencia en la comunidad del paciente.

Elementos Medibles de ACC.3

1. La organización define el proceso que guía el egreso o alta del paciente. 🗐
2. El proceso toma en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
4. La organización identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociadas con sus servicios.

ESTÁNDAR ACC.3.1
Los expedientes clínicos contienen una nota de egreso.

➲ **PROPÓSITO DE ACC.3.1**

Se realiza una nota de egreso en el momento en que el paciente es dado de alta de la organización. Cualquier médico competente puede elaborar esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de egreso, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de egreso se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca de la atención recibida mientras el paciente permaneció en sus instalaciones. Esta nota de egreso puede ser utilizada para dar seguimiento al paciente.

La nota de egreso incluye lo siguiente:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Fecha de ingreso y fecha de egreso.
c) Motivo del egreso.
d) Resumen de la evolución.
e) Diagnóstico final.
f) Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso mediante la entrega de la receta correspondiente.
g) El estado del paciente al momento del alta.
h) Problemas clínicos pendientes.
i) Pronóstico.
j) Plan de manejo y tratamiento.
k) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria.
l) Atención de factores de riesgo.

La nota de egreso se integra en el expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al paciente.

Los Consultorios en general que no realizan procedimientos médicos realizan una nota medica de cada visita del paciente acorde a la legislación aplicable vigente. Los consultorios y establecimientos ambulatorios entregan cuando sea el caso una **receta médica** al paciente con la información mínima requerida por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente.

Elementos Medibles de ACC.3.1

1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.
2. La nota de egreso incluye, al menos, los incisos de la a) a la l) definidos en el propósito.
3. La nota de egreso se integra en el expediente clínico.
4. Si corresponde, se entrega a los pacientes una copia de la nota de egreso.

ESTÁNDAR ACC.3.2
Se proporcionan instrucciones comprensibles de seguimiento al momento del egreso.

PROPÓSITO DE ACC.3.2

Los pacientes atendidos en unidades de cirugía de corta estancia deben de recibir Instrucciones claras sobre dónde y cómo obtener atención a fin de asegurar que se cubran todas sus necesidades.

Las instrucciones incluyen el nombre y domicilio de los establecimientos para dar continuidad a la atención, Indicaciones de retorno al establecimiento con fines de seguimiento y datos sugestivos para solicitar atención de urgencia.

Se incluye a la familia cuando el estado o la capacidad de un paciente le impiden comprender las instrucciones de seguimiento o cuando desempeña un papel dentro del proceso de atención.

El establecimiento informa las instrucciones al paciente y, según sea adecuado, a su familia, en forma simple y comprensible.

Para fomentar la continuidad de la atención, la organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a grupos y redes de apoyo, según corresponda a su patología.

Las instrucciones de seguimiento se entregan por escrito.

Elementos Medibles de ACC.3.2

1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensible.
2. Las instrucciones incluyen las indicaciones para el seguimiento posterior al alta.
3. Las instrucciones incluyen datos sugestivos para obtener atención de urgencia.
4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.
5. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a los grupos de apoyo para la continuidad de la atención, si corresponde.
6. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a redes de apoyo comunitario para la continuidad de la atención, si corresponde.

TRASLADO DE PACIENTES A OTROS ESTABLECIMIENTOS

ESTÁNDAR ACC.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se define un proceso que guía el traslado de pacientes a otros establecimientos.

➲ PROPÓSITO DE ACC.4

En las unidades de cirugía ambulatoria o de corta estancia, puede requerirse el traslado de un paciente a otro establecimiento, de acuerdo con su estado de salud y con la necesidad de servicios especializados para la atención o la continuidad de la atención. La organización identifica la necesidad de traslado del paciente a una unidad hospitalaria especializada de acuerdo con su estado de salud y con su capacidad resolutiva para las situaciones que se presentan.
En el caso anterior, la organización define un proceso de traslado a otro establecimiento para continuar la atención del paciente que describe al menos, lo siguiente:

a) los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento,
b) quién es responsable del paciente durante el traslado,
c) el modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde, y
d) qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.

Elementos Medibles de ACC.4

1. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes que requieren continuar su atención en otro establecimiento y que describe al menos lo siguiente:
   a) Los criterios sobre cuándo debe realizarse un traslado a otro establecimiento.
   b) Quién es responsable del paciente durante el traslado.
   c) El modo en que se transfiere la responsabilidad entre establecimientos, si corresponde.
   d) Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.
2. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.

ESTÁNDAR ACC.4.1
Se asegura que cuando se refiere/traslada a un paciente el establecimiento que lo recibe tiene capacidad resolutiva.

PROPÓSITO DE ACC.4.1

Al trasladar y/o referir a un paciente, la organización se asegura que el establecimiento receptor puede proporcionar servicios acordes a las necesidades del paciente y si cuenta con la capacidad para recibirlo. La disposición para recibir pacientes y las condiciones de la referencia se describe en convenios formales o informales. Esto asegura la continuidad de la atención y que se cubran las necesidades de atención del paciente.

Para facilitar la comunicación en estos casos, es importante que la organización cuente con listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes, los cuales contengan, al menos, nombre, dirección y teléfono.

Elementos Medibles de ACC.4.1

1. La organización se asegura que el establecimiento receptor puede atender las necesidades del paciente que será trasladado y/o referido.
2. Existen convenios formales o informales implementados con establecimientos receptores cuando los pacientes son trasladados o referidos con cierta frecuencia.
3. Existen listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes.

ESTÁNDAR ACC.4.2
Se entrega al establecimiento receptor un resumen del estado clínico del paciente.

PROPÓSITO DE ACC.4.2

A fin de asegurar la continuidad de la atención, la información del paciente debe transferirse al establecimiento receptor mediante un resumen que incluya el estado clínico y las necesidades del paciente, los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.

Elementos Medibles de ACC.4.2

1. La información del paciente se transfiere al establecimiento receptor.
2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.
3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.
4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.

ESTÁNDAR ACC.4.3
El cuidado del paciente durante el traslado se proporciona por personal con las competencias necesarias.

PROPÓSITO DE ACC.4.3

Cuando se realiza esta actividad, el traslado de un paciente a otro establecimiento puede ser un proceso sencillo con un paciente estable, o puede involucrar el traslado de un paciente crítico que necesita monitorización continua por personal clínico. Por lo tanto, la condición del paciente determina las competencias adecuadas del personal encargado de su cuidado durante el traslado.

Elementos Medibles de ACC.4.3
1. Las competencias del personal responsable del traslado son adecuadas para el estado del paciente.
2. Si corresponde, los pacientes son monitorizados continuamente durante un traslado.

ESTÁNDAR ACC.4.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se documentan las referencias/contra referencias.

➲ PROPÓSITO DE ACC.4.4

Se realiza una nota de referencia/contrareferencia en el momento en que el paciente es trasladado a otro establecimiento. Un médico competente elabora esta nota, por ejemplo, el médico responsable del paciente, un médico en formación u otro autorizado para ello. Si un médico en formación realiza la nota de referencia/contrareferencia, ésta es validada por el médico responsable.

La nota de referencia/contrareferencia se realiza conforme a la legislación aplicable vigente y proporciona una síntesis o panorama general acerca del estado del paciente, motivo de envío y la atención que se ha otorgado. Esta nota tiene como objetivo facilitar el envío-recepción- regreso de pacientes entre diferentes establecimientos y brindar una atención oportuna, integral y de calidad. La nota se integra al expediente clínico y si corresponde, se entrega una copia al establecimiento receptor.

La nota de referencia/contrareferencia incluye lo siguiente:
- Datos de identificación del Paciente
- Establecimiento que envía
- Establecimiento que recibe
- Resumen Clínico, que incluya como mínimo:
    - Motivo de la referencia

  - Impresión Diagnostica
  - Terapéutica empleada, si la hubo
- Motivo de la referencia
- Fecha y hora
- Nombre y firma de quien refiere

En el caso de las unidades de Hemodiálisis, el Resumen Clínico además deberá incluir:

- Diagnóstico Nefrológico
- Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
- tiempo en el programa de hemodiálisis
- Tipo de acceso vascular
- funcionalidad del acceso vascular
- superficie del dializador
- Si se encuentra incluido en el programa de reúso
- Peso seco actual
- Ganancia promedio Interdialítica
- Alergias
- Problemas durante el tratamiento
- Cinética de la urea
- Serología Viral

Elementos Medibles de ACC.4.4

1. Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contra referencia.
2. La nota de referencia/contra referencia incluye lo siguiente:
   2.1. Los dos datos de identificación del Paciente.
   2.2. Establecimiento que envía.
   2.3. Establecimiento que recibe.
   2.4. Resumen Clínico.
      2.4.1. Motivo de la referencia.
      2.4.2. Impresión Diagnóstica.
      2.4.3. Terapéutica empleada, si la hubo.
   2.5. Motivo de la Referencia.
   2.6. Fecha y Hora.
   2.7. Nombre y firma de quien refiere.
3. La nota de referencia/contra referencia se integra en el expediente clínico.
4. El Resumen Clínico de las Unidades de Hemodiálisis además incluye:
   4.1. Diagnóstico Nefrológico.
   4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
   4.3. Tiempo en el programa de hemodiálisis.
   4.4. Tipo de acceso vascular.
   4.5. Funcionalidad del acceso vascular.
   4.6. Superficie del dializador.
   4.7. Si se encuentra incluido en el programa de reúso.
   4.8. Peso seco actual.
   4.9. Ganancia promedio Interdialítica.
   4.10. Alergias.
   4.11. Problemas durante el tratamiento.
   4.12. Cinética de la urea.
   4.13. Serología Viral.

TRANSPORTE

ESTÁNDAR ACC.5
El proceso de referencia, traslado o alta del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte.

PROPÓSITO DE ACC.5

El proceso para la referencia del paciente tiene en cuenta las necesidades de transporte. La organización debe proporcionar o hacer los arreglos necesarios para transportar a los pacientes (por ejemplo, contactar a la familia o amigos del paciente) que, por su estado y condición de salud, así lo ameriten.

Es importante que se cuente con un listado de los servicios de ambulancia para facilitar el acceso a estos servicios.

Elementos Medibles de ACC.5

1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.
3. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.
4. Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia.

ESTÁNDAR ACC.6
Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE ACC.6

Las ambulancias deberán contener el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para el traslado de acuerdo a las necesidades y al estado de los pacientes.

Las ambulancias propias o subrogadas cumplen con la legislación aplicable vigente, la cual regula el nivel de asignación de personal para los distintos tipos de ambulancias, por ejemplo, el requisito de la presencia de un médico durante el transporte de determinados tipos de pacientes, así como el mantenimiento de los vehículos, las competencias de los conductores y técnicos en urgencias médicas, entre otros.

Elementos Medibles de ACC.6

1. Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.
2. Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.

ESTÁNDAR ACC.6.1
La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, sean propios o subrogados.

PROPÓSITO DE ACC 6.1

La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal), tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.

La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.

Cuando la organización subroga el servicio de ambulancias, se integran como parte de la supervisión y control (especificaciones de calidad), al menos, los siguientes puntos:

- Cumplimiento de la legislación aplicable vigente
- Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos (Medicación, Infecciones, Instalaciones y Personal)
- Evaluación del tiempo de respuesta
- Atención de quejas

Elementos Medibles de ACC.6.1

1. La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos, tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.
2. La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.
3. Cuando el servicio es subrogado se integran como parte de la supervisión y control, al menos, los siguientes puntos:
   3.1. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
   3.2. Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos.
   3.3. Evaluación del tiempo de respuesta.

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

Patient and Family Rights

PFR

DERECHOS

DERECHOS DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
PFR – DERECHOS
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	DERECHOS DE LOS PACIENTES		
PFR.1	La organización respalda los derechos de los pacientes		
PFR.1.1	Se respetan los valores, costumbres y creencias de los pacientes		
PFR.1.2	Se respeta la necesidad de privacidad del paciente durante el proceso de atención.		
PFR.1.3	Se asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes		✍
PFR.1.4	Se protege a los pacientes contra agresiones físicas	➲	✍
PFR.1.5	Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables	➲	✍
PFR.1.6	La información del paciente es confidencial		
PFR.2	La organización respalda y promueve la participación del paciente en los procesos de atención		
PFR.2.1	Los pacientes reciben información sobre el proceso de atención		
PFR.2.2	La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento		✍
PFR.2.3	La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados		
PFR.2.4	La organización respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva		
PFR.3	Se informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica		
PFR.4	El personal recibe capacitación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos		
PFR.5	Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos		✍
	CONSENTIMIENTO INFORMADO		
PFR.6	Se define un proceso para obtener un consentimiento informado		✍
PFR.6.1	Los pacientes y familiares reciben información para que puedan tomar decisiones sobre su atención		

PFR.6.2	La organización implementa un proceso para que terceros puedan otorgar el consentimiento informado	✍
PFR.6.3	Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización	
PFR.6.4	Se obtiene un consentimiento informado antes de una cirugía, la administración de anestesia o sedación y el uso de sangre y/o hemocomponentes	
PFR.6.4.1	Se obtienen consentimientos informados especiales cuando corresponde	✍
	INVESTIGACIÓN	
PFR.7	Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas	
PFR.8	Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas	
PFR.9	La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos	

DERECHOS DE LOS PACIENTES

ESTÁNDAR PFR.1
La organización respalda los derechos de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1

Los líderes son los responsables de guiar la manera en que la organización brinda atención a sus pacientes, por lo tanto, es preciso que comprendan los derechos de los pacientes y sus familiares, al igual que la responsabilidad de la organización para respaldarlos, por lo tanto, se aseguran de que el personal asuma la responsabilidad de proteger y respetar estos derechos durante todo el proceso de atención.

La organización respeta los derechos del paciente, al definir e implementar procesos para asegurar que todo el personal respete los derechos del paciente y sus familiares, de tal manera que el respeto a los derechos del paciente va más allá del solo conocimiento de los derechos.

La organización respeta los derechos de los pacientes y, en determinadas circunstancias, el derecho de la familia del paciente de decidir qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias. Por ejemplo, puede que el paciente no desee que su familia se entere sobre un diagnóstico.

Elementos Medibles de PFR.1

1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para implementar procesos que respaldan y protegen los derechos de los pacientes y sus familiares.
2. La organización define procesos para promover y respetar los derechos de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso de atención.
3. La organización respeta el derecho de los pacientes y de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros y bajo qué circunstancias.
4. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.1
Se respetan los valores, costumbres y creencias de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1.1

Como parte de la Historia Clínica se identifican los valores, costumbres y creencias de los pacientes con el propósito de planear una atención integral e identificar los factores que pudieran impactar en este proceso. La organización alienta a todos los pacientes a expresar sus valores, costumbres y creencias y a respetar las de los demás.

Los valores, costumbres y creencias fuertemente arraigados pueden modificar el proceso de atención y el modo en que los pacientes responden a éste. Cuando un paciente o una familia desean hablar con alguien en relación con sus necesidades relacionadas a sus valores, costumbres y creencias (por ejemplo: creencias religiosas) el establecimiento cuenta con un proceso para responder a la solicitud. El proceso podrá ser llevado a cabo a través de personal religioso existente en la organización, la comunidad o ser referidas por la familia.

Elementos Medibles de PFR.1.1

1. Como parte de la Historia Clínica, se evalúan los valores, costumbres y creencias a los pacientes.
2. Se respetan los valores, costumbres y creencias del paciente.

ESTÁNDAR PFR.1.2
Se respeta la necesidad de privacidad del paciente durante el proceso de atención.

PROPÓSITO DE PFR.1.2

La privacidad del paciente es importante, en especial durante entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos y tratamientos. Los pacientes podrían desear tener privacidad respecto a cierto personal del establecimiento, otros pacientes e incluso respecto a miembros de su familia. Si bien existen algunos enfoques comunes para ofrecer privacidad a todos los pacientes, éstos podrían tener necesidades y expectativas de privacidad diferentes o adicionales, las cuales además podrían cambiar durante su estancia. Por lo tanto, en la medida que el personal presta atención y servicios a los pacientes, deben consultar al paciente sobre sus necesidades y expectativas de privacidad. Esta comunicación entre el personal y el paciente genera confianza y una comunicación abierta; no es necesario documentarla. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.

Elementos Medibles de PFR.1.2

1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento.
2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y traslados.
3. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.

ESTÁNDAR PFR.1.3
Se asegura el resguardo de los objetos personales de los pacientes.

PROPÓSITO DE PFR.1.3
La organización comunica al paciente y a su familia, la responsabilidad que asume por sus pertenencias, la cual implica que no van a ser extraviadas ni robadas. Esta responsabilidad se extiende a todos los pacientes a quienes se les brinda atención en la organización.
En ocasiones la organización toma la responsabilidad de algunas o todas las pertenencias del paciente dentro del establecimiento, se define un proceso para asegurar que no sean extraviadas. Este proceso considera los objetos de los pacientes en todos los servicios, y a los pacientes que sean incapaces de tomar decisiones en relación con sus pertenencias.

Elementos Medibles de PFR.1.3

1. La organización define un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.
2. Los pacientes reciben información sobre el proceso.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se protege a los pacientes contra agresiones físicas.

➲ PROPÓSITO DE PFR.1.4
La organización es responsable de proteger a los pacientes contra agresiones por parte de los visitantes, de otros pacientes y del personal. Esta responsabilidad es particularmente importante en el caso de pacientes pediátricos, adultos mayores y demás personas que no tengan la posibilidad de protegerse a sí mismas o de pedir ayuda. La organización procura evitar las agresiones a través de la implementación de procesos tales como la identificación de las personas que se encuentren dentro del establecimiento de atención, la monitorización de las áreas que sean remotas o aisladas de la instalación, y procura responder rápidamente ante quienes se crea que corren peligro de sufrir una agresión.

Elementos Medibles de PFR.1.4

1. La organización ha definido un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.
2. El proceso se ocupa de pacientes pediátricos, adultos mayores, pacientes psiquiátricos o que presentan estados de agresividad o violencia y demás personas que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas.
3. La organización ha definido un proceso para las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.
4. Se investiga a las personas sin identificación.
5. Se monitorizan las áreas identificadas como prioritarias por la organización.

ESTÁNDAR PFR.1.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se brinda protección adicional a los pacientes vulnerables.

➲ PROPÓSITO DE PFR.1.5

La organización diseña e implementa procesos para proteger a todos sus pacientes. Hay pacientes que requieren protección adicional, estos se consideran pacientes en condición de vulnerabilidad; Un paciente en condición de vulnerabilidad es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación, por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar a los pacientes en condición de vulnerabilidad tomando en cuenta las características de sus pacientes, condiciones clínicas o momentos en el proceso de atención donde se requiere diseñar e implementar mecanismos de protección adicional.

Un ejemplo de pacientes considerados vulnerables son los pacientes que se encuentran bajo efectos de sedación o con pérdida de la conciencia, cuyos mecanismos de protección adicional están dirigidos a evitar abusos. Otro ejemplo se presenta durante el momento de la exploración ginecológica en donde como protección adicional, se puede establecer el acompañamiento de personal de salud adicional a quién realizará la exploración con el fin de evitar cualquier daño a la paciente.

Es importante mencionar que los mecanismos de protección adicionales pueden incluir, por ejemplo: desde la definición de políticas específicas, cambios en los procesos, restricción y controles de acceso en ciertas áreas, etc., de acuerdo al contexto y recursos de la organización

Elementos Medibles de PFR.1.5.

1. La organización analiza e identifica de acuerdo a su población, condición clínica o momentos en el proceso de atención a aquellos pacientes que se les considerará en condición de vulnerabilidad.
2. La organización define mecanismos de protección adicional a pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo a su contexto y recursos.
3. Los mecanismos de protección adicional definidos por la organización están implementados.

ESTÁNDAR PFR.1.6
La información del paciente es confidencial.

PROPÓSITO DE PFR.1.6

La información médica que se documenta es importante para la comprensión del paciente y sus necesidades, así como para la prestación de atención y servicios a lo largo del tiempo. Esta información puede estar impresa, en formato electrónico o en una combinación de ambas. La organización resguarda dicha información, la clasifica como confidencial e implementa procesos que la protegen contra pérdidas o usos incorrectos. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

El personal respeta la confidencialidad del paciente, por ejemplo, omite hacer comentarios relacionados con los pacientes en lugares públicos. El personal está al tanto de la legislación aplicable vigente e informa al paciente respecto al modo en que la organización respeta la confidencialidad de su información. También se informa a los pacientes respecto a cuándo y bajo qué circunstancias se divulgará la información y cómo se obtendrá su autorización.

Elementos Medibles de PFR.1.6

1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantiene la confidencialidad de su información conforme a la legislación aplicable vigente.
2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información no cubierta por la legislación aplicable vigente.
3. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.

ESTÁNDAR PFR.2
La organización respalda y promueve la participación del paciente en los procesos de atención.

PROPÓSITO DE PFR.2

Los pacientes y sus familiares participan en el proceso de atención tomando decisiones, haciendo preguntas e incluso rechazando procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en todas las fases del proceso de atención. Todo el personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de los derechos de los pacientes y sus familiares en lo que se refiere a su participación en los procesos de atención.

Elementos Medibles de PFR.2

1. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.
2. El personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.

ESTÁNDAR PFR.2.1
Los pacientes reciben información sobre el proceso de atención.

PROPÓSITO DE PFR.2.1

A fin de que los pacientes y sus familiares participen en las decisiones del proceso de atención, necesitan información básica sobre el estado de salud o la condición médica encontrada durante las evaluaciones, incluido todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado, y sobre la atención y el tratamiento propuestos. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo se les proporcionará esta información y quién es responsable de comunicársela, el tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participar en dichas decisiones. Además, los pacientes y sus familiares necesitan comprender el proceso del establecimiento para obtener el consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnósticos y tratamientos los requieren.

Si bien algunos pacientes quizá no deseen enterarse personalmente de un diagnóstico confirmado, ni participar en las decisiones respecto a su atención, se les brinda la posibilidad, y pueden optar por participar a través de un familiar o un tercero responsable de la toma de decisiones.

Durante el proceso de atención, los pacientes y sus familias, cuando es adecuado, tienen derecho a que les comuniquen los resultados de la atención y el tratamiento planeados. También es importante que les informen acerca de todo resultado inesperado de la atención y tratamiento, por ejemplo, eventos imprevistos durante una cirugía, eventos relacionados con medicamentos prescritos u otros tratamientos. El paciente debe tener claro cómo y quién le hablará sobre los resultados esperados y los imprevistos.

Elementos Medibles de PFR.2.1

1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo les informarán sobre el estado de salud y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado.
2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planeados.
3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.
4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen.
5. Los pacientes y sus familiares entienden quién les hablará de los diagnósticos confirmados, los resultados sobre la atención y el tratamiento propuesto, así como cualquier resultado imprevisto.
6. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados e imprevistos de su atención y tratamiento, siendo comprendidos por ellos.

ESTÁNDAR PFR.2.2
La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus derechos y responsabilidades relacionados con el rechazo o la suspensión del tratamiento.

PROPÓSITO DE PFR.2.2

Los pacientes, o quienes tomen las decisiones en su nombre (Representante Legal), quizá decidan no proceder con la atención o tratamiento planeados o no continuar la atención o el tratamiento una vez que han iniciado. El establecimiento informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a tomar estas decisiones, los resultados potenciales de las mismas y sus responsabilidades relacionadas con tales decisiones. Se informa a los pacientes y sus familiares sobre todas las alternativas de atención y tratamiento.
Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.

Las decisiones sobre omitir los servicios de reanimación, renunciar a un tratamiento o retirarlo para prolongar la vida de manera innecesaria, son situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, familiares, profesionales de la salud y las organizaciones. En estos casos, si en la entidad federativa donde se encuentra el establecimiento de atención ambulatoria existe legislación aplicable vigente, deberá tomarse en cuenta para definir este proceso.

Elementos Medibles de PFR.2.2

1. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.
2. La organización informa a los pacientes sobre las consecuencias de sus decisiones.
3. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
4. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.
5. Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.
6. Si corresponde, se define un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.

ESTÁNDAR PFR.2.3
La organización respalda el derecho del paciente a obtener una evaluación y manejo del dolor adecuados.
PROPÓSITO DE PFR.2.3

El dolor es un síntoma común en la experiencia de los pacientes y el dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos. La respuesta de un paciente al dolor, con frecuencia se encuentra dentro de su contexto social y tradiciones, por consiguiente, se alienta y apoya a los pacientes para que manifiesten su dolor. Los procesos de atención de la organización respaldan el derecho de todos los pacientes a una evaluación y un manejo del dolor adecuados.

Elementos Medibles de PFR.2.3

1. La organización respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.
2. El personal comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja acorde a los procesos definidos por la organización.

ESTÁNDAR PFR.2.4
La organización respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva.

PROPÓSITO DE PFR.2.4

Los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas de recibir atención respetuosa y compasiva. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente guía todos los aspectos de la atención durante las etapas finales de su vida. Para lograr esto, los establecimientos de atención ambulatoria donde brinden servicio a este tipo de pacientes de manera rutinaria, todo el personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen el tratamiento de los síntomas primarios y secundarios, el manejo del dolor, la respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y su familia y la participación en las decisiones de la atención.

Elementos Medibles de PFR.2.4

1. La organización reconoce que los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas.
2. El personal respeta el derecho que tienen los pacientes en etapa terminal, a que dichas necesidades sean atendidas durante el proceso de atención.
3. La organización brinda servicios de apoyo que dan respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y sus familiares.

ESTÁNDAR PFR.3
Se informa a los pacientes y a sus familiares sobre el proceso para atender quejas y resolver conflictos y diferencias de opinión sobre la atención médica.

PROPÓSITO DE PFR.3

Los pacientes tienen derecho a expresar sus quejas sobre su atención y a que esas quejas se revisen y, cuando sea posible, se resuelvan con la participación de ellos. Además, las decisiones con respecto a la atención a veces presentan preguntas, conflictos u otros dilemas para el establecimiento y el paciente, la familia u otros tomadores de decisiones. La organización ha establecido procesos para identificar y dar seguimiento a las quejas del paciente y su familia.

La DGCES cuenta con el Sistema Unificado de Gestión (SUG), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: http://sistemas.cnpss.gob.mx:7777/SUG/pages/unsecure/login.xhtml.

Elementos Medibles de PFR.3

1. Se informa a los pacientes sobre el proceso para expresar quejas, conflictos y diferencias de opinión.
2. La organización investiga las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión.
3. Se da seguimiento y de ser posible se resuelven las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención.
4. Los pacientes y las familias participan en el proceso de resolución de quejas, conflictos y diferencias de opinión, cuando sea posible.

ESTÁNDAR PFR.4
El personal recibe capacitación sobre su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes, así como en la protección de sus derechos.

PROPÓSITO DE PFR.4

La organización capacita a todo el personal sobre los derechos de los pacientes y de sus familias. Se reconoce la posibilidad de que el personal y pacientes no coincidan en los mismos valores y creencias. La capacitación incluye la manera que cada miembro de la organización participa en la identificación de los valores y creencias del paciente, y la forma de respetarlos durante el proceso de atención.

Elementos Medibles de PFR.4

1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.
2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.

ESTÁNDAR PFR.5
Todos los pacientes son informados acerca de sus derechos.

PROPÓSITO DE PFR.5 ✍

Acudir a un establecimiento de atención médica puede ser una experiencia aterradora y confusa para los pacientes, razón por la cual les resulta difícil entender y actuar acorde a sus derechos. Por consiguiente, la organización define un proceso para informar los derechos de los pacientes y de sus familias.

La información debe otorgarse acorde a la edad, nivel de comprensión, idioma y/o lengua de los pacientes. Cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada, el paciente y la familia son informados acerca de sus derechos de un modo tal que los puedan entender.

Elementos Medibles de PFR.5

1. La organización ha definido un proceso para informar a los pacientes y sus familias acerca de sus derechos. 🗐
2. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada. 🗐
3. A cada paciente se le brinda información sobre sus derechos.
4. La organización cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles.
5. La organización cuenta con un proceso para evaluar que la atención médica se efectúe sustentada en el trato digno al paciente y su familia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTÁNDAR PFR.6
Se define un proceso para obtener un consentimiento informado.

PROPÓSITO DE PFR.6 ✍

Una de las principales formas en la que los pacientes se involucran en su proceso de atención es cuando otorgan su consentimiento informado. A fin de que este consentimiento sea válido, es necesario que la información acerca del acto que autoriza sea otorgada por una persona competente, de manera suficiente, veraz y previa a la realización del mismo; además, debe ratificarse la comprensión de dicha información por parte del paciente, familiar o responsable legal, según corresponda y deberá formalizarse con su firma, huella digital o algún otro medio aceptado legalmente.

El consentimiento informado puede obtenerse en varios momentos del proceso de atención, por ejemplo: al ingresar para una cirugía de corta estancia o antes de la realización de determinados procedimientos o tratamientos, como por ejemplo un tratamiento de Hemodiálisis.

El proceso de consentimiento está definido por la organización y toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. Los pacientes y familiares identifican quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento. Se capacita al personal involucrado para informar a los pacientes, obtener y documentar su consentimiento.

Elementos Medibles de PFR.6

1. La organización define un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente. 🗐
2. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme al proceso definido.
3. Se capacita al personal para la obtención de consentimientos informados.

ESTÁNDAR PFR.6.1
Los pacientes y familiares reciben información para que puedan tomar decisiones sobre su atención.

PROPÓSITO DE PFR.6.1

El personal informa claramente todo tratamiento o procedimiento propuestos al paciente y a la familia.

La información proporcionada incluye:

a) El estado del paciente.
b) El procedimiento/ tratamiento propuesto (acto autorizado).
c) Los beneficios.
d) Los riesgos.
e) Las posibles alternativas.
f) Las probabilidades de éxito.
g) Los posibles problemas relacionados con la recuperación; y
h) Los posibles resultados de no someterse al tratamiento propuesto.

En la carta de consentimiento informado se documentan, al menos, los incisos b), c), d) y e).

El personal también informa al paciente el nombre del médico que tenga la responsabilidad principal de su atención o que esté autorizado a llevar a cabo los procedimientos y/o tratamientos propuestos.

Elementos Medibles de PFR.6.1

1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.
2. Se informa a los pacientes sobre el (los) procedimiento(s) y tratamiento(s) propuesto(s) y el personal autorizado a realizarlos.
3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del (los) tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.
4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al (los) tratamiento(s) propuesto(s) y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.
5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del (los) procedimiento(s)/tratamiento(s) propuesto(s).
6. Los pacientes conocen la identidad del (los) médico(s) u otro(s) facultativo(s) responsable(s) de su atención.
7. En la carta de Consentimiento Informado se documenta el acto autorizado, los riesgos, beneficios y posibles alternativas.

ESTÁNDAR PFR.6.2
La organización implementa un proceso para que terceros puedan otorgar el consentimiento informado.

PROPÓSITO DE PFR.6.2

En ocasiones, el consentimiento informado requiere la participación de un tercero; por ejemplo, cuando el paciente no puede tomar sus propias decisiones por su condición de salud o cuando el paciente es un menor de edad. Cuando el paciente no puede tomar decisiones acerca de su atención, se identifica a un tercero responsable para la toma de decisiones, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente. Cuando el consentimiento es otorgado por un tercero, se documenta en el expediente clínico.

Elementos Medibles de PFR.6.2

1. La organización define un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.
2. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.
3. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.6.3
Se obtiene un consentimiento informado cuando los pacientes ingresan a la organización.

PROPÓSITO DE PFR.6.3

Los establecimientos que ofrecen servicios ambulatorios donde el paciente es ingresado por ejemplo las clínicas de cirugía ambulatoria o de corta estancia deben obtener un consentimiento informado en el momento en que el paciente es admitido para brindarle atención ambulatoria. Los pacientes obtienen información respecto al alcance de este consentimiento informado, en ocasiones llamado “consentimiento informado general” o “consentimiento informado de ingreso/admisión”. Los pacientes también obtienen información sobre los procesos para los cuales se deberá obtener otro consentimiento informado.

Si corresponde, se informa a los pacientes durante el proceso de obtención del consentimiento informado de ingreso/admisión la probabilidad de participación de personal en formación en los procesos de atención clínica y se documenta en la carta de consentimiento informado.
Se debe contar con lineamientos que definan cómo se documenta este consentimiento en el expediente clínico acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.6.3

1. Se informa a los pacientes y/o sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento de ingreso/admisión.
2. Se obtiene un consentimiento informado de ingreso/admisión, si corresponde.
3. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento de ingreso/admisión en el expediente clínico.
4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.
5. Si corresponde, en el consentimiento informado de ingreso/admisión se documenta la participación de personal en formación durante los procesos de atención.

ESTÁNDAR PFR.6.4
Se obtiene un consentimiento informado antes de una cirugía, la administración de anestesia o sedación y el uso de sangre y/o hemocomponentes.

PROPÓSITO DE PFR.6.4

Cuando la atención planeada incluye procedimientos quirúrgicos o invasivos, anestesia y sedación, transfusión de sangre y/o hemocomponentes u otros tratamientos o procedimientos que la organización defina como de alto riesgo; por ejemplo, la colocación de un catéter subclavio, la reutilización de filtros de hemodiálisis, o que sean solicitados por la legislación aplicable vigente, se obtiene un consentimiento informado. Este proceso de consentimiento proporciona la información señalada en el propósito de PFR.6.1 e identifica a la persona que proporciona la información. Se documenta en el expediente clínico acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de PFR.6.4

1. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar procedimientos quirúrgicos.
2. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar anestesia.
3. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar sedación.
4. Se obtiene el consentimiento informado antes de transfundir sangre y hemocomponentes.
5. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar otros procedimientos y tratamientos que la organización ha definido como de alto riesgo.
6. Se obtienen los consentimientos informados que solicita la legislación aplicable vigente.
7. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.
8. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.

ESTÁNDAR PFR.6.4.1
Se obtienen consentimientos informados especiales cuando corresponde.

PROPÓSITO DE PFR.6.4.1

La organización obtiene los consentimientos informados acorde a la legislación aplicable vigente. Sin embargo y de acuerdo al contexto de la organización, hay otras situaciones especiales o particulares en donde es importante informar al paciente y obtener por escrito su consentimiento; cuando esto se lleva a cabo en la organización se considera como un consentimiento informado especial; por lo tanto, la organización realiza un análisis multidisciplinario para identificar aquellas situaciones en las cuales será necesario obtener por escrito un consentimiento informado (por ejemplo, consentimiento para la sujeción de un paciente).

Elementos Medibles de PFR.6.4.1

1. La organización analiza e identifica en qué situaciones será necesario obtener un consentimiento informado especial.
2. Se obtienen los consentimientos informados especiales cuando corresponda.

INVESTIGACIÓN

PFR.7 Se informa a los pacientes y familiares sobre cómo acceder a investigaciones clínicas. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PFR.8 Se obtiene un consentimiento informado antes de que un paciente participe en investigaciones clínicas. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PFR.9 La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación para supervisar toda investigación en la que participen seres humanos. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

EVALUACIÓN DE PACIENTES

Assessment of Patients

AOP

EVALUACIÓN

EVALUACIÓN DE PACIENTES
AOP – EVALUACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
AOP.1	La organización ha definido un proceso de evaluación inicial de pacientes	➲	✍
AOP.1.1	El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención	➲	
AOP.2 - AMB	Se realiza una historia clínica a cada paciente acorde a lo definido por el establecimiento		
AOP.2.1	Se realiza una historia clínica a cada paciente ambulatorio hospitalario en el marco de tiempo definido por la organización		
AOP.3	Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.4	Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión		✍
AOP.5	Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente	➲	✍
AOP.6	Se evalúa el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa		✍
AOP.7-AMB	Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte de la Historia Clínica.		✍
AOP.8-AMB	Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte de la Historia Clínica.		✍
AOP.9-AMB	Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte de la Historia Clínica		✍
AOP.10	Se realiza una evaluación nutricional a cada paciente, como parte del proceso de evaluación inicial, y cuando se identifica riesgo, se realiza una evaluación exhaustiva		✍
AOP.11	Se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, como parte del proceso de evaluación inicial		✍
AOP.12	El proceso de evaluación inicial incluye criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas)		✍
AOP.13	El proceso de evaluación inicial considera revaluar al paciente		✍
AOP.14	El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y de los elementos que se revalúan		
AOP.14.1	Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia		

ESTÁNDAR AOP.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización ha definido un proceso de evaluación inicial de pacientes.

ESTÁNDAR AOP.1.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente con el fin de identificar sus necesidades específicas de atención.

➲ PROPÓSITO DE AOP.1 ✍ Y AOP.1.1

La evaluación inicial es un proceso que se realiza a fin de identificar en forma coherente las necesidades y factores de riesgos específicos de cada paciente que pueden impactar en el proceso de atención. Para llevar a cabo lo anterior, cada organización define:

- Los elementos o criterios por evaluar acorde a la población, características de pacientes que atiende y el momento más adecuado para obtener dichas evaluaciones
- Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones
- Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación
- El lugar donde se documenta el proceso de evaluación inicial, que permita dar seguimiento a los resultados
- El momento de la primera evaluación
- La periodicidad de las revaluaciones que la organización considere pertinente
- Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.

Las evaluaciones requieren de identificar o adaptar algunas ocasiones a las poblaciones y contextos específicos, lo que podríamos definir como “personalizar”, sin que esto se refiera que se deberá adaptar a cada persona, sino mas bien a grupos poblacionales por ejemplo: Una escala de dolor se puede personalizar para pacientes adultos, pacientes sedados, neonatos, pediátricos, dolor obstétrico, etc. Tener procesos de personalización de las evaluaciones nos permiten tener resultados más objetivos y poder hacer intervenciones oportunas para la atención del paciente.

El proceso de evaluación inicial es fundamental para identificar las necesidades específicas de cada paciente y comenzar el proceso de atención. Este proceso proporciona información para:

- entender la atención que el paciente necesita,
- seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente,
- orientarnos a formular un diagnóstico inicial y las necesidades de atención inmediatas del paciente
- comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

Para los pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria, se incluyen, al menos, los siguientes cuatro elementos como parte del proceso de evaluación inicial:

- Historia Clínica
- Evaluación de enfermería, si corresponde
- Evaluación del dolor y sus características
- Evaluación del riesgo de caídas (MISP.6)

Este proceso de evaluación inicial toma en cuenta la legislación aplicable vigente.

Cada evaluación debe documentarse, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una. La forma y lugar en donde se documenta los determina cada organización no perdiendo de vista que **el objetivo de documentarlo es que el resto de los profesionales de la salud que intervienen en la atención estén informados de los riesgos identificados,** debido a esto es importante que las valoraciones se hayan realizado de manera completa, correcta, oportuna y se encuentren disponibles para quienes atienden al paciente.

Personal calificado de diferentes disciplinas podrá participar en el proceso de evaluación inicial. La organización de acuerdo a su contexto, define qué personal realizará cada evaluación y las competencias que deben tener. Por ejemplo, médicos, personal de enfermería, personal clínico en formación, psicólogos, químicos, nutriólogos, entre otros, con el fin de crear un plan de tratamiento que impacte en el proceso de atención a partir de la integración de la información

Elementos Medibles de AOP.1

1. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el paciente ambulatorio que describe, al menos, lo siguiente:
   1.1. Los elementos o criterios por evaluar.
   1.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.
   1.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.
   1.4. El lugar donde se documenta.
   1.5. El momento de la primera evaluación.
   1.6. La periodicidad de las revaluaciones.
   1.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.
2. La práctica es consistente con el proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de AOP.1.1

1. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente ambulatorio.
2. El proceso de evaluación inicial del paciente ambulatorio incluye, al menos, los siguientes elementos:
   2.1. Historia Clínica.
   2.2. Evaluación de enfermería, si corresponde.
   2.3. Evaluación del dolor.
   2.4. Evaluación del riesgo de caídas.

ESTÁNDAR AOP.2
Se realiza una historia clínica a cada paciente acorde a lo definido por el establecimiento.

PROPÓSITO DE AOP.2

Uno de los elementos del proceso de evaluación inicial es la historia clínica que se lleva a cabo con el fin de comprender las necesidades del paciente identificadas por el personal médico y que servirá para la planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario. Dicha historia contiene, al menos, los siguientes elementos:

a) Interrogatorio.
b) Exploración física.
c) Factores de Riesgo Social (AOP.5).
d) Valores, Creencias y Costumbres (AOP.6).
e) Factores de Riesgo Psicológico (AOP.7).
f) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
g) Diagnósticos o problemas clínicos.
h) Pronóstico.
i) Indicación terapéutica.

La historia clínica se completa, en el marco de tiempo definido por el establecimiento. Cuando el estado del paciente así lo requiera, esta evaluación se llevará a cabo y estará disponible lo antes posible. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.

La historia clínica podrá realizarla un médico o personal médico en formación supervisado, de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Para el caso de las unidades de hemodiálisis al menos se considera durante la evaluación inicial además de los elementos mencionados los exámenes de laboratorio y gabinete siguientes:

j) Serología Viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).
k) Biometría Hemática completa.
l) Electrolitos séricos (Na, K, Cl).
m) Química sanguínea de tres elementos (glucosa, Urea y Creatinina).
n) Depuración de creatinina (si corresponde si el paciente ya se le realizó tratamiento de Hemodiálisis antes de su primer contacto con la organización, o se define el tiempo máximo para contar con este estudio para el paciente).
o) Radiografía de tórax.
p) Electrocardiograma.

Para los incisos o) y p) se define por la organización el tiempo máximo para contar con estos elementos para evaluar al paciente siempre y cuando no sea una urgencia dialítica y se evalúe el riesgo beneficio de otorgar el tratamiento sin estos elementos.

Elementos Medibles de AOP.2

1. A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.
2. La historia clínica contiene, al menos, los incisos de la a) a la i) definidos en el propósito.
3. Se completa la historia clínica en el marco de tiempo definido por la organización.
4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.
5. Un médico y/o personal médico en formación supervisado realiza la historia clínica de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
6. Para las unidades de Hemodiálisis se consideran además, los estudios de laboratorio y gabinete referidos en los incisos de la j) a la p) definidos en el propósito.

ESTÁNDAR AOP.3
Se realiza una evaluación de enfermería a cada paciente como parte del proceso de evaluación inicial.

Propósito de AOP.3 ✍

Si corresponde al contexto de la organización se realiza la evaluación de enfermería que se lleva a cabo con el fin de comprender las necesidades del paciente identificadas por el personal de enfermería y que servirá para la planeación de la atención por parte del equipo multidisciplinario. Cada organización define los elementos de la evaluación de enfermería.

Esta evaluación se completa en el marco de tiempo definido por la organización.

Esta evaluación es realizada por personal de enfermería de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

Elementos Medibles de AOP.3

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de enfermería. 🗐
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte del proceso de evaluación inicial.
3. El personal de enfermería realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
4. La evaluación de enfermería se documenta en el expediente clínico.

AOP.4 Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR AOP.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se realiza una evaluación del dolor a cada paciente.

➲ PROPÓSITO DE AOP.5 ✍

En todos los pacientes se evalúa intencionalmente la presencia del dolor. Esta evaluación se caracteriza por:

- Valorarse a través de una o varias herramientas acordes a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada
- Realizarse en el primer contacto clínico del paciente con la organización
- En caso de que el paciente presente dolor es importante realizar una valoración más precisa del dolor la cual considere al menos: la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración)
- Registrarse de modo tal que facilite la revaluación y el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.
- Si corresponde, se revalora al paciente en caso de aplicar en el marco de tiempo que la organización defina.

Esta evaluación es realizada por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.

La evaluación del dolor puede llevarse a cabo durante la realización de la historia clínica o en el momento del primer contacto del paciente con el personal clínico de la organización y puede quedar registrada en la historia clínica, en caso de que se identifique signos o síntomas de dolor se pueden utilizar herramientas adicionales para profundizar en la evaluación acorde al propósito de este estándar

Elementos Medibles de AOP.5

1. La organización define el uso estandarizado de una o varias herramientas para la evaluación del dolor, acorde a la población y características clínicas del paciente. 🗐
2. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto clínico del paciente con la organización.
3. En los pacientes que presentan dolor la evaluación considera la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).
4. La evaluación se registra de modo tal que facilite la revaluación y el seguimiento.
5. Esta evaluación la realiza el personal clínico definido por la organización de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
6. La evaluación del dolor se documenta en el expediente clínico.
7. La revaluación del dolor se documenta en el expediente clínico, si corresponde, en el marco de tiempo que la organización defina.

AOP.6 Se evalúa el riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR AOP.7
Se evalúan los factores de riesgo social de cada paciente como parte de la Historia Clínica.

PROPÓSITO DE AOP.7 ✍

Otro de los elementos del proceso de evaluación inicial es la evaluación de factores de riesgo social de cada paciente, es importante aclarar que el propósito de esta evaluación es identificar de manera oportuna situaciones de riesgo social que el equipo de salud debe de tomar en cuenta para asegurar la continuidad de la atención ya sea de forma hospitalaria o el posible manejo ambulatorio y lograr una evolución lo más satisfactoria posible. Algunos ejemplos (enunciativos, más no limitativos) de factores de riesgo social que podrían influir en la continuidad de la atención de un paciente son los siguientes:

- Nivel educativo
- Condiciones de vivienda
- Acceso a servicios públicos
- accesibilidad a servicios de salud ante la presencia de un dato de alarma clínica.
- Condición socioeconómica
- contar o no con acceso a servicios de salud (públicos o privados)
- presencia de círculo de apoyo disponible para el cuidado.
- entre otras consideraciones que la organización considere acorde a su población de pacientes

La información social no está destinada a clasificar al paciente acorde a su nivel socioeconómico, por el contrario, tiene el propósito de conocer los factores de riesgo relacionados con el contexto social, familiar y, si corresponde, económico de cada paciente, ya que son factores importantes que pueden influir en su respuesta a la enfermedad y al tratamiento.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo según el contexto de la población que atiende, así como las poblaciones de pacientes y situaciones especiales en las cuales se personaliza esta evaluación.

La evaluación de factores riesgo social de cada paciente forma parte de la historia clínica, la cual se completa en el marco de tiempo definido por la Organización.

Elementos Medibles de AOP.7

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo. 🗐
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo social como parte de la Historia Clínica.
3. Se toman en cuenta los resultados de la evaluación para planificar la atención del paciente.

ESTÁNDAR AOP.8
Se evalúan los valores, costumbres y creencias de cada paciente como parte de la Historia Clínica.

PROPÓSITO DE AOP.8 ✍

El proceso de atención es más efectivo cuando se consideran los valores, costumbres y creencias de cada paciente, con el objetivo de tomarlos en cuenta en la medida de lo posible para adecuar la atención y respetar sus derechos.

Cada organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias para identificar los factores que pudieran impactar en el proceso de atención, es decir, qué y cómo se va a interrogar para conocer estos aspectos. Es importante señalar que esta evaluación no tiene como propósito identificar la religión del paciente, si la organización considera importante adecuar algunos servicios por la religión del paciente, se puede incluir como parte de la evaluación, pero debe de complementarse con otros aspectos como costumbres o que sean de relevancia para el paciente y puedan impactar en el proceso de atención.

La evaluación de valores, costumbres y creencias de cada paciente forma parte de la Historia Clínica, la cual se completa en el marco de tiempo establecido por la Organización.

Elementos Medibles de AOP.8

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias.
2. A cada paciente se le realiza una evaluación de valores, costumbres y creencias como parte de la Historia Clínica.
3. Se toman en cuenta los resultados de la evaluación para planificar la atención del paciente.

ESTÁNDAR AOP.9
Se evalúan los factores de riesgo psicológico de cada paciente como parte de la Historia Clínica.

PROPÓSITO DE AOP.9

Actualmente los problemas psicológicos se presentan en gran parte de la población por lo tanto realizar una evaluación psicológica de tamizaje como parte de la Historia Clínica, permite identificar el estado emocional del paciente (por ejemplo, si está deprimido, temeroso o agresivo y pudiera hacerse daño o hacerle daño a los demás).

Esta valoración forma parte de la historia clínica y se realiza en todos los pacientes de primera vez y en los subsecuentes cuando es necesario actualizarla.

Elementos Medibles de AOP.9

1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico.
2. A todos los pacientes de primera vez se les realiza una evaluación psicológica de tamizaje como parte de la Historia Clínica.
3. Los resultados de la evaluación se toman en cuenta para la planificación de la atención.

AOP.10 Se realiza una evaluación nutricional a cada paciente, como parte del proceso de evaluación inicial, y cuando se identifica riesgo, se realiza una evaluación exhaustiva. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

AOP.11 Se identifica la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, como parte del proceso de evaluación inicial. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

AOP.12 El proceso de evaluación inicial incluye criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas). (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

AOP.13 El proceso de evaluación inicial considera revaluar al paciente. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR AOP.14
El equipo multidisciplinario de atención analiza e integra la información derivada del proceso de evaluación inicial y de los elementos que se revalúan.

ESTÁNDAR AOP.14.1
Se informan los resultados del proceso de evaluación inicial al paciente y su familia.

PROPÓSITO DE AOP.14 Y AOP.14.1

La información derivada del proceso de evaluación fuera y dentro de la organización, en diferentes departamentos y servicios, resultados de exámenes u otros datos, se incluyen y/o documentan en el expediente clínico. Un paciente será más beneficiado cuando el personal responsable trabaje en equipo de manera multidisciplinaria para analizar los hallazgos de las evaluaciones e integre esta información del estado de salud del paciente. A partir de esta colaboración, se identifican las necesidades del paciente, se establece el orden de importancia de las mismas y se toman decisiones respecto a la atención. La integración de los hallazgos en este momento facilitará la coordinación para la atención.

Cuando las necesidades del paciente no son complejas, el proceso multidisciplinario de atención es sencillo e informal. En el caso de pacientes con necesidades complejas puede ser recomendable hacer reuniones formales del equipo de atención, reuniones con el paciente y sesiones clínicas.

La organización acorde a su capacidad de atención debe definir criterios que le permitan la identificación de pacientes que puede brindarles atención, por ejemplo, un paciente con necesidades de atención complejas, pudiera ser derivado o trasladado a otro nivel de atención.
El paciente y su familia se integran debidamente en el proceso de decisión al informarles sobre los resultados de las evaluaciones, diagnósticos y la planeación de la atención.

Elementos Medibles de AOP.14

1. La organización define los criterios para determinar a qué pacientes puede brindarles la atención.
2. Se analizan e integran los datos e información derivados del proceso de evaluación del paciente.
3. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.
4. En el proceso participa el equipo multidisciplinario de atención del paciente.
5. Se deriva o traslada a aquellos pacientes a los cuales no se les puede brindar la atención.

Elementos Medibles de AOP.14.1

1. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados del proceso de evaluación inicial.
2. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planeados, y ellos participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

Assessment of Patients

SAD

DIAGNÓSTICO

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO
SAD – DIAGNÓSTICO
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	SERVICIOS DE LABORATORIO		
SAD.1	Los Servicios de Laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.		
SAD.1.1	Se han implementado procesos de Seguridad en el Laboratorio		✍
SAD.1.2	La realización de los análisis y la interpretación de los resultados se llevan a cabo por personal competente		
SAD.1.3	Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de manera oportuna	➲	✍
SAD.1.3.1	Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de tal manera que se reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos	➲	
SAD.1.4	Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Laboratorio		✍
SAD.1.5	Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio están disponibles		
SAD.1.6	Se han definido procesos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras		✍
SAD.1.7	Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan rangos o parámetros de referencia		
SAD.1.8	Un profesional competente es responsable de la gestión los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.9	Se han implementado procesos de Control de Calidad dentro de los Servicios de Laboratorio		
SAD.1.9.1	Se han implementado procesos de Control de Calidad externo		
SAD.1.10	La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario		
	SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN		
SAD.2	Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente		
SAD.2.1	Se han implementado procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen		✍
SAD.2.2	Se han implementado Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen	➲	✍
SAD.2.3	La realización de los estudios de radiología e imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal competente		
SAD.2.4	Los resultados de los estudios de radiología e imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define la organización	➲	✍
SAD.2.5	Los resultados de radiología e imagen se informan por escrito o de manera verbal correctamente	➲	

SAD.2.6	Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Radiología e Imagen	
SAD.2.7	Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen están disponibles	
SAD.2.8	La gestión de los Servicios de Radiología e Imagen se lleva a cabo por un profesional competente	
SAD.2.9	Se ha implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo	
SAD.2.10	La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario	

SERVICIOS DE LABORATORIO

ESTÁNDAR SAD.1
Los Servicios de Laboratorio están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SAD.1

El establecimiento cuenta con servicios propios y/o subrogados de laboratorio que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con la legislación aplicable vigente.

Los Servicios de Laboratorio deben contar con infraestructura, equipo y personal suficiente para asegurar su funcionamiento. Se informa a los pacientes o familiares sobre la disponibilidad de horarios de atención de rutina y el proceso para disponer de servicios de urgencia en caso de ser necesario.

Cuando se utilizan servicios subrogados o bajo convenio, el establecimiento se asegura de que:

- Sean accesibles para el paciente.
- Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables.
- Se ofrecen alternativas de servicios cuando corresponde.
- Cumplan con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado de laboratorio, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio.
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, por ejemplo, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos, competencias de su personal o medidas para la prevención de infecciones.
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva si corresponde, marcaje de sitio correcto si corresponde y reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de SAD.1

1. Los Servicios de Laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Laboratorio adecuados y regulares para atender las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud.
3. Hay Servicios de Laboratorio para casos de urgencia, cuando aplique.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado se definen las especificaciones de calidad, que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta al menos una vez al año.
7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR SAD.1.1
Se han implementado procesos de Seguridad en el Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.1 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Los Servicios de Laboratorio cuentan con procesos de Seguridad acorde a los riesgos y problemas que se encuentran en ellos. Los procesos se ocupan de las prácticas de seguridad y las medidas de prevención para el personal del laboratorio, demás personal y pacientes. Los procesos se alinean al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.

Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que incluyen al menos la definición de lo siguiente:

- Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
- Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
- Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.
- Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
- Aplicación del programa de control interno de calidad para todos los estudios que se realizan que incluya la etapa preanalítica, analítica y postanalítica.
- Participar en al menos un programa de control externo de calidad de acuerdo a las pruebas que realizan

Para la integración e implementación del programa se considera lo siguiente:

- La planeación con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
- La implementación de procesos seguros.
- La capacitación del personal.
- La monitorización de los procesos.
- La realización de las pruebas de control interno de calidad para los estudios que se realizan.
- Participar en un programa de capacitación externa que incluye los estudios que se realizan.
- La supervisión integral de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.1.1

1. Se ha implementado procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente: 🗐
   1.1. Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.
   1.2. Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.
   1.3. Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.
   1.4. Aplicación de las pruebas.
   1.5. Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.
2. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.
3. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
4. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.
5. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
6. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.
7. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a lo definido en el Programa.

8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.
9. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe capacitación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.

ESTÁNDAR SAD.1.2
La realización de los análisis y la interpretación de los resultados se llevan a cabo por personal competente.

PROPÓSITO DE SAD.1.2

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad.

Cuando dispone de un laboratorio propio, la organización identifica qué miembros del personal de los Servicios de Laboratorio realizan los análisis y quiénes los dirigen y/o los supervisan. Dicha información se plasma en la descripción de funciones y se integra a la evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia.

Además, hay una cantidad suficiente de personal para realizar análisis sin demora, durante todas las horas de funcionamiento y para situaciones de urgencia, si corresponde.

Elementos Medibles de SAD.1.2

1. Se identifica al personal que realiza los análisis y al que los dirige o supervisa.
2. Los análisis son realizados por personal con las competencias necesarias.
3. Los análisis son interpretados por el personal con las competencias necesarias.
4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
5. El personal de supervisión cuenta con las competencias necesarias.

ESTÁNDAR SAD.1.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de manera oportuna.

➲ **PROPÓSITO DE SAD.1.3**

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de las condiciones y entrega del servicio.

En caso de disponer de laboratorio propio, la organización define el lapso para informar los resultados de los análisis de laboratorio. Los resultados se informan dentro del marco de tiempo definido según las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico. Cuando aplica esta situación, los resultados de los análisis urgentes, obtienen especial atención durante su proceso de planeación y control. Los resultados de los análisis se documentan en un reporte que incluye los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.
Además, cuando los Servicios de Laboratorio son subrogados, la organización acuerda previamente los tiempos de recepción de la información de acuerdo al tipo de estudio y verifica que los informes se entreguen puntualmente.

Elementos Medibles de SAD.1.3

1. La organización ha definido el tiempo esperado para los resultados.
2. Se monitoriza la puntualidad del informe de los análisis urgentes, si aplica.
3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

ESTÁNDAR SAD.1.3.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de los análisis de los Servicios de Laboratorio se informan de tal manera que se reduce la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

➲ PROPÓSITO DE SAD.1.3.1

Este estándar se implementa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad como parte de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes, las muestras biológicas (contenedores) y los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional del Paciente número 1 (MISP.1).

En caso de disponer de laboratorio propio, cuando los resultados de laboratorio precisan ser informados de manera verbal o telefónica, por ejemplo, cuando se obtienen resultados fuera de rango se asegura la precisión de esta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar (MISP.2).

Elementos Medibles de SAD.1.3.1

1. Las solicitudes para realizar análisis de laboratorio contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
3. Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.
4. Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.

ESTÁNDAR SAD.1.4
Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.4

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad descritas en el estándar GLD.5.5

El personal del laboratorio trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.

La organización implementa un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Laboratorio que incluye al menos, los siguientes procesos como parte del mismo:

a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.
b) La selección y adquisición de todo el equipo.
c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
e) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.
g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo de Laboratorio y su historia de servicio está documentada.

Elementos Medibles de SAD.1.4

1. Se ha definido un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Laboratorio e incluye al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito.
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).
3. El programa está implementado en todos los Servicios de Laboratorio.
4. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

ESTÁNDAR SAD.1.5
Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio están disponibles.

PROPÓSITO DE SAD.1.5

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad establecidas en el estándar GLD.5.5

La organización ha identificado los reactivos y suministros necesarios para proporcionar de manera regular los Servicios de Laboratorio a sus pacientes. Se ha definido un proceso para asegurar la provisión de aquellos reactivos esenciales y demás suministros. Todos los reactivos se guardan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de todos los reactivos asegura la exactitud y la precisión de los resultados. Se define cómo se deberán etiquetar los reactivos y las soluciones de forma completa y precisa.

Elementos Medibles de SAD.1.5

1. La organización ha definido un proceso para que estén disponibles los suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio.
2. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.
3. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.
4. Todos los reactivos se guardan y se dispensan acorde a los procesos definidos por la organización.
5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.
6. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa acorde a lo definido por la organización.

ESTÁNDAR SAD.1.6
Se han definido procesos para recolectar, identificar, manipular, transportar en forma segura y desechar las muestras.

PROPÓSITO DE SAD.1.6 ✍

La organización define e implementa los siguientes procesos, sean sus Servicios de Laboratorio propios o subrogados:

- Solicitar los análisis de laboratorio.
- Recolectar e identificar muestras.
- Transportar, almacenar y preservar muestras.
- Recibir, ingresar al sistema y rastrear muestras.

Estos procesos también se llevan a cabo en el caso de las muestras enviadas y/o recolectadas por servicios subrogados, por lo cual la organización puede considerarlos en las especificaciones de calidad como parte de las condiciones y entrega del servicio.

Elementos Medibles de SAD.1.6

1. Se han definido procesos que guían la solicitud de análisis. 🗐
2. Se han definido procesos que guían la recolección e identificación de muestras. 🗐
3. Se han definido procesos que guían el transporte, almacenamiento y conservación de muestras. 🗐
4. Se han definido procesos que guían la recepción y rastreo de muestras. 🗐
5. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Laboratorio.
6. Se supervisan los procesos cuando se emplean servicios subrogados.

ESTÁNDAR SAD.1.7
Para interpretar e informar los resultados del laboratorio se utilizan rangos o parámetros de referencia.

PROPÓSITO DE SAD.1.7

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad del requisito GLD.5.5

Los Servicios de Laboratorio propios o subrogados establecen valores de referencia o rangos “normales” para cada análisis realizado. El rango se incluye en los informes de resultados correspondientes. Los rangos de referencia son adecuados a la geografía y situación demográfica del establecimiento, se revisan y actualizan cuando cambian los métodos.

Elementos Medibles de SAD.1.7

1. Se han establecido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.
2. Los rangos o parámetros se incluyen en el informe de resultados del análisis realizado.
3. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.

ESTÁNDAR SAD.1.8
Un profesional competente es responsable de la gestión de los Servicios de Laboratorio.

PROPÓSITO DE SAD.1.8

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad del requisito GLD.5.5.

Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias necesarias acorde a la legislación aplicable vigente. Esta persona asume la responsabilidad profesional de las instalaciones del laboratorio.

Las funciones del responsable del laboratorio incluyen:

- La definición, implementación y actualización de procesos.
- La supervisión administrativa.
- El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
- La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
- La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- La recomendación de subrogar Servicios de Laboratorio.
- El control y la revisión de todos los procesos.

Elementos Medibles de SAD.1.8

1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional competente.
2. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Laboratorio incluyen:
   2.1. La elaboración, implementación y actualización de procesos.
   2.2. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
   2.3. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
   2.4. La supervisión administrativa.
   2.5. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
   2.6. La recomendación de subrogar servicios de laboratorio.
   2.7. El control y la revisión de todos los servicios de laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento.
3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

ESTÁNDAR SAD.1.9
Se han implementado procesos de Control de Calidad dentro de los Servicios de Laboratorio.

ESTÁNDAR SAD.1.9.1
Se han implementado procesos de Control de Calidad externo.

PROPÓSITO DE SAD.1.9 Y SAD.1.9.1

Este estándar se evalúa en los Servicios de Laboratorio propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad en el requisito GLD.5.5.

Los sistemas de Control de Calidad son esenciales para proporcionar excelentes Servicios de Laboratorio. El control de calidad incluye:

- La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
- Incluye la etapa preanalítica, analítica y post analítica
- La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
- La aplicación de una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
- La prueba de los reactivos.
- La documentación de resultados y medidas correctivas.

El Control de Calidad externo determina cómo se comparan los resultados de un laboratorio con otros que emplean las mismas metodologías. Dichas pruebas pueden identificar problemas de desempeño que no se reconocen mediante mecanismos internos. De este modo, el laboratorio deberá participar en un programa aprobado de Control de Calidad, cuando esté disponible en el mercado. En forma alternativa, cuando no hay programas aprobados disponibles, el laboratorio intercambia muestras con un laboratorio de otra organización, a fin de realizar pruebas de comparación

(estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio.

Los programas de Control de Calidad Externo (ensayo de aptitud), o un método alternativo, se llevan a cabo para todos los estudios de laboratorio que se realicen, incluyendo en su caso los de especialidades cuando estén disponibles (por ejemplo, toxicología, citogenética, inmunogenética, biología molecular, etc.).

Elementos Medibles de SAD.1.9

1. Se ha implementado un programa de Control de Calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:
   1.1. La validación de los métodos de análisis empleados, en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.
   1.2. La monitoria de las etapas preanalítica, analítica y postanalítica.
   1.3. La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.
   1.4. Una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.
   1.5. La prueba de los reactivos.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.
3. Se documentan las medidas aplicadas.

Elementos Medibles de SAD.1.9.1

1. El laboratorio participa al menos en un programa externo de calidad que incluye los estudios de laboratorio que realiza.
2. Se lleva un registro del programa.

ESTÁNDAR SAD.1.10
La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando sea necesario.

PROPÓSITO DE SAD.1.10

La organización es capaz de identificar, realizar una lista y contactar a los expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como parasitología, virología o toxicología, cuando sea necesario.

Elementos Medibles de SAD.1.10

1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. Se convoca expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

SERVICIOS DE RADIOLOGÍA E IMAGEN

ESTÁNDAR SAD.2
Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, están disponibles para atender las necesidades de los pacientes y cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE SAD.2

El establecimiento cuenta con Servicios de Radiología e Imagen propios y/o subrogados que cubren las necesidades de su población de pacientes, los servicios clínicos ofrecidos y las necesidades de los prestadores de atención médica. Estos servicios cumplen con los estándares, leyes, reglamentos y normas correspondientes.

Dentro de los Servicios de Radiología e Imagen se incluye medicina nuclear, radioterapia oncológica y cateterismo cardiaco.

Los Servicios subrogados de Radiología e Imagen:
- Son accesibles para el paciente.
- Su selección se basa en un análisis de sus antecedentes y capacidad técnica aceptables.
- Cumplen con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado de radiología e imagen, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:
a) Características y condiciones de entrega del servicio.
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos en el manejo y uso de los medicamentos, la prevención y control de infecciones, la gestión y seguridad de las instalaciones y las competencias y capacitación del personal.
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva en manejo de información verbal, la seguridad en el manejo de medicación si se utilizan radiofármacos, los protocolos de seguridad en los procedimientos si se realiza cateterismo cardiaco, la reducción del riesgo de infecciones y del riesgo de caídas.

La organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de las especificaciones para los servicios subrogados, del cual se obtienen resultados que son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de SAD.2

1. Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente.
2. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles de acuerdo al contexto de la Organización.
3. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia si corresponde al contexto de la Organización.
4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
7. Los resultados de las supervisiones se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR SAD.2.1
Se han implementado procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.

PROPÓSITO DE SAD.2.1 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad descritas en los requisitos GLD.5.5

La organización ha definido los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye los servicios de radiología, diagnóstico por imagen, medicina nuclear, radioterapia oncológica, fluoroscopía (como el cateterismo cardiaco). Los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen es consistente con los riesgos y problemas identificados en la organización. Los procesos se ocupa de las prácticas de protección y las medidas de prevención para todo el personal y para los pacientes. Los procesos se alinean al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.

Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluyen al menos la definición de lo siguiente:

a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas, los riesgos y los peligros identificados.
b) Orientación y/o capacitación de todo el personal en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.
c) Seguimiento al personal ocupacionalmente expuesto.
d) Manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos (Cuando así aplique)

Para la integración e implementación de los procesos se considera lo siguiente:

- La planeación de actividades preventivas con base en el análisis de riesgos y problemas identificados.
- La implementación de procesos seguros.
- La capacitación del personal.
- La monitorización de los procesos mediante la definición de indicadores
- La supervisión integral de todos los procesos y la evidencia de dicha supervisión

Elementos Medibles de SAD.2.1

1. Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito. 🗐
2. Los Procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen están implementados.
3. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.
4. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.
5. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.
6. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.
7. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas que se llevan a cabo y acorde a los riesgos y peligros identificados.
8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles para el tipo de estudios que se llevan a cabo.
9. La manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos se realiza conforme a lo definido en el proceso (cuando así aplique).

ESTÁNDAR SAD.2.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se han implementado Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen.

➲ PROPÓSITO DE SAD.2.2 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de los aspectos relevantes de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

La organización define e implementa procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen (propios y/o subrogados), que incluyen, al menos, los siguientes puntos:

- La integración en los procesos con lo definido en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, principalmente con la identificación del paciente (MISP.1) y prevención del riesgo de caídas (MISP.6).
- El manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
- La vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.

Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados.

Elementos Medibles de SAD.2.2

1. Se han definido Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se coordina con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente. 🗐
2. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen.
3. Los procesos se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que así apliquen.
4. Se ha definido el proceso a seguir para el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.
5. Los procesos incluyen la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.
6. Los procesos están implementados en los servicios subrogados.

ESTÁNDAR SAD.2.3
La realización de los estudios de radiología e imagen, la interpretación de los resultados y el informe de los mismos están a cargo de personal competente.

PROPÓSITO DE SAD.2.3

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad referidas en el estándar GLD.5.5.

La organización identifica qué personal de los Servicios de Radiología e Imagen realiza los estudios, interpreta los resultados o verifica e informa los resultados, así como los que dirigen o supervisan los procesos; dicha información se plasma en la descripción de funciones y se integra a la evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia, destrezas y con orientación en lo que se refiere a su trabajo. El personal técnico realiza tareas que concuerdan con su capacitación y experiencia. El establecimiento cuenta con suficiente personal para realizar, interpretar e informar estudios sin demora y proporcionar servicios todas las horas de funcionamiento de acuerdo al contexto de la organización.

Elementos Medibles de SAD.2.3

1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.
2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen está a cargo de personal competente.
3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal competente.
4. El personal adecuado verifica e informa los resultados de los estudios.
5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.
6. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.

ESTÁNDAR SAD.2.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de los estudios de Radiología e Imagen están disponibles en forma completa y oportuna, tal como lo define la organización.

➲ PROPÓSITO DE SAD.2.4 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados debe considerarse en las especificaciones de calidad dentro de las condiciones y entrega del servicio referidos en el estándar GLD.5.5.

La organización define el lapso para informar los resultados de los estudios de radiología e imagen de acuerdo con las necesidades del paciente, los servicios ofrecidos y las necesidades del personal clínico, incluidos los estudios solicitados en casos de urgencia. Los servicios de urgencias, obtienen especial atención durante su proceso de planeación y control. Los estudios de radiología e imagen realizados por servicios subrogados, se informan de conformidad con lo definido por la organización (especificaciones de calidad).

Elementos Medibles de SAD.2.4

1. La organización ha definido el marco de tiempo para informar resultados. 🗐
2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes.
3. Los resultados de radiología e imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.
4. Los resultados de los estudios de radiología e imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.

ESTÁNDAR SAD.2.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los resultados de Radiología e Imagen se informan por escrito de manera verbal correctamente.

➲ PROPÓSITO DE SAD.2.5

Los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización o subrogados deben considerar las especificaciones de calidad establecidas en las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente (MISP).

Las solicitudes y los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito de manera que se identifique correctamente al paciente utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización acorde a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1 (MISP.1).

Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica se asegura la precisión de esta información utilizando el proceso establecido por la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 2: Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.

Elementos Medibles de SAD.2.5

1. Las solicitudes para realizar estudios de radiología e imagen contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.
2. Los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación establecidos por la organización.
3. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.

ESTÁNDAR SAD.2.6
Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico de los Servicios de Radiología e Imagen.

PROPÓSITO DE SAD.2.6 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad referidas en el estándar GLD.5.5.

El personal de los Servicios de Radiología e Imagen trabaja para asegurar que todo el equipo funcione a niveles aceptables y de una manera segura para los operadores.

La organización implementa un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los siguientes procesos como parte del mismo:

a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.
b) La selección y adquisición de todo el equipo.
c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).
d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.
e) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.
f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.
g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.

El programa se integra al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).

La frecuencia de las pruebas, el mantenimiento y la calibración están relacionados con el uso del equipo de los Servicios de Radiología e Imagen y su historia de servicio está documentada.

Elementos Medibles de SAD.2.6

1. Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito. 🗐
2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).
3. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.

ESTÁNDAR SAD.2.7
Los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen están disponibles.

PROPÓSITO DE SAD.2.7 ✍

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad referidas en los requisitos de GLD. 3.3.

La organización ha identificado los insumos necesarios para proporcionar Servicios de Radiología e Imagen a sus pacientes e implementa un proceso para asegurar la provisión de estos insumos. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según los procedimientos definidos. La evaluación periódica de los reactivos (cuando corresponde) asegura la exactitud y la precisión de los resultados.

Elementos Medibles de SAD.2.7

1. La organización ha definido un proceso para el suministro de los insumos necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen.🗐
2. Los insumos esenciales para prestar Servicios de Radiología e Imagen están identificados.
3. Los insumos esenciales están disponibles.
4. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según lo definido por la organización.
5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.
6. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.

ESTÁNDAR SAD.2.8
La gestión de los Servicios de Radiología e Imagen se lleva a cabo por un profesional competente.

PROPÓSITO DE SAD.2.8

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad referidas en los requisitos de GLD.5.5.

Los Servicios de Radiología e Imagen se encuentran bajo la dirección de un profesional con las competencias adecuadas acorde a la legislación aplicable vigente quien asume la responsabilidad de las instalaciones y de los servicios proporcionados.

La persona del Servicio de Radiología e Imagen que responda a una consulta clínica o emita una opinión médica, deberá ser un médico radiólogo acorde a la legislación aplicable vigente. Cuando se proporciona radioterapia u otros servicios especiales, su aplicación estará bajo la dirección de personal debidamente calificado.

Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen incluyen:

- La elaboración, implementación y actualización de políticas y procedimientos.
- La supervisión administrativa de las instalaciones y los servicios.
- El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el Servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
- La implementación de procesos consistentes con los definidos en el alcance de la organización.
- La integración con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.
- La recomendación de Servicios subrogados de Radiología e Imagen si corresponde.
- El control y revisión de todos los Servicios de Radiología e Imagen.

Elementos Medibles de SAD.2.8

1. Los Servicios de Radiología e Imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con la legislación aplicable vigente.
2. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen tienen las funciones siguientes:
   2.1. La elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.
   2.2. La supervisión administrativa de las instalaciones y los servicios.
   2.3. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.
   2.4. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.
   2.5. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
   2.6. La recomendación de servicios subrogados de radiología e imagen si corresponde.
   2.7. El control y la revisión de los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados.
3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.

ESTÁNDAR SAD.2.9
Se ha implementado un Programa de Control de Calidad interno y externo.

PROPÓSITO DE SAD.2.9

Este estándar se evalúa en los Servicios de Radiología e Imagen propios de la organización. Para los servicios subrogados puede considerarse en las especificaciones de calidad referidos en los requisitos de GLD.5.5.

Cada organización define un Programa de Control de Calidad interno y externo para validar sus procesos acordes a sus recursos y a los Servicios de Radiología e Imagen que brinda.
El Programa está implementado.

Elementos Medibles de SAD.2.9

1. Se ha definido un Programa de Control de Calidad interno y externo para los Servicios de Radiología e Imagen.
2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos.
3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas.

ESTÁNDAR SAD.2.10
La organización tiene acceso a expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

PROPÓSITO DE SAD.2.10

El establecimiento cuenta con un listado y puede localizar expertos en áreas de diagnóstico especializadas, tales como física de la radiación, radioterapia oncológica o medicina nuclear, con quienes se pone en contacto cuando es necesario. La lista de expertos se encuentra actualizada.

Elementos Medibles de SAD.2.10

1. El establecimiento conserva una lista actualizada de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.
2. El establecimiento se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.

ATENCIÓN DE PACIENTES

Care of Patients

COP

ATENCIÓN

ATENCIÓN DE PACIENTES
COP – ATENCIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES		
COP.0	La organización implementa procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de salud en México		
COP.1	La atención uniforme de todos los pacientes es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente		
COP.2	Se integra y coordina la atención que se brinda a cada paciente		
COP.2.1	Se planea la atención que se brinda a cada paciente		
COP.2.2	Se documentan las indicaciones acordes a lo definido por la organización	➲	✍
COP.2.3-AMB	Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico.		
	NUTRICIÓN		
COP.3	Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades		✍
	ATENCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR		
COP.4	Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor		✍
	ATENCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS		
COP.5	La organización brinda atención adecuada a las pacientes obstétricas	➲	✍
COP.5.1	La organización brinda atención adecuada a las pacientes con urgencia obstétrica	➲	✍
	PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL CON CUIDADOS PALIATIVOS		
COP.6	La organización brinda atención adecuada a los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos		✍
	CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS		
COP.7	La organización define un programa o proceso que guíe de cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas		✍
	TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS		
COP.8-AMB	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis.	➲	✍
COP.8.1-AMB	Los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis son monitorizados desde que se integran al programa.	➲	✍
	DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS		
COP.9	La organización define un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos	➲	✍
COP.9.1	La organización respalda la decisión del paciente y su familia para la donación de órganos y tejidos	➲	
	ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO		
COP.10	La organización planifica la atención de sus pacientes de riesgo o servicios de riesgo.		✍

COP.10.1	La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes	➲	✍
COP.10.2	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma		✍
COP.10.3	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con soporte vital		✍
COP.10.4	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas	➲	✍
COP.10.5	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos	➲	✍
COP.10.6-AMB	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se proporciona diálisis peritoneal.	➲	✍
COP.10.7	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren contención física, mediante sujeción		✍
COP.10.8	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se les administra quimioterapia	➲	✍
COP.10.9	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales	➲	✍
COP.10.10	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.	➲	✍
COP.10.11	La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren manejo avanzado de vía aérea difícil	➲	✍
	PACIENTES CON CAMBIOS REPENTINOS EN EL ESTADO CLÍNICO		
COP.11	La organización define el proceso para identificar y actuar de manera oportuna ante los cambios repentinos en el estado clínico del paciente		✍
	PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA O QUE REQUIEREN REANIMACIÓN		
COP.12	Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia	➲	✍
COP.12.1	Se ha definido un proceso que guía la reanimación	➲	✍
	PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO O AUTOLESIÓN		
COP.13	**Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión**		✍
	PACIENTES DONDE SE UTILIZAN LÁSERES Y OTROS DISPOSITIVOS DE RADIACIÓN ÓPTICA		
COP.14	La organización establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación óptica utilizados para realizar procedimientos y tratamientos		✍

PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN PARA TODOS LOS PACIENTES

ESTÁNDAR COP.0
La organización implementa procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de salud en México.

PROPÓSITO DE COP.0

Los programas prioritarios de salud en México han sido diseñados para atender y obtener mejores resultados en salud pública; son congruentes con los compromisos y objetivos a nivel internacional, abatir la morbilidad y mortalidad de los grupos vulnerables. Es indispensable en las organizaciones una planeación, seguimiento y control puntuales que dé como resultado procesos de atención estandarizados con enfoque multidisciplinario, basados en evidencia científica, mejores prácticas nacionales e internacionales y acordes a la legislación aplicable vigente; que correspondan a una atención integral de salud pública. Para ello es imperante la capacitación a todo el personal involucrado en la atención de estos pacientes.

Elementos Medibles de COP.0
1. La organización define sus procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de Salud en México y su contexto.
2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guías de práctica clínica y legislación aplicable vigente.
3. Se ha capacitado al personal de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre procesos de atención de pacientes de acuerdo con los programas prioritarios de Salud en México.
4. Se realizan actividades de prevención de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre los programas prioritarios de Salud en México.
5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR COP.1
La atención uniforme de todos los pacientes es guiada por procesos acordes a la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE COP.1

Los pacientes con los mismos problemas de salud y necesidades de atención tienen derecho a obtener la misma calidad de atención en toda la organización. A fin de llevar a cabo el principio de “un único nivel de calidad de atención”, es preciso que los líderes planifiquen y coordinen la atención del paciente.

La atención que se brinda a poblaciones similares de pacientes en múltiples servicios en una misma organización, debe planificarse y guiarse por procesos estandarizados con enfoque multidisciplinario que respeten la legislación aplicable vigente con el fin de otorgar una atención uniforme. Los líderes aseguran que se brinde el mismo nivel de atención todos los días de la semana, y en todos los turnos.

La atención uniforme del paciente se refleja en lo siguiente:
- La atención y el tratamiento adecuado no dependen de la condición social ni económica del paciente.
- La atención y el tratamiento adecuado, brindados por personal competente, no depende del día de la semana ni de la hora del día.
- El estado clínico del paciente determina los recursos destinados a cubrir sus necesidades.
- Los pacientes con las mismas necesidades de atención reciben niveles comparables de calidad en toda la organización.

Una atención estandarizada da como resultado el uso eficiente de los recursos, y permite disminuir los riesgos durante el proceso cuando se presta un mismo tipo de atención en la organización.

Elementos Medibles de COP.1

1. Los líderes de la organización colaboran para definir procesos estandarizados con un mismo nivel de calidad de la atención.
2. Los procesos se definen acorde a la legislación aplicable vigente.
3. La atención se plantea con enfoque multidisciplinario.
4. La atención se proporciona de la siguiente manera:
   4.1. No depende de la condición social ni económica del paciente.
   4.2. No depende del día de la semana ni de la hora del día.
   4.3. Acorde al estado clínico del paciente con los recursos apropiados.
   4.4. Con un mismo nivel de calidad a los pacientes con las mismas necesidades.

ESTÁNDAR COP.2
Se integra y coordina la atención que se brinda a cada paciente.

PROPÓSITO DE COP.2
El proceso de atención al paciente es dinámico e involucra a diferente personal clínico. La integración y coordinación de las actividades de atención del paciente son objetivos que resultan en procesos de atención eficientes, un uso más efectivo de los recursos, y la probabilidad de obtener mejores resultados para el paciente. Los líderes emplean herramientas y técnicas para integrar y coordinar mejor la atención de sus pacientes, principalmente cuando tienen necesidades complejas; por ejemplo, sesiones de revisión de casos clínicos por un equipo multidisciplinario, entre otros.

Elementos Medibles de COP.2

1. La planeación de la atención está integrada y coordinada entre todas las áreas, departamentos y servicios.
2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.
3. Los resultados o conclusiones de las sesiones multidisciplinarias se anotan en el expediente clínico del paciente.

ESTÁNDAR COP.2.1
Se planea la atención que se brinda a cada paciente.

PROPÓSITO DE COP.2.1
El proceso de atención al paciente se planea cuidadosamente a fin de lograr resultados óptimos. La planeación se basa en los resultados del proceso de evaluación inicial (AOP), y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico y sus reevaluaciones para determinar y priorizar los cuidados, tratamientos y procedimientos para cubrir las necesidades del paciente. El paciente y su familia participan de manera activa en el proceso de planeación y la toma de decisiones. (PFR).

La atención se planea de manera oportuna y se actualiza basándose en las evaluaciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención del paciente. La atención planeada debe estar relacionada con las necesidades del paciente, las cuales pueden cambiar, como resultado de mejoras clínicas, nueva información proveniente de una revaluación de rutina (por ejemplo: resultados anormales de análisis de laboratorio o radiografías) o pueden ser evidentes ante un cambio repentino en el estado del paciente.

Elementos Medibles de COP.2.1
1. Se planea la atención de cada paciente de manera oportuna.
2. La atención planeada está basada en los resultados del proceso de evaluación inicial, y los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico.
3. Las evaluaciones de la atención se documentan en el expediente clínico del paciente.
4. La atención se actualiza o se revisa, según sea adecuado, basándose en las evaluaciones del paciente.
5. Se brinda la atención planeada.

ESTÁNDAR COP.2.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se documentan las indicaciones acordes a lo definido por la organización.

➲ PROPÓSITO DE COP.2.2 ✍

En los servicios de atención ambulatoria por ejemplo la atención quirúrgica de corta estancia, las actividades de atención al paciente incluyen indicaciones, por ejemplo, para análisis de laboratorio, administración de medicamentos, atención de enfermería y terapia nutricional. Personal clínico con las competencias necesarias, será quien ordene los procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, entre otros. Dichas indicaciones deberán estar en un lugar accesible a fin de ser llevadas a cabo en forma oportuna.

La ubicación de las indicaciones en un lugar uniforme facilita que las mismas se lleven a cabo. Las indicaciones por escrito ayudan al personal a entender los puntos específicos de una indicación, cuándo debe llevarse a cabo y quién debe hacerlo.

Las indicaciones se anexan al expediente clínico en forma periódica o en el momento del alta, siempre y cuando se encuentren accesibles al equipo multidisciplinario para que pueda dar seguimiento a la atención.
La organización realiza un análisis para definir un proceso en el cual se describa cómo se van a integrar todas las indicaciones, como, por ejemplo: la prescripción médica, cuidados generales, nutrición, servicios auxiliares de diagnóstico, rehabilitación, entre otros.

El proceso incluye y describe, al menos, lo siguiente:

a) Quién está autorizado a emitir indicaciones.
b) Dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico.
c) Qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente para su uso racional, si corresponde.
d) Las acciones por seguir en caso de indicaciones ilegibles, confusas o incompletas.
e) Si corresponde, cualquier excepción o consideración especial, por ejemplo, indicaciones en situación de urgencia (MISP 2), entre otras.

Elementos Medibles de COP.2.2

1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos, los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito. 🗐
2. Las indicaciones se realizan de acuerdo con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR COP.2.3
Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico.

PROPÓSITO DE COP.2.3

Los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados, junto con sus resultados, se documentan en el expediente clínico del paciente. Entre tales procedimientos se incluyen endoscopias, colocación de accesos vasculares y demás procedimientos de diagnóstico y tratamiento invasivos y no invasivos.

Elementos Medibles de COP.2.3

1. Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.
2. Los resultados de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.

NUTRICIÓN

ESTÁNDAR COP.3
Se brinda nutrición adecuada a los pacientes, acorde a sus necesidades.

PROPÓSITO DE COP.3

La nutrición adecuada es importante para el bienestar y la recuperación de los pacientes. Hay alimentos adecuados para la edad, preferencias culturales y alimenticias del paciente, éstos deben estar disponibles de manera regular. El paciente participa en la planeación y selección de alimentos, y la familia del paciente podrá, cuando sea adecuado, participar en el suministro de alimentos, en forma coherente con su cultura, religión y demás tradiciones y prácticas. Tomando en cuenta la evaluación inicial (AOP) y, si corresponde la evaluación nutricional exhaustiva, así como las necesidades y el plan de atención del paciente, personal clínico calificado ordenarán los alimentos u otros nutrientes adecuados para el paciente.

El paciente participa en la planificación y selección de los alimentos. Cuando sea posible, se ofrece a los pacientes una variedad de opciones de alimentos coherentes con su estado nutricional y/o prescripción médica.

Cuando la familia u otras personas suministren alimentos al paciente, habrán sido educados respecto a los alimentos contraindicados conforme a las necesidades y planes de atención del paciente, incluso con información sobre todo medicamento asociado a interacciones con alimentos.

Durante el proceso de atención nutricional se pueden cometer errores desde la indicación de la dieta para el paciente, al solicitar los alimentos al área o servicio de nutrición, al momento de prepararlos o durante la dotación de la dieta, por lo tanto y con el fin de prevenirlos, la organización define un proceso seguro para cubrir las necesidades nutricionales acorde a las características clínicas y preferencias del paciente, este proceso incluye al menos:

a) La planificación de las necesidades nutricionales desde la evaluación inicial y, si corresponde, la evaluación nutricional exhaustiva (AOP).
b) La correcta identificación del paciente en la dotación de alimentos (MISP.1).
c) Identificación de errores en las indicaciones sobre alimentación/nutrición.
d) Cuando se trate de un servicio subrogado considerar especificaciones de calidad (GLD.5.5).
e) Cuando la familia o algún otro acompañante suministren alimentos, definir la forma en que deberá llevarse a cabo la educación al respecto (PFE).

Elementos Medibles de COP.3

1. La organización ha definido un proceso para brindar una nutrición acorde al estado y necesidades del paciente que incluye al menos, los incisos de la a) hasta la e) definidos en el propósito.
2. Los alimentos o la nutrición adecuada para el paciente están disponibles.
3. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.
4. La indicación se basa en el estado de salud y las necesidades nutricionales del paciente.
5. Se brindan los alimentos acordes a lo definido por la organización.
6. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.

ATENCIÓN DE PACIENTES CON DOLOR

ESTÁNDAR COP.4
Todos los pacientes reciben apoyo para el manejo efectivo del dolor.

PROPÓSITO DE COP.4 ✍

El dolor puede ser una experiencia frecuente en los pacientes e incluso ser la causa por la cual está siendo atendido; El dolor puede ser algo esperado en ciertos procedimientos, tratamientos o condiciones clínicas. El dolor no aliviado provoca efectos físicos y psicológicos, por lo tanto, se le informa al paciente y su familia la posibilidad de presentar dolor durante el proceso de atención, y se le brindan opciones disponibles para su manejo. Se respeta y apoya el derecho del paciente a una evaluación inicial (AOP) y manejo adecuado del dolor (PFR).

Basándose en el alcance de los servicios prestados y el contexto de la organización se define un proceso que guía la atención de pacientes con dolor, el proceso definido describe, al menos, los siguientes puntos:

a) Identificación de los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones (AOP).
b) Cómo se llevará a cabo el manejo del dolor, de acuerdo a directrices o protocolos con evidencia científica, tomando en cuenta las necesidades del paciente y el plan de atención u objetivos esperados, por ejemplo, pacientes en situación terminal.
c) La identificación de grupos de pacientes en los cuales se deben tomar consideraciones especiales; por ejemplo, pacientes en trabajo de parto, pacientes postquirúrgicos, pacientes con dolor abdominal en estudio, pacientes neonatos, pacientes bajo sedación, entre otros.
d) Cómo se brindará información a los pacientes en los que se espera que presenten dolor durante el proceso de atención (PFE).
e) Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.

Elementos Medibles de COP.4

1. La organización define un proceso para la atención del dolor que, al menos incluye los incisos de la a) a la e) definidos en el propósito. 🗐
2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme al proceso definido.

ATENCIÓN DE PACIENTES OBSTÉTRICAS

ESTÁNDAR COP.5 La organización brinda atención adecuada a las pacientes obstétricas. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR COP.5.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización brinda atención adecuada a las pacientes con emergencia obstétrica.

➲ PROPÓSITO DE COP.5.1 ✍

El grupo de pacientes con urgencia obstétrica debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, requieren de una planeación y definición de un proceso de atención, seguimiento y control puntuales para obtener los mejores resultados para el binomio. Se debe brindar una atención médica oportuna, integral y de calidad, por un equipo multidisciplinario de alta competencia y con criterios estandarizados, que coadyuven a la disminución de la morbilidad y mortalidad obstétrica.

La organización define, mediante un análisis multidisciplinario, acorde a su contexto y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el proceso que guía la atención de pacientes con urgencia obstétrica, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La integración de un equipo con las competencias necesarias.
b) La disponibilidad de los equipos de respuesta en los horarios de atención.
c) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención.
d) El mecanismo mediante el cual se identificarán a las pacientes con riesgo obstétrico desde su ingreso.
e) Cómo se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con emergencia obstétrica.
f) El mecanismo para alertar y solicitar la participación del equipo de respuesta.
g) La monitorización y seguimiento de la paciente.

Elementos Medibles de COP.5.1

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, cómo se llevará cabo el proceso que guía la atención de las pacientes con emergencia obstétrica, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la g) definidos en el propósito.🗐
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

PACIENTES EN SITUACIÓN TERMINAL CON CUIDADOS PALIATIVOS

ESTÁNDAR COP.6
La organización brinda atención adecuada a los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos.

★PROPÓSITO DE COP.6

Los pacientes en situación terminal tienen necesidades particulares de recibir atención respetuosa y compasiva; por lo que todo el personal toma conciencia de éstas. La preocupación por la comodidad y la dignidad del paciente debe guiar todos los aspectos de la atención durante la etapa final de la vida.

La organización define, mediante un análisis multidisciplinario, acorde a su contexto y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, el proceso que guía la atención de pacientes en situación terminal, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La atención adecuada de los síntomas (dolor, náuseas, disnea, entre otros).
b) La comunicación, educación y participación de los pacientes y sus familiares respecto a la atención de las necesidades únicas del paciente terminal y su familia.
c) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia, o quien cuida o acompaña al paciente, pueda descansar.
d) El respeto de los valores, costumbres y creencias del paciente y su familia.

Para lograr estos objetivos, todo el personal toma conciencia de las necesidades de los pacientes terminales. Una estrategia para fomentarlo puede ser la capacitación al personal involucrado en la atención a estos pacientes.

Elementos Medibles de COP.6

1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

CIRUGÍA DE OBESIDAD Y ENFERMEDADES METABÓLICAS

ESTÁNDAR COP.7

La organización define un proceso que guíe la atención de obesidad y enfermedades metabólicas de acuerdo con su nivel de atención, normatividad vigente aplicable, capacidad instalada y conforme a la estructura indispensable para tales fines.

PROPÓSITO DE COP.7 ✍

La obesidad es un problema de salud pública nacional, México es el segundo lugar en obesidad en adultos a nivel mundial y el primer lugar en obesidad infantil.

Cerca del 40% de las muertes en nuestro país están relacionadas con la obesidad, diabetes, hipertensión arterial e infarto al miocardio, por lo que es necesario otorgar a los pacientes con sobrepeso y obesidad un tratamiento integral y multidisciplinario en establecimientos que cuenten con la infraestructura necesaria.

En los servicios de atención ambulatoria donde se realiza cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas se define un proceso a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, que guíe esta práctica, y que incluya, al menos, los siguientes elementos:

a) La definición de los criterios de elegibilidad para entrar al proceso.
b) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.
c) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada.
d) La adecuación de las directrices, protocolos y/o guías clínicas con evidencia científica para la atención de los pacientes.
e) La monitorización y seguimiento del paciente.

Además, la organización garantiza que las instalaciones y el mobiliario sean adecuados para la atención segura de estos pacientes (acorde al peso máximo de los pacientes a quienes se ofrece el servicio).

Cuando alguno de los aspectos del proceso se desarrolle en un establecimiento diferente al que se implemente el Modelo, por ejemplo, la consulta, planificación y seguimiento se desarrollen en un establecimiento, pero el procedimiento quirúrgico se desarrolle en otro establecimiento, todos los incisos y elementos medibles de este estándar que se correspondan deberán estar especificados en el proceso y deberán ser evaluados a través de Especificaciones de Calidad como lo establece GLD.5.5

Elementos Medibles de COP.7

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención ambulatoria de obesidad y enfermedades metabólicas, y es especialmente importante que incluyan al menos, los incisos del a) a la e) definidos en el propósito. 🗐
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. La organización garantiza instalaciones y mobiliario seguro para el manejo de este grupo de pacientes.
4. Cuando corresponde se supervisan y verifican se cumplan las especificaciones de calidad definidas en el proceso.

TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL CON HEMODIÁLISIS

ESTÁNDAR COP.8 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que reciben terapia de remplazo renal con hemodiálisis.

➲ PROPÓSITO DE COP.8

El grupo de pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis se considera de alto riesgo debido a sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control puntuales para obtener mejores resultados.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda al grupo de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención (proceso), incluidas las consideraciones especiales, por ejemplo, el grupo de pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o Hepatitis C, pacientes pediátricos, pacientes en programa de hemodiálisis que son hospitalizados por otras razones diferentes al padecimiento por el cual reciben hemodiálisis de manera crónica, entre otras.
b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la primera sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
d) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros.
e) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
f) Cuáles son las acciones por seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
g) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención, en particular del personal de medicina que indica la prescripción dialítica y el personal de enfermería que atiende a los pacientes.
h) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada, por ejemplo, riñones artificiales, catéteres, agujas para fístula, filtros para hemodiálisis, entre otros.

Cuando el establecimiento subroga terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran los incisos del a) al h) como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control del servicio subrogado.

Elementos Medibles de COP.8

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, que incluye al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR COP.8.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis son monitorizados desde que se integran al programa.

➲★ PROPÓSITO DE COP.8.1

Para brindar la atención a los pacientes que se integran a un programa de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se lleva a cabo lo siguiente acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad y a la legislación aplicable vigente.

El proceso que guía la atención de los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis, además de los elementos definidos en el estándar anterior, incluye 3 fases:

I. La integración y documentación de la información del paciente al Programa de hemodiálisis en un expediente clínico, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
- Historia Clínica;
- Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso al programa;
- Prescripción dialítica y frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
- Serología Viral: Detección de antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC)
- Biometría Hemática completa
- Electrolitos séricos
- Química sanguínea de al menos tres elementos (glucosa, urea y creatinina)
- Depuración de creatinina (si el médico que prescribe lo solicita)
- Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).
- Electrocardiograma de 12 derivaciones

II. La monitorización y documentación en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos, lo siguiente:
- Peso del paciente pre y post diálisis
- Presión arterial pre, trans y post diálisis
- Temperatura pre, trans y post diálisis
- Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis
- Frecuencia respiratoria pre, trans y postdiálisis
- Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, calambres. entre otros;
- Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis (por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones)
- Cada uno de los elementos deberá ser documentado en el expediente clínico del paciente.

III. El análisis y documentación del resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
- Diagnóstico nefrológico
- Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
- Tiempo en el programa de Hemodiálisis
- Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.)
- Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes
- Peso seco habitual
- Ganancia Inter dialítica en el mes
- Alergias
- Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente
- Problemas Complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis
- Cinética de urea (Kt/V)
- Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente

- Vacunas recibidas (si se le aplicaron en el mes
- Candidato a trasplante (Sí o No)
- Otros hallazgos relevantes y recomendaciones para el seguimiento del paciente, si aplica.

Cuando el establecimiento subroga la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, y esta ofrece la terapia como parte de sus servicios, se integran todos los elementos correspondientes con sus incisos del como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control del servicio subrogado (GLD)

Elementos Medibles de COP.8.1

1. La organización ha definido un proceso que guía la monitorización integral del programa, el cual incluye, al menos, lo siguiente:
2. Al integrar pacientes al programa de hemodiálisis, se documentan en el expediente clínico, lo siguiente:
   2.1. Historia Clínica.
   2.2. Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso del programa.
   2.3. Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).
   2.4. Biometría Hemática completa.
   2.5. Electrolitos séricos.
   2.6. Química sanguínea, de al menos, de tres elementos (glucosa, urea y creatinina).
   2.7. Depuración de creatinina, si corresponde.
   2.8. Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).
   2.9. Electrocardiograma de 12 derivaciones.
3. Se monitorea y documenta en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos:
   3.1. Peso del paciente pre y post diálisis.
   3.2. Presión arterial pre, trans y post diálisis.
   3.3. Temperatura pre y post diálisis.
   3.4. Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis.
   3.5. Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.
   3.6. Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, entre otros.
   3.7. Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis, por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones, entre otros.
4. Se analiza y documenta el resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:
   4.1. Diagnóstico nefrológico.
   4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.
   4.3. Tiempo en el programa de Hemodiálisis.
   4.4. Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.).
   4.5. Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes.
   4.6. Peso seco habitual.
   4.7. Ganancia interdialítica en el mes.
   4.8. Alergias.
   4.9. Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente.
   4.10. Problemas y/o complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis.

4.11. Cinética de urea (Kt/V).
4.12. Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente.
4.13. Vacunas recibidas, si aplica.
4.14. Candidato a trasplante (Sí o No).
4.15. Otros hallazgos que se consideren importantes para el seguimiento del paciente, si aplica.

5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
6. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran la totalidad de los elementos correspondientes descritos en el estándar como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).

COP.9 La organización define un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

COP.9.1 La organización respalda la decisión del paciente y su familia para la donación de órganos y tejidos. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ATENCIÓN DE PACIENTES DE ALTO RIESGO

ESTÁNDAR COP.10.
La organización planifica la atención de sus pacientes de riesgo o servicios de riesgo.

➲ **Estándar COP.10.1(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes.

➲ **Estándar COP.10.2 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en estado de coma. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

➲ **Estándar COP.10.3 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con soporte vital. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

➲ **ESTÁNDAR COP.10.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

➲ **Estándar COP.10.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes inmunodeprimidos.

➲ **Estándar COP.10.6(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se proporciona diálisis peritoneal.

➲ **ESTÁNDAR COP.10.7 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren contención física, mediante sujeción.

➲ **ESTÁNDAR COP.10.8(ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de pacientes a quienes se les administra quimioterapia.

➲ **Estándar COP.10.9 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

➲ **ESTÁNDAR COP.10.10 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)**
La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes en quienes se administren radiofármacos/ radioterapia.

➲ **Estándar COP.10.11 La organización define el proceso que guía la atención de los pacientes que requieren manejo avanzado de vía aérea difícil (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)**

➲ **PROPÓSITO DE COP.10 A COP.10.11** ✍
Los establecimientos que ofrecen servicios de atención ambulatoria, brindan atención a una gran variedad de pacientes con diferentes necesidades de atención clínica. Hay grupos de pacientes que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se caracteriza por el uso de tecnología médica compleja, tipo de tratamiento, el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos, entre otros.

Con el fin de otorgar una atención estandarizada y segura, la organización puede hacer uso de guías de práctica clínica, protocolos, planes de atención, vías clínicas y/o buenas prácticas o similares, acorde al contexto y capacidad resolutiva de la misma, para guiar el proceso de atención y que el personal involucrado actúe de manera oportuna y estandarizada.

Para lograr esto, la organización debe identificar a los pacientes o servicios (procedimientos) que considerará de alto riesgo, acorde a lo descrito en el párrafo anterior, definir el proceso que guiará la atención de los mismos y capacitar al personal involucrado en realizar dichos procesos, acorde a su contexto y capacidad resolutiva, legislación aplicable vigente y buenas prácticas.

Es de suma importancia que durante el proceso de atención se minimicen los riesgos propios de la patología y características del paciente, así como los riesgos secundarios al otorgamiento de los servicios, por ejemplo (cuando aplique), las reacciones post transfusionales, infecciones cruzadas, eventos adversos graves o centinelas secundarios a errores en la administración de quimioterapias, entre otros.

Para fines del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, se consideran pacientes de alto riesgo, al menos, los siguientes siete grupos, siempre y cuando estén presentes de manera habitual o forme parte de los servicios otorgados por la organización:

- Pacientes en quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes.
- Pacientes con enfermedades infectocontagiosas.
- Pacientes inmunodeprimidos.
- Pacientes en quienes se proporciona diálisis peritoneal.
- Pacientes que requieren contención física, mediante sujeción.
- Pacientes que en quienes se administra quimioterapia.
- Pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia.

Además del grupo de pacientes o procedimientos (servicios) que la organización defina con base en un análisis como de alto riesgo, acorde a su contexto.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y gestión de riesgos, los procesos, guías clínicas, protocolos, vías clínicas o similares que guían la atención de cada grupo de pacientes de alto riesgo, y es especialmente importante que se considere en el diseño, al menos, los siguientes puntos:

a. Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.
b. Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.
c. Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.
d. Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.
e. Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.
f. La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.

Para el caso específico de los pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes, se deberá incluir además los siguientes elementos:

g. La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes.
h. La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.

Elementos Medibles de COP.10

1. La organización define sus grupos de pacientes de alto riesgo o servicios de alto riesgo, acorde a su contexto y capacidad de resolución.
2. Se ha capacitado al personal sobre el proceso de atención de los pacientes de alto riesgo.
3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.1

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes,** el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.4

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes con enfermedades infectocontagiosas**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.5

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes inmunodeprimidos**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.6

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes con Diálisis Peritoneal**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.7

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes que requieren contención física, mediante sujeción**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.8

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes en quienes se administra quimioterapia**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

Elementos Medibles de COP.10.10

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia**, el proceso incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

COP.11 La organización define el proceso para identificar y actuar de manera oportuna ante los cambios en el estado clínico del paciente. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PACIENTES EN SITUACIÓN DE URGENCIA O QUE REQUIEREN REANIMACIÓN

ESTÁNDAR COP.12. (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.

➲★PROPÓSITO DE COP.12 ✍

Toda organización que se dedique a la salud está expuesta a tratar urgencias aun y cuando no forme parte de los servicios otorgados. Los pacientes pueden desestabilizarse, complicarse o simplemente llegar al establecimiento pensando que por contar con personal médico tienen la capacidad de tratar una urgencia.

Entendemos la urgencia como todo aquel problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata. Esto aplica tanto para una paciente post-cesárea que presenta un sangrado activo no identificado durante el procedimiento, como para aquel paciente sentado en la sala de espera que acude a la consulta de gastroenterología con malestar difuso en epigastrio y que en realidad está presentando un infarto o angina de pecho. En ambos casos, las urgencias no son algo que estamos esperando encontrar, sin embargo, forman parte de los riesgos a los que nos enfrentamos cuando prestamos servicios de atención médica.

Aun y cuando no podemos predecir el momento en el que se presentara una urgencia, su identificación temprana y manejo general a demostrado brindar los mejores resultados para los pacientes que las presentan. De ahí la importancia de la planificación de la atención en caso de presentarse cualquier caso.

Se ha observado que aquellos pacientes en situación de urgencia que reciben un abordaje sistematizado de manera temprana cuentan con mayor probabilidad de sobrevida y menos riesgo a desarrollar secuelas del evento, de ahí que se cuente con herramientas como la evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) la cual es un enfoque sistemático para la evaluación y el tratamiento inmediatos de pacientes en situación de urgencia. El enfoque de evaluación inicial ABCDE no debe confundirse con el proceso de Triage de Urgencias (ACC) ni con los procesos de evaluación inicial del paciente hospitalizado (AOP), cuyos objetivos difieren a los de esta herramienta. Esta herramienta es aplicable a toda emergencia clínica. Los objetivos del enfoque ABCDE son:

- Proporcionar un tratamiento que salve vidas
- Dividir situaciones clínicas complejas en partes más manejables
- Servir como algoritmo de evaluación y tratamiento iniciales.
- Establecer una conciencia situacional común entre todos los proveedores de tratamiento
- Ganar tiempo para establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos.

Con el propósito de estandarizar la atención de los pacientes que pudieran presentar una urgencia, la organización establece un proceso acorde a su nivel de resolución que incluya al menos lo siguiente:

a) Identifica las situaciones en las que fuera del servicio de urgencias pudieran presentarse estos casos, por ejemplo, paciente post-operado con sangrado activo no identificado en hospitalización, paciente inconsciente en sala de espera, paciente con shock anafiláctico por medio de contraste en radiología.
b) Adaptar el proceso de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) al contexto del área así como a las habilidades y competencias del personal.
c) Determinar cómo se brindará o solicitará la atención en las áreas o situaciones de riesgo.
d) Como se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde.
e) Cuáles serán las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
f) Definir los insumos y equipos especializados así como la logística para el acceso a éstos.
g) Determinar la forma en que el paciente será movilizado cuando no se encuentre en un área clínica de atención.
h) Determinar la forma en que el paciente será trasladado cuando el establecimiento no cuente con la capacidad de atención, así como los contactos de ambulancias y hospitales receptores.

El objetivo de este proceso no es que todo el personal de todas las áreas cumpla con la competencia para la evaluación de un paciente en estado de urgencia, sino, más bien, que la organización cuente con las herramientas para alertar al personal que brindara la atención y esta se otorgue de manera estandarizada y eficiente. Este proceso podrá alinearse al proceso que guía la reanimación.

En las áreas de urgencias o de atención médica continua este proceso forma parte de la evaluación inicial del paciente adaptado a su contexto.

Elementos Medibles de COP.12

1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes en situación de urgencia, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. En las áreas de urgencia el proceso es adaptado e implementado acorde a su contexto de aplicación.

ESTÁNDAR COP.12.1 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se ha definido un proceso que guía la reanimación.

➲★ PROPÓSITO DE COP.12.1

El paro cardiorrespiratorio es un evento frecuente en el ambiente intrahospitalario. Los equipos de reanimación se pueden definir como las intervenciones clínicas de emergencia para la atención de pacientes que experimentan un evento crítico que pone en riesgo la vida, por ejemplo, un paro cardiaco o respiratorio. Independiente del mecanismo por el cual se llega al paro cardiorrespiratorio, la probabilidad de lograr reestablecer la actividad cardíaca y lograr una sobrevida con función neurológica adecuada depende fundamentalmente de la rapidez con la cual se reconoce el evento y se inician las maniobras de reanimación, la calidad y continuidad de estas maniobras y el manejo post-paro luego de restablecida la circulación espontánea.

La planificación de equipos de reanimación presentes durante un evento ha demostrado tasas de mortalidad menores en los pacientes que sufren un paro cardiorrespiratorio con relación a los pacientes en los que no actúa este tipo de equipos. La identificación del equipo o equipos de reanimación deben estar disponibles para todos los pacientes, las 24 horas del día, los 365 días del año y es fundamental contar con personal con las competencias necesarias (SQE) y los insumos o el equipo médico para brindar una atención oportuna y de calidad. El soporte vital básico, se debe otorgar inmediatamente al identificar a un paciente en paro y contar con un mecanismo para solicitar y proporcionar el soporte vital avanzado, por ejemplo, código de emergencia específico. El proceso de reanimación se debe basar en la evidencia científica y estar acorde al tipo de población del contexto de la organización y de los servicios que oferta, además, podrá alinearse al proceso de atención de pacientes en situación de urgencia

Con el fin de otorgar una atención estandarizada, la organización define, a través de un análisis multidisciplinario y acorde a su capacidad resolutiva, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) La identificación de los equipos de reanimación las 24 horas del día, los 365 días del año.
b) La logística para la activación del proceso y personal del equipo de reanimación.
c) Proceso mediante el cual se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con paro cardiorrespiratorio (soporte vital básico).
d) Proceso mediante el cual se brindará soporte vital avanzado.
e) Proceso que defina cómo se llevarán a cabo los cuidados post reanimación.
f) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, acorde a los grupos de población que se atiende así como la logística para que estos sean accesibles en el lugar del incidente.

Elementos Medibles de COP.12.1

1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

COP.13 Se ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

PACIENTES DONDE SE UTILIZAN LÁSERES Y OTROS DISPOSITIVOS DE RADIACIÓN ÓPTICA

ESTÁNDAR COP.14
La organización establece e implementa un programa para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación óptica utilizados para realizar procedimientos y tratamientos.

★ PROPÓSITO DE COP.14

Los láseres son una fuente de radiación óptica, que incluye radiación ultravioleta, luz visible de alta intensidad y radiación infrarroja. El haz estrecho de luz de alta intensidad de un láser se puede apuntar y enfocar para procedimientos quirúrgicos precisos. Las cirugías con láser son generalmente mínimamente invasivas con menos pérdida de sangre que la cirugía convencional, y los pacientes suelen experimentar tiempos de recuperación más cortos. El uso de láseres se está volviendo más común en el cuidado de la salud a medida que la tecnología láser evoluciona y se amplían las aplicaciones clínicas.

Casi todos los láseres y dispositivos de radiación óptica que se utilizan en el entorno clínico representan peligros potenciales para los pacientes y el personal si no se establecen y siguen los procedimientos y las pautas de seguridad. Los láseres y los dispositivos de radiación óptica pueden generar concentraciones intensas de calor, luz y luz reflejada. Cuando la piel y los ojos están expuestos al calor y la luz sin la protección adecuada, pueden producirse quemaduras en la piel y lesiones oculares, como quemaduras en la retina, cataratas y degeneración macular. Las lesiones pueden provenir del contacto directo con la luz o con la luz reflejada del láser.

El Jet del láser son otro peligro potencial. Estos son los vapores, el humo y las partículas que se producen cuando el láser entra en contacto con los tejidos durante algunos procedimientos quirúrgicos. El Jet del láser presentan un riesgo respiratorio potencial para los pacientes y el personal, ya que pueden contener irritantes, toxinas, tejidos, bacterias, virus, fragmentos de sangre y otras partículas, según el tipo de procedimiento.

Para prevenir estos peligros y abordar los riesgos de seguridad para los pacientes y el personal, la organización define e implementa lineamientos y procesos para el uso seguro de láseres y otros dispositivos de radiación que incluyen al menos los siguiente:

a) Capacitación en prácticas y procedimientos de seguridad para todo el personal involucrado en el uso de láseres y dispositivos de radiación óptica.
b) Criterios de acceso para autorizar al personal que ingresa o trabaja en las áreas (zonas de riesgo) donde se utilizan láseres y otras radiaciones ópticas; considerando a los profesionales de la salud que realizan los procedimientos con láser y a todo el personal que opera los láseres o que forma parte del equipo de atención.
c) Ayudas visuales de advertencia fuera de la(s) sala(s) de procedimientos para alertar al personal, los pacientes, las familias y los visitantes cuando se está realizando un tratamiento o procedimiento.
d) Ventilación adecuada para ayudar a controlar las columnas de humo (jet del láser).
e) Uso de instrumentos no reflectantes para evitar exposiciones a la luz reflejada.
f) Uso de cortinas y otras barreras para evitar que el personal, los pacientes, las familias y los visitantes estén expuestos a luz directa o reflejada.
g) Disponibilidad de equipos de protección personal para el personal y los pacientes adecuados al tipo de láser y dispositivos de radiación óptica utilizados y tipo de procedimientos realizados en el establecimiento (por ejemplo, lentes, protectores corneales, máscaras, guantes y batas, según corresponda).
h) Un programa de mantenimiento para láseres y dispositivos de radiación óptica y un proceso para comprobaciones de rutina como calibración y alineación.

Elementos Medibles de COP.14

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes en donde se utilizan láseres y otros dispositivos de radiación óptica, el cual incluye, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

Anesthesia and Surgical Care

ASC

CIRUGÍA

ANESTESIA Y ATENCIÓN QUIRÚRGICA
ASC – CIRUGÍA
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición	Nuevo	Nivel
	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN				
ASC.1	Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente				
ASC.2	Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación				
ASC.3	Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación		✍		
	SEDACIÓN Y ANESTESIA				
ASC.4	Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación		✍		
ASC.4.1	Se lleva a cabo una evaluación presedación				
ASC.4.2	Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación	➲			
ASC.5	El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción	➲			
ASC.6	Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente				
ASC.6.1	Los riesgos, beneficios y las alternativas de la sedación y/o anestesia se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre				
ASC.6.2	Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada				
ASC.6.3	Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia	➲			
ASC.7	Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo				
	ATENCIÓN QUIRÚRGICA				
ASC.8	Se planea la atención quirúrgica de cada paciente				
ASC.8.1	Los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento quirúrgico planeado se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre				
ASC.8.2	Se define un proceso para el manejo, preparación de la muestra y entrega de resultados de biopsias transoperatorias		✍		
ASC.8.3	Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica				
ASC.8.4	Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato	➲			
ASC.8.5	Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía				

ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

ESTÁNDAR ASC.1
Se proporcionan servicios de anestesia y sedación que cumplen con la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE ASC.1

La organización cuenta con un sistema para proporcionar anestesia y sedación, acorde a la población de pacientes a quienes brinda atención y a los servicios que se prestan en el establecimiento.

Si el establecimiento de atención ambulatoria proporciona servicios de anestesia y sedación, propios o subrogados, estos deben cumplir con la legislación aplicable vigente.

Cuando el servicio de atención ambulatoria subroga el servicio de anestesia y sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de ASC.1

1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente, si corresponde.
2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
3. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación, si corresponde.

ESTÁNDAR ASC.2
Personal competente coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación.

PROPÓSITO DE ASC.2

Los servicios de anestesia y sedación se encuentran bajo la coordinación y gestión de personal competente. Las responsabilidades del personal que coordina y gestiona son las siguientes:

- La elaboración, implementación y actualización de los procesos;
- La gestión administrativa;
- La implementación de un programa de control de calidad, que incluya al menos: verificación del mantenimiento y buen funcionamiento de las máquinas de anestesia, monitores, gases medicinales, entre otros;
- análisis de eventos adversos que se presentan por situaciones debidas al uso de anestesia y/o sedación;
- cumplimiento y apego a llenado correcto y completo del expediente clínico
- La supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de ASC.2

1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.
2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de los procesos.
3. Las responsabilidades incluyen la gestión administrativa.

ESTÁNDAR ASC.3
Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación.

★PROPÓSITO DE ASC.3 ✍

A la sedación y anestesia se las ve comúnmente como un continuo que va desde una sedación mínima a la anestesia total. La respuesta de un paciente puede deslizarse a lo largo de ese continuo, durante el cual se encuentran en riesgo los reflejos de la vía aérea que protegen al paciente. La sedación y la anestesia son procesos complejos, que requieren de ser monitorizados, implementando mecanismos para proporcionar una revisión continua de los servicios.

Cuando la organización subroga el servicio de sedación y/o anestesia, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados. Dentro de las responsabilidades del personal que coordina y gestiona la sedación y/o anestesia es la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados. La implementación de un programa de control de la calidad en los servicios de Anestesiología y sedación constituye una necesidad.

Elementos medibles ASC.3

1. Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación. 🗐
2. Se define las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.
3. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.
4. Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

SEDACIÓN Y ANESTESIA

ESTÁNDAR ASC.4
Se define un proceso que guía la atención de los pacientes a quienes se administra anestesia y sedación.

PROPÓSITO DE ASC.4 ✍

Los grupos de pacientes a quienes se administra anestesia y sedación se consideran de alto riesgo, por lo cual su proceso de atención requiere de una planeación, seguimiento y control adecuados para obtener mejores resultados.

La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a estos grupos de pacientes, y es especialmente importante que el proceso incluya, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente.
b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) El proceso de consentimiento informado, si corresponde.
d) La monitorización del paciente durante el proceso de atención.
e) Las competencias del personal involucrado en el proceso de atención.
f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.

En el caso de la sedación, la organización define qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrarla y las áreas o servicios donde se puede administrar, independientemente del quirófano así como los procedimientos permitidos

Cuando el servicio de atención ambulatoria subroga el servicio de anestesia y sedación, se integra como parte del proceso de supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

Elementos Medibles de ASC.4

1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda los pacientes a quienes se administra **anestesia**, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 🗐
2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.
3. La organización define qué servicios y qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación.
4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra **sedación**, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos de la a) a la f) definidos en el propósito. 🗐
5. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.

ESTÁNDAR ASC.4.1
Se lleva a cabo una evaluación presedación.

ESTÁNDAR ASC.4.2 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se monitoriza al paciente durante la sedación y el periodo de recuperación.

➲ PROPÓSITO DE ASC.4.1 Y ASC.4.2

La sedación representa riesgos para los pacientes, y por consiguiente es preciso establecer un proceso estandarizado.

El anestesiólogo o médico autorizado por la organización realiza una evaluación pre-sedación para asegurarse de que el nivel de sedación planeado sea adecuado para el paciente; Se define el alcance y el contenido de esta evaluación, la cual debe incluir la valoración de la vía aérea.

Durante la sedación, el médico que la administra, es el responsable de llevar a cabo una monitorización continua de los parámetros fisiológicos del paciente y de prestar asistencia en las medidas de apoyo o reanimación durante l

Se mantiene un único nivel de atención en todas las áreas y/o servicios donde se administre sedación, llevada a cabo por el anestesiólogo o cualquier otro médico autorizado.

Elementos Medibles de ASC.4.1

1. Se define el alcance y contenido de la evaluación presedación.
2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un anestesiólogo o médico autorizado.
3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación presedación.

Elementos Medibles de ASC.4.2

1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.
2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.
3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.5 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
El anestesiólogo lleva a cabo una valoración preanestésica y otra previa a la inducción.

➲ PROPÓSITO DE ASC.5

La anestesia conlleva un alto nivel de riesgo, por lo que su administración debe planearse con base en una valoración preanestésica, la cual también servirá para planear el uso de la analgesia postquirúrgica.

La valoración preanestésica proporciona información necesaria para:

- seleccionar la anestesia y su planeación;
- manejo adecuado de la vía aérea
- administrar el anestésico adecuado en forma segura; e
- interpretar los hallazgos de la monitorización del paciente.

La evaluación preanestésica debe realizarse antes de la intervención del paciente, o en el caso de una emergencia en un momento previo al procedimiento quirúrgico.

La evaluación pre-inducción es independiente de la evaluación preanestésica y se enfoca en la estabilidad fisiológica y la disposición del paciente para la anestesia. Esta se lleva a cabo inmediatamente antes de la inducción a la anestesia.

Ambas valoraciones se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.5

1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente antes de la intervención al paciente.
2. La valoración preanestésica la realiza un médico anestesiólogo.
3. La valoración preanestésica se documenta en el expediente clínico.
4. Se realiza una valoración inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.
5. La valoración previa a la inducción la realiza un médico anestesiólogo.
6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.6
Se planifica y documenta la atención anestésica de cada paciente.

PROPÓSITO DE ASC.6

La atención anestésica se planifica y documenta en el expediente clínico en la nota preanestésica acorde a la legislación aplicable vigente. El plan tiene en cuenta la información de otras evaluaciones, identifica la anestesia a utilizar, el método de administración, otros medicamentos y líquidos, los procedimientos de control durante la cirugía y la atención postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.6

1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.
2. El plan se documenta en la nota preanestésica del expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.6.1
Los riesgos, beneficios y las alternativas de la sedación y/o anestesia se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

PROPÓSITO DE ASC.6.1

El proceso de planeación anestésica incluye la información al paciente, a su familia y/o a las personas responsables de tomar decisiones, sobre los riesgos, beneficios y alternativas relacionadas con la sedación y/o anestesia planeada. Esta información se otorga como parte del proceso de obtención del consentimiento informado. La información la brinda el médico anestesiólogo o en el caso de la sedación el médico autorizado por la organización.

Elementos Medibles de ASC.6.1

1. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la sedación y se documenta.
2. La información la brinda un médico anestesiólogo o el médico autorizado por la organización para brindar sedación.
3. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia planeada y se documenta.
4. La información la brinda un médico anestesiólogo.

ESTÁNDAR ASC.6.2
Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.

PROPÓSITO DE ASC.6.2

A fin de garantizar la continuidad de la atención se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica utilizada.

Elementos Medibles de ASC.6.2

1. Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia utilizada.
2. Se documenta en el expediente clínico la técnica anestésica utilizada.

ESTÁNDAR ASC.6.3 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico de cada paciente durante la administración de anestesia.

➲ PROPÓSITO DE ASC.6.3

La monitorización continua del paciente ofrece información confiable acerca del estado del paciente durante la administración de la anestesia y en el periodo de recuperación. Los métodos de monitorización dependen del estado del paciente previo a la anestesia, la elección de anestesia y la complejidad del procedimiento quirúrgico o de otro tipo durante su administración. No obstante, en todos los casos, el proceso de monitorización es continuo, y los resultados se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.6.3

1. Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico durante la administración de la anestesia.
2. Se documentan los resultados de la monitorización continua en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.7
Se monitoriza el estado postanestésico de cada paciente y es dado de alta del área de recuperación por un médico anestesiólogo.

PROPÓSITO DE ASC.7

La monitorización de un paciente en el periodo postanestésico y el análisis de los resultados de dicha monitorización respaldan la decisión sobre darlo de alta y trasladarlo a otras áreas o a servicios menos intensivos. Se documenta la información.

Hay ocasiones en las que el paciente es trasladado inmediatamente, como por ejemplo una unidad de cuidados intensivos cardiovasculares o una unidad de cuidados intensivos neuroquirúrgicos, entre otras, para continuar su monitorización postanestésica.

Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica; y el alta se documenta en el expediente clínico.

Se documenta en el expediente clínico la hora de llegada al área de recuperación y la hora del alta de la misma.

Elementos Medibles de ASC.7

1. Se monitoriza a los pacientes durante el periodo postanestésico.
2. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.
3. Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésica.
4. Se documentan la hora de inicio y terminación de la recuperación en el expediente clínico.

ATENCIÓN QUIRÚRGICA

ESTÁNDAR ASC.8
Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.

PROPÓSITO DE ASC.8

Debido a que la cirugía ambulatoria conlleva un riesgo, su planeación es una actividad crítica. La valoración prequirúrgica del paciente es la base para la selección del procedimiento quirúrgico adecuado y proporciona la información necesaria para:

- Seleccionar el procedimiento y momento adecuado;
- Llevar a cabo los procedimientos en forma segura; e
- Interpretar los resultados de la monitorización del paciente.

La selección del procedimiento depende de los antecedentes, condición y diagnóstico del paciente, así como de los riesgos y beneficios que conlleva el procedimiento, así como, la evaluación prequirúrgica, los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico y otras evaluaciones relacionadas. La evaluación prequirúrgica se lleva a cabo en un breve marco de tiempo en caso de que un paciente de urgencia necesite ser intervenido.

La evaluación prequirúrgica se documenta en el expediente clínico, incluido un diagnóstico preoperatorio. El nombre del procedimiento quirúrgico por sí solo no constituye un diagnóstico.

Elementos Medibles de ASC.8

1. Se planea la atención quirúrgica ambulatoria de cada paciente.
2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación.
3. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico un diagnóstico preoperatorio.
4. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico la atención quirúrgica ambulatoria planeada.

ESTÁNDAR ASC.8.1
Los riesgos, beneficios y las alternativas del procedimiento quirúrgico planeado se informan al paciente, su familia o con quienes toman decisiones en su nombre.

PROPÓSITO DE ASC.8.1

Los pacientes y sus familiares, o las personas responsables de la toma de decisiones, reciben la información adecuada para participar en las decisiones de atención y otorgar el consentimiento informado. La información incluye:

- los riesgos del procedimiento planeado;
- los beneficios del procedimiento planeado;
- las posibles complicaciones; y
- las opciones (alternativas) quirúrgicas y no quirúrgicas disponibles para tratar al paciente.

Además, cuando pueda necesitar la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, también se informará sobre los riesgos, beneficios y alternativas. El cirujano u otra persona calificada, proporcionará esta información.

Elementos Medibles de ASC.8.1

1. Se informa al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico ambulatorio planeado.
2. La información incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y/o hemocomponentes.
3. El cirujano u otra persona con las competencias necesarias, brinda la información.

ASC.8.2 Se define un proceso para el manejo, preparación de la muestra y entrega de resultados de biopsias transoperatorias (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR ASC.8.3
Se documenta en el expediente clínico la nota postquirúrgica.

PROPÓSITO DE ASC.8.3

La atención postquirúrgica ambulatoria depende de los eventos y hallazgos del procedimiento quirúrgico. Por consiguiente, en el expediente clínico se documenta una nota postquirúrgica acorde a la legislación aplicable vigente, la cual incluye, al menos, lo siguiente:

a) Diagnóstico preoperatorio.
b) Cirugía ambulatoria planeada.
c) Cirugía ambulatoria realizada.
d) Diagnóstico postoperatorio.
e) Descripción de la técnica quirúrgica.
f) Hallazgos transoperatorios.
g) Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.
h) Incidentes y accidentes.
i) Cuantificación del sangrado, si lo hubo, y en su caso transfusiones.
j) Resultados e interpretación de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.
k) Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, si corresponde.
l) Estado postquirúrgico inmediato.
m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.
n) Pronóstico.
o) Envío de piezas y biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.
p) Otros hallazgos de importancia para el paciente.
q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.

A fin de respaldar la continuidad de la atención, las notas quirúrgicas estarán disponibles antes de que el paciente salga del área de recuperación postanestésica.

Elementos Medibles de ASC.8.3

1. Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico.
2. La nota postquirúrgica incluye, al menos, los incisos de la a) a la q) definidos en el propósito.
3. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.

ESTÁNDAR ASC.8.4 (ESTÁNDAR INDISPENSABLE)
Se monitoriza de manera continua el estado del paciente durante la cirugía y en el periodo postquirúrgico inmediato.

➲ PROPÓSITO DE ASC.8.4

El estado fisiológico del paciente se monitoriza durante la cirugía ambulatoria y en el periodo postquirúrgico inmediato. La monitorización se adecúa al estado del paciente y al procedimiento realizado.
Los resultados de la monitorización respaldan las decisiones transoperatorias y postoperatorias, tales como una reintervención, la transferencia a otro nivel de atención o el alta. La monitorización guía la atención médica y de enfermería. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.

Elementos Medibles de ASC.8.4

1. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante la cirugía ambulatoria.
2. Los resultados se documentan en el expediente clínico.
3. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante el período postoperatorio inmediato.
4. Los resultados se documentan en el expediente clínico.

ESTÁNDAR ASC.8.5
Se planea y documenta la atención del paciente después de la cirugía.

PROPÓSITO DE ASC.8.5

Las necesidades de atención postquirúrgicas son diferentes en cada paciente, por lo tanto, es necesario planearlas, incluyendo el entorno de atención, la monitorización, tratamiento de seguimiento y la necesidad de medicamentos. La planeación de la atención postquirúrgica puede comenzar antes de la cirugía ambulatoria, basándose en las necesidades evaluadas y la condición del paciente. La atención planeada se documenta en el expediente clínico a fin de asegurar la continuidad de la atención durante el periodo de recuperación o rehabilitación.

Elementos Medibles de ASC.8.5

1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.
2. Los planes de atención quirúrgica se documentan en el expediente clínico.

EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y A SU FAMILIA

Patient and Family Education

PFE

EDUCACIÓN

EDUCACIÓN A LOS PACIENTES Y SU FAMILIA
PFE – EDUCACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
PFE.1	La organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención considerando cuatro perspectivas		✍
PFE.2	Se evalúan las barreras para el aprendizaje de cada paciente como parte del proceso educativo		✍
PFE.2.1	Se evalúan las necesidades de educación de cada paciente como parte del proceso educativo		✍
PFE.3	Se proporciona educación basada en la condición clínica del paciente como parte del proceso educativo		
PFE.3.1	La educación incluye temas relacionados con el proceso de atención		
PFE.3.2	La educación incluye temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México		
PFE.4	Se proporciona educación organizacional como parte del proceso educativo		
PFE.5	Se proporciona educación acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad como parte del proceso educativo		
PFE.6	Los métodos de educación y la interacción con el paciente, favorecen el proceso educativo		
PFE.7	El proceso educativo incluye a terceros		
PFE.8	El personal clínico que brinda atención al paciente participa en el proceso educativo		

ESTÁNDAR PFE.1
La organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención considerando cuatro perspectivas.

PROPÓSITO DE PFE.1 ✍

Cada organización define un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, a fin de que adquieran el conocimiento y las destrezas necesarias para participar activamente en su cuidado, basándose en la misión, los servicios prestados, el contexto general de la organización y las necesidades específicas de cada paciente.

La educación se proporciona considerando cuatro perspectivas:

I. Basada en las necesidades específicas de cada paciente

Es aquella que se proporciona fundamentada en la búsqueda intencionada de dudas y/o inquietudes manifestadas por el paciente y/o su familia, y que se relacionan con su proceso de atención.

II. Basada en la condición clínica del paciente y en aspectos relacionados con programas de prevención y promoción de la salud.

La prevención y promoción de la salud deben ser las prioridades de un establecimiento que brinda atención primaria.

Para este fin, el establecimiento cuenta con programas, de acuerdo a las características de la población que atiende, su misión y sus recursos, se incluyen al menos los siguientes programas:

- Salud Materna y Perinatal.
- Control del niño sano.
- Atención integral del adolescente.
- Atención integral del adulto mayor.
- Enfermedades crónico degenerativas prevenibles (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades Cardio y cerebrovasculares).
- Prevención y control de la Tuberculosis.
- Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia).
- Violencia Familiar.
- Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
- Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (cervicouterino, mama, próstata).
- Infecciones respiratorias (incluyendo influenza y COVID-19).
- Enfermedades diarreicas.
- Adicciones.
- Salud Bucal.
- Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona. Un ejemplo en nuestro país de país de programas integrales dirigidos a la promoción de la salud ya la prevención de alto impacto en nuestro país son los programas de PrevenIMSS y PrevenISSSTE.

III. Organizacional

Es aquella educación que la organización define que se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado, con base en un análisis multidisciplinario del contexto de la organización. Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas al reglamento hospitalario, terceros pagadores (aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.

IV. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad

Son aquellos elementos del Modelo en los que el paciente tiene participación y por consiguiente, requieren de educación como al menos:

- Higiene de manos (MISP.5).
- Riesgo de caídas (MISP.6).
- Dolor (AOP, COP).

La organización planifica sus recursos, para educar al paciente y a su familia, de manera eficiente y efectiva. La educación se proporciona de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario. Por consiguiente, la organización puede optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

- Designar un coordinador de educación.
- Crear un comité de educación.
- Crear un servicio de educación.
- Trabajar con todo el personal.

Como parte del proceso educativo, la organización define:

- Un proceso de evaluación del aprendizaje adquirido por el paciente y su familia.
- La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.
- El lugar en el expediente clínico donde se documenta la educación basada en las necesidades específicas de cada paciente y la basada en su condición clínica.
- El lugar en donde se documenta la educación organizacional y la del Modelo.

Elementos Medibles de PFE.1

1. La organización ha definido un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considera las siguientes cuatro perspectivas:
   1.1. Basada en las necesidades específicas de cada paciente.
   1.2. Basada en la condición clínica y los programas de prevención y promoción a la salud.
   1.3. Organizacional.
   1.4. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad.
2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.
3. La educación se proporciona de manera coordinada con un enfoque multidisciplinario.
4. La organización ha definido la manera y el lugar en que la educación proporcionada deberá documentarse.
5. Se documenta la educación proporcionada tal como lo definió la organización.

ESTÁNDAR PFE.2
Se evalúan las barreras para el aprendizaje de cada paciente como parte del proceso educativo.

ESTÁNDAR PFE.2.1
Se evalúan las necesidades de educación de cada paciente como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.2 Y PFE 2.1

El proceso educativo inicia con la identificación de las barreras para el aprendizaje de cada paciente y sus necesidades específicas de educación, lo que contribuye a que la planeación de la educación sea más efectiva y permita brindar una atención centrada en el paciente; además, la identificación de las necesidades específicas de cada paciente corresponde a la primera perspectiva del proceso educativo.

Algunas barreras para el aprendizaje a considerar son las siguientes:

- las creencias y valores del paciente y de su familia;
- su nivel de alfabetización, su nivel educativo y su idioma;
- las barreras emocionales y las motivaciones;
- las limitaciones físicas y cognitivas;
- la disposición del paciente para aprender; y
- la habilidad para realizar un procedimiento.

La primera perspectiva del proceso educativo es la basada en las necesidades específicas de cada paciente, mediante la búsqueda intencionada, estandarizada y sistemática de las dudas e inquietudes del paciente, como parte de la evaluación inicial, una forma de identificar estas necesidades, por ejemplo, es preguntando directamente a cada paciente sobre sus dudas e inquietudes particulares

La evaluación inicial relacionada con el proceso educativo tiene como objetivo:

- Evaluar de manera intencionada las barreras para el aprendizaje de cada paciente
- Evaluar las necesidades específicas de educación expresadas por el paciente (dudas e inquietudes relacionadas con el proceso de atención, entre otros), mediante la búsqueda intencionada,
- Definir el personal clínico que las llevará a cabo acorde a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal,
- Documentar el resultado de las evaluaciones, y en el caso de las necesidades específicas de educación, registrarlas tal como las expresa el paciente.
- Proporcionar educación relacionada a las necesidades específicas de cada paciente.
- Documentar dentro del expediente clínico la educación proporcionada tal como lo ha definido la organización.

Cada organización define si los elementos antes mencionados se deben reevaluar, los intervalos de tiempo en que se realizan las revaluaciones y, si corresponde, su documentación; asimismo, el personal clínico que llevará a cabo dichas revaluaciones.

Elementos Medibles de PFE.2

1. La organización define los elementos de la evaluación de barreras para el aprendizaje.
2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de las barreras para el aprendizaje.
4. Se completa la evaluación de barreras para el aprendizaje de acuerdo a lo definido por la organización.
5. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.
6. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.
7. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.

Elementos Medibles de PFE.2.1

1. La organización define los elementos de la evaluación de necesidades específicas de educación de cada paciente.
2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.
3. A cada paciente se le realiza una evaluación de sus necesidades específicas de educación.
4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.
5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.
6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.
7. A cada paciente se le proporciona educación basada en sus necesidades específicas.
8. Se documenta en el expediente clínico esta educación.

ESTÁNDAR PFE.3
Se proporciona educación basada en la condición clínica del paciente como parte del proceso educativo.

ESTÁNDAR PFE.3.1
La educación incluye temas relacionados con el proceso de atención.

ESTÁNDAR PFE.3.2
La educación incluye temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México.

PROPÓSITO DE PFE.3, PFE.3.1 Y PFE.3.2

La segunda perspectiva del proceso educativo es la que se basa en la condición clínica del paciente, a partir de la identificación que el personal clínico involucrado en el proceso de atención de cada paciente considera necesaria acorde a su disciplina. Esta identificación toma en cuenta los conocimientos y destrezas que el paciente y su familia necesitarán para tomar decisiones sobre la atención, así como para participar y continuar con sus cuidados al egreso. La organización ha definido la manera como se documenta en el expediente clínico esta educación.

Cuando corresponde, la organización proporciona educación en temas relacionados con:

- El uso seguro y efectivo de los medicamentos que toma el paciente
- El uso seguro y efectivo de equipo médico
- Dieta y nutrición
- Manejo del dolor
- Técnicas de rehabilitación.

Además, si corresponde, se proporciona educación en temas relacionados a problemas y/o programas de salud prioritarios en México, como, por ejemplo:

- Planeación familiar
- Violencia familiar
- Enfermedades crónico-degenerativas
- Patologías oncológicas
- Adicciones
- Enfermedades prevenibles por vacunación
- Datos de alarma en embarazadas
- Salud Mental

Elementos Medibles de PFE.3

1. Acorde a la condición clínica de cada paciente, el personal clínico involucrado en el proceso de atención identifica la educación que debe de proporcionarse.
2. Se proporciona la educación acorde a lo identificado por el personal clínico.
3. El personal clínico documenta en el expediente clínico la educación que proporciona al paciente.

Elementos Medibles de PFE.3.1

1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de los medicamentos.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor.
5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.

Elementos Medibles de PFE.3.2

1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planeación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería para adolescentes, violencia familiar, violencia de género y Acoso sexual.
2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, autocuidado, detección y atención temprana especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardiológicos y cerebrovasculares.
3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervicouterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.
4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.
5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación.
6. Si corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma durante el embarazo para solicitar atención en forma inmediata.
7. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre salud mental.

ESTÁNDAR PFE.4
Se proporciona educación organizacional como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.4

La tercera perspectiva del proceso educativo es la organizacional, la cual ha definido la organización con base en un análisis multidisciplinario de su contexto. Esta educación se proporcionará a la totalidad de los pacientes o a un grupo determinado. Asimismo, ha definido la manera como se documenta en el expediente clínico esta educación.

Ejemplos de este tipo de educación son las relacionadas con el riesgo de caídas, dolor, terceros pagadores (Programas Gubernamentales de cobertura sanitaria, aseguradoras), horario de informes a los pacientes y sus familiares, entre otros que cada organización defina.

Elementos Medibles de PFE.4

1. Se proporciona educación a los pacientes, con base en lo establecido por la organización.
2. Se documenta la educación organizacional que se proporciona al paciente, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.

ESTÁNDAR PFE.5
Se proporciona educación acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad General como parte del proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.5

La cuarta perspectiva del proceso educativo es la establecida por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, que incluye educación para todos los pacientes en los siguientes temas al menos:

- Higiene de manos (MISP.5).
- Riesgo de caídas (MISP.6).
- Dolor (AOP, COP).
- Fomento a la Lactancia Materna, si corresponde.

Elementos Medibles de PFE.5

1. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con la Higiene de manos.
2. Se documenta la educación relacionada con la higiene de manos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
3. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el riesgo de caídas.
4. Se documenta la educación relacionada con el riesgo de caídas, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
5. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el dolor.
6. Se documenta la educación relacionada con el dolor, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.
7. En las organizaciones que brindan servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, se proporciona educación relacionada al Fomento a la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas y puérperas.

ESTÁNDAR PFE.6
Los métodos de educación y la interacción con el paciente, favorecen el proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.6

Entender las barreras para el aprendizaje de los pacientes, ayuda a que la organización seleccione los métodos educativos y los educadores adecuados.

Como parte del proceso educativo, se alienta a los pacientes a participar en el proceso de atención, diciendo lo que piensan y haciendo preguntas al personal; esta interacción entre el paciente y el personal permite una retroalimentación que asegura que la información se comprenda, sea adecuada y útil. El personal reconoce la importancia del papel que desempeña el paciente en la atención médica segura y de buena calidad.

La organización decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal con materiales escritos, a fin de mejorar la comprensión y ofrecer una referencia educativa futura.

Elementos Medibles de PFE.6

1. Se alienta a los pacientes a hacer preguntas y a decir lo que piensan, para confirmar que se comprendió la información.
2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado acorde a las barreras para el aprendizaje y las preferencias del paciente.

ESTÁNDAR PFE.7
El proceso educativo incluye a terceros.

PROPÓSITO DE PFE.7

En ocasiones, el proceso educativo debe dirigirse a un tercero, por ejemplo, en pacientes pediátricos, y/o con alguna discapacidad que impida la comunicación y/o la comprensión de la información. Cada organización integra en la definición de su proceso educativo las situaciones, la manera en que proporcionará educación a un tercero, y el lugar donde se documentará. Los terceros a quienes se proporciona educación pueden ser familiares, amigos, cuidadores, entre otros.

Elementos Medibles de PFE.7

1. La organización incluye dentro de su proceso educativo el proporcionar educación a terceros.
2. Se proporciona educación a terceros en las situaciones definidas por la organización.
3. Se proporciona educación a terceros de la manera definida por la organización.
4. Se documenta la educación proporcionada a terceros acorde a lo definido por la organización.
5. Si corresponde, se proporciona educación a terceros.

ESTÁNDAR PFE.8
El personal clínico que brinda atención al paciente participa en el proceso educativo.

PROPÓSITO DE PFE.8

El proceso educativo se lleva a cabo por personal competente que entiende la importancia y los beneficios de proporcionar educación al paciente de acuerdo a las cuatro perspectivas del proceso educativo, el personal correspondiente, clínico y no clínico, proporciona educación de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario.

El conocimiento del tema, el tiempo adecuado disponible y la capacidad de comunicarse efectivamente son aspectos importantes por tomar en cuenta para un proceso de educación efectivo.

Elementos Medibles de PFE.8

1. El proceso educativo se proporciona de manera coordinada.
2. Quienes imparten educación cuentan con el conocimiento del tema para hacerlo.
3. Quienes imparten educación cuentan con las competencias para hacerlo.

APARTADO.5
ESTÁNDARES

GESTIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

Management of Communication and Information

MCI

INFORMACIÓN

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN
MCI – INFORMACIÓN
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN		
MCI.1	Se planean y diseñan procesos para gestionar la información que genera la organización		✍
MCI.2	Se asegura la confidencialidad de los datos y la información clínica y no clínica relevante		✍
MCI.3	Se mantiene la seguridad y la integridad de todos los datos e información		✍
MCI.4	La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información		✍
MCI.5	Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada		
MCI.6	En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario		
MCI.7	Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado		
MCI.8	El personal es capacitado para gestionar la información		
MCI.9	La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito		✍
	AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN		
MCI.10	La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión		
MCI.10.1	La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información		✍
MCI.10.2	La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas		
	GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN		
MCI.11	La organización se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios		
MCI.12	Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención		
MCI.12.1	La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles		
MCI.13	La comunicación es efectiva en toda la organización		
MCI.14	Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos		

	TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN SALUD	
MCI.15	La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud	
MCI.16	Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, el hospital implementa procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente	✍
MCI.17	La organización desarrolla, mantiene y prueba un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos	✍
	EXPEDIENTE CLÍNICO	
MCI.18	El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención	
MCI.19	Cada paciente cuenta con un expediente clínico	
MCI.19.1	El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención	
MCI.19.2	El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad	
MCI.19.3-AMB	Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias o Atención Médica Continua, cuenta con un expediente clínico	
MCI.19.4	La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente	
MCI.20	Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente	
MCI.20.1	Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó información en el expediente clínico	
MCI.21	Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos	

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR MCI.1
Se planean y diseñan procesos para gestionar la información que genera la organización.

PROPÓSITO DE MCI.1

La información se genera y se utiliza durante los procesos clínicos y de gestión de un establecimiento de atención ambulatoria. La capacidad de captar y proporcionar información requiere de un proceso efectivo. El proceso incorpora aportes de varias fuentes:

- los prestadores de atención;
- los líderes y responsables de áreas del establecimiento; y
- las personas ajenas a la organización que necesitan o requieren datos o información sobre el funcionamiento y los procesos de atención, por ejemplo, instituciones, servicios subrogados, aseguradoras, entre otros.

El proceso toma en cuenta la misión del establecimiento, los servicios prestados, los recursos, el acceso a la tecnología y el apoyo para una comunicación coordinada entre el equipo multidisciplinario de atención. El proceso es adecuado para el tamaño del establecimiento, la complejidad de los servicios y la disponibilidad de personal capacitado, y demás recursos humanos y técnicos.

El proceso incluye la determinación de los datos y la información que deberán de manejarse de manera estandarizada de tal forma que puedan agruparse, categorizarse y analizarse para identificar patrones y tendencias.

Elementos Medibles de MCI.1

1. La organización define qué datos e información deberán manejarse de manera estandarizada.
2. La organización define un proceso para la gestión de datos e información.
3. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes prestan servicios clínicos.
4. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.
5. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.
6. El proceso para manejar información es adecuado para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.
7. La práctica es consistente con lo definido por la organización.

ESTÁNDAR MCI.2
Se asegura la confidencialidad de los datos y la información clínica y no clínica relevante.

PROPÓSITO DE MCI.2

A partir de un análisis multidisciplinario, la organización determina qué datos e información clínica y no clínica serán considerados confidenciales, por ejemplo, datos financieros, información sobre el personal, la información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, el expediente clínico, los datos de una investigación, entre otros.

La organización define un proceso para guardar la confidencialidad de esta información de acuerdo a su contexto y a la legislación aplicable vigente, de igual manera se define un proceso que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.

Elementos Medibles de MCI.2

1. La organización ha determinado qué datos e información clínica y no clínica son considerados confidenciales.
2. Se define un proceso en el cual se ocupa la confidencialidad de la información de acuerdo con el contexto de la organización y conforme a la legislación aplicable vigente.
3. El proceso está implementado.
4. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.
5. La organización define un proceso, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información.

ESTÁNDAR MCI.3
Se mantiene la seguridad y la integridad de todos los datos e información.

PROPÓSITO DE MCI.3

La organización define los procesos de seguridad que permiten el acceso a los datos y la información clasificada sólo al personal autorizado por esta. El acceso a las distintas categorías de información toma en cuenta las necesidades identificadas de acuerdo al cargo laboral y función, incluido el personal en formación.

En el proceso se define:

- la información a la cual tiene acceso el personal;
- la obligación del usuario de mantener la seguridad y la integridad de los datos y/o la información; y
- el proceso por seguir en caso de que se violen la confidencialidad, la seguridad y/o la integridad.

Un aspecto importante al mantener la seguridad de la información es determinar quién está autorizado para obtener información. Es sumamente importante que la organización determine quién puede acceder e ingresar información en el expediente clínico. Existe un proceso para asegurar que sólo personal autorizado ingrese información en los expedientes clínicos.

Estos procesos se definen tomando en cuenta todos los datos y la información que genera la organización, incluyendo lo relacionado con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.3

1. Se definen procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización.
2. El proceso incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada.
3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información.
4. El proceso está implementado.
5. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.

ESTÁNDAR MCI.4
La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información.

PROPÓSITO DE MCI.4

La organización establece el tiempo de conservación de los datos y la información. Los datos y la información que genera la organización deberán conservarse por períodos suficientes para cumplir con la legislación aplicable vigente, las necesidades de los usuarios y para respaldar la atención al paciente, la gestión, la investigación y la educación; por ejemplo, los expedientes clínicos de los pacientes deberán conservarse por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico. El proceso de conservación incluye el cuidado de la información en términos de

confidencialidad y seguridad. Cuando el periodo de retención se termina, se destruyen debidamente los datos y la información.

Elementos Medibles de MCI.4

1. Se define un proceso para la conservación de todos los datos e información que genera la organización acorde a la legislación aplicable vigente.
2. El proceso establece el tiempo de conservación de los datos y la información acorde al contexto de la organización y a la legislación aplicable vigente.
3. El proceso de conservación establece la confidencialidad y seguridad esperadas.
4. Los datos y la información se destruyen debidamente.

ESTÁNDAR MCI.5
Las necesidades de datos e información de las personas dentro y fuera del establecimiento se satisfacen de manera oportuna, en el formato que necesite el usuario y con la frecuencia deseada.

PROPÓSITO DE MCI.5

El formato y los métodos de difusión de datos e información al usuario se adaptan para satisfacer sus expectativas. Las estrategias de difusión incluyen:

- Proporcionar sólo los datos e información que el usuario solicite o necesite.
- Dar al informe un formato que ayude a su uso en el proceso de decisión.
- Proporcionar informes con la frecuencia que el usuario necesite.
- Vincular fuentes de datos e información.
- Ofrecer interpretación o aclaración de datos.

Elementos Medibles de MCI.5

1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios.
2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.
3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que colabora con su uso deseado.
4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesaria para cumplir las responsabilidades de su trabajo.

ESTÁNDAR MCI.6
En la selección, integración y utilización de la tecnología para gestionar la información participa un equipo multidisciplinario.

PROPÓSITO DE MCI.6

La tecnología para el manejo de la información representa una importante inversión de recursos para un establecimiento de atención médica. Por este motivo, la tecnología se ajusta, cuidadosamente, a las necesidades y recursos actuales y futuros de cada organización. Es preciso integrar la tecnología disponible con los procesos de manejo de la información existentes; la cual ayuda a integrar las actividades de todas las áreas y servicios. Este nivel de coordinación requiere la participación en el proceso de selección de un equipo multidisciplinario que incluya, clínicos, no clínicos y directivos.

Elementos Medibles de MCI.6

1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
2. El personal no clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.
3. El personal directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.

ESTÁNDAR MCI.7
Los datos y la información están protegidos contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

PROPÓSITO DE MCI.7

Los datos e información que genera la organización están seguros y protegidos en todo momento; por ejemplo: los expedientes clínicos activos se guardan en áreas a las que sólo tiene acceso el personal profesional de la salud autorizado, y se archivan en sitios donde es poco probable la presencia de calor, agua, fuego u otros agentes que provoquen daños. La organización también tiene en cuenta el acceso no autorizado a la información archivada electrónicamente e implementa procesos para prevenir dicho acceso.

Elementos Medibles de MCI.7

1. Los datos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.
2. Los datos y la información están protegidos contra alteraciones y acceso o uso no autorizados.
3. El expediente clínico forma parte de este proceso contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.

ESTÁNDAR MCI.8
El personal es capacitado para gestionar la información.

PROPÓSITO DE MCI.8

El personal de la organización que genera, recolecta, analiza y utiliza los datos y debe recibir capacitación a fin de participar efectivamente en la gestión de la información.

Esta educación y capacitación permiten al personal:

- Comprender la seguridad y confidencialidad de los datos y la información; usar instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos.
- Ayudar en la interpretación de datos.
- Usar los datos y la información para ayudar en la toma de decisiones.
- Educar y apoyar la participación de los pacientes y sus familiares en los procesos de atención.
- Usar indicadores para evaluar y mejorar los procesos de atención y de trabajo.

El personal está capacitado según corresponda, de acuerdo con sus responsabilidades, las descripciones de los puestos y las necesidades de categorización y análisis de los datos e información. El proceso de gestión de la información posibilita combinar información de varias fuentes y generar informes para respaldar la toma de decisiones. En particular, la combinación de información clínica y de gestión ayuda a los líderes a tomar decisiones conjuntas y a hacer planes en colaboración. El proceso de gestión de la información respalda las decisiones, cambios y procesos que se definen por los líderes a través del análisis de los datos a través del tiempo y la identificación de patrones y tendencias.

Elementos Medibles de MCI.8

1. El personal recibe capacitación acerca de la gestión de la información.
2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.
3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para respaldar la toma de decisiones.

ESTÁNDAR MCI.9
La organización define el proceso para elaborar y mantener documentos por escrito.

PROPÓSITO DE MCI.9 ✍

Los documentos que se manejan en la organización deben ser el resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración, que tenga como propósito definir cómo se llevarán a cabo los procesos dentro de la organización con el fin de implementar de manera sistemática y estandarizada dichos procesos.

El proceso describe cómo se llevará a cabo lo siguiente:

a) La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación.
b) El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos.
c) Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen.
d) La identificación de los cambios en los documentos.
e) El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento.
f) El control de los documentos originados fuera del establecimiento.
g) La retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente, mientras se asegura que no se utilicen por error.
h) La identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación.

El sistema de seguimiento permite que cada documento se identifique por título, fecha de emisión, fecha de edición y/o de la revisión actual, número de páginas, persona que autorizó la emisión y/o revisó el documento, e identificación en la base de datos (si corresponde).

Los documentos relacionados con el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, están vigentes y fueron realizados conforme al proceso definido por la organización.

Elementos Medibles de MCI.9

1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los incisos de la a) a la h) definidos en el propósito. 🗐
2. El proceso está implementado.
3. Todos los documentos relacionados con el Modelo Único de Evaluación de la Calidad se encuentran vigentes y acordes a lo definido en el proceso.
4. Los documentos que se manejan en la organización son resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración.

AGRUPACIÓN, CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

ESTÁNDAR MCI.10
La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos y de gestión.

ESTÁNDAR MCI.10.1
La organización cuenta con un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.

ESTÁNDAR MCI.10.2
La organización cuenta con un proceso para usar bases de datos externas o participar en las mismas.

PROPÓSITO DE MCI.10 A MCI.10.2

La organización analiza datos agrupados y categorizados para respaldar los procesos de atención y de gestión de la organización. Los datos agrupados y categorizados proporcionan un perfil de la organización en el tiempo, y permiten comparar su desempeño con el de otros establecimientos. Por consiguiente, la agrupación, categorización y análisis constituyen una parte importante de las actividades de mejora del desempeño de la organización.

En particular, la información agrupada y categorizada sobre los sistemas críticos, la supervisión de los procesos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente ayudan a la organización a comprender su desempeño actual y a identificar oportunidades para mejorar, una herramienta muy útil es el análisis de patrones y tendencias.

Al participar en bases de datos externas de desempeño, un establecimiento de atención ambulatoria puede comparar su desempeño con el de otros a nivel local, nacional e internacional. La comparación del desempeño de la organización es una herramienta efectiva para identificar oportunidades para mejorar. Las redes de atención médica y quienes compran o pagan para recibir atención médica con frecuencia solicitan dicha información. Las bases de datos externas son sumamente variadas, y van desde bases de datos de aseguradoras hasta las de sociedades profesionales. En todos los casos, se mantiene la seguridad y la confidencialidad de los datos y de la información acorde a la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.10

1. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos.
2. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos de gestión.
3. La agrupación, categorización y análisis respaldan el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.10.1

1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.
   1.1. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con los sistemas críticos.
   1.2. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con la supervisión de los procesos.
   1.3. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de MCI.10.2

1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de estas.
2. La organización contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a la legislación aplicable vigente.
3. La organización compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.

GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

ESTÁNDAR MCI.11
La organización se comunica con la comunidad a la que da servicio para facilitar el acceso a la atención y a la información sobre sus servicios.

PROPÓSITO DE MCI.11

La organización identifica la comunidad y la población que reciben sus servicios, por lo que planean una comunicación permanente con dichos grupos de interés. La comunicación puede ser directamente con las personas o a través de los medios de comunicación con la comunidad y terceros pagadores. Los tipos de información incluyen:

- Información sobre servicios, horarios de atención y el proceso para obtener atención.
- Información sobre la calidad de los servicios.

La información se proporciona al público y a las organizaciones que reciben o envían pacientes.

La DGCES cuenta, el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/resultados.php

Elementos Medibles de MCI.11

1. La organización ha identificado la comunidad y la población de interés.
2. La organización implementa una estrategia de comunicación con la comunidad y población de interés, acorde a sus condiciones socioculturales.
3. La organización brinda información, de manera efectiva, sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para acceder a la atención.
4. La organización brinda información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.

ESTÁNDAR MCI.12
Se informa a los pacientes y familiares sobre los procesos de atención.

PROPÓSITO DE MCI.12

Los pacientes y familiares necesitan información completa sobre la atención que reciben y los servicios que ofrece el establecimiento, así como la forma de acceder a tales servicios. Proporcionar esta información es fundamental para generar una comunicación abierta y de confianza entre los pacientes, sus familiares y la organización. Esta información ayuda a que coincidan las expectativas del paciente con la capacidad del establecimiento de satisfacer dichas expectativas. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando la atención que el paciente necesita está más allá de la misión de la organización y de su capacidad.

Elementos Medibles de MCI.12

1. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.
2. Los pacientes y sus familiares reciben información sobre los procesos de atención.
3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.

ESTÁNDAR MCI.12.1
La comunicación y la educación del paciente y de su familia se ofrecen en un formato, lenguaje e idioma comprensibles.

PROPÓSITO DE MCI.12.1

Los pacientes sólo pueden tomar decisiones informadas y participar en el proceso de atención si comprenden la información que se les proporciona. Por consiguiente, se presta especial atención al formato, lenguaje e idioma empleados para comunicarse e impartir educación a los pacientes y sus familiares acorde a su contexto sociocultural. Los pacientes responden en forma diferente a las instrucciones verbales, los materiales impresos, las cintas de video, las demostraciones, entre otros, por lo que puede que sea necesario que los miembros de la familia o los intérpretes ayuden con la educación o traduzcan materiales. Es importante reconocer las limitaciones de los niños para actuar como traductores, para comunicar información y educación importantes tanto clínica como de otra índole; por consiguiente, sólo deberá recurrirse a los niños como traductores como último recurso. Cuando se empleen personas ajenas a la familia para traducir o interpretar, serán conscientes de las barreras que pueda tener el paciente para comunicarse y comprender.

Elementos Medibles de MCI.12.1

1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.
2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensibles.

ESTÁNDAR MCI.13
La comunicación es efectiva en toda la organización.

PROPÓSITO DE MCI.13

La comunicación efectiva dentro de un establecimiento de atención médica es un tema que involucra al liderazgo. Por consiguiente, las autoridades del establecimiento de atención médica comprenden la dinámica de la comunicación: entre los grupos profesionales, las áreas y servicios; entre grupos profesionales y no profesionales; entre los profesionales y directores; entre los profesionales y los familiares; y con otras organizaciones, por nombrar algunas.
Las autoridades del establecimiento no sólo establecen los parámetros de la comunicación efectiva, sino que también sirven como modelos mediante la comunicación efectiva de la misión del establecimiento, sus estrategias, planes y demás información relevante; también prestan atención a la exactitud y oportunidad de la información en el establecimiento.

Elementos Medibles de MCI.13

1. Los líderes se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.
2. Hay una comunicación efectiva en la organización, entre sus profesionales, áreas y servicios.
3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.
4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.
5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.

ESTÁNDAR MCI.14
Los líderes se aseguran de que haya una comunicación y una coordinación efectivas entre las personas y departamentos responsables de proporcionar servicios clínicos.

PROPÓSITO DE MCI.14

Para coordinar e integrar la atención al paciente, los líderes desarrollan una cultura que hace énfasis en la cooperación y la comunicación, a través de mecanismos formales (por ejemplo: comités permanentes y equipos conjuntos) e informales (por ejemplo: boletines informativos y trípticos) para la promoción de la comunicación entre servicios e individuos. La coordinación de los servicios clínicos proviene de una comprensión de la misión de cada área, de los servicios y de la colaboración en la definición de procesos con enfoque de sistema.

Elementos Medibles de MCI.14

1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.
2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.

MCI.15 La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas y procesos de tecnología de la información de salud. (CATÁLAGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

MCI.16 Cuando se utilizan dispositivos móviles para enviar mensajes de texto, correos electrónicos u otras comunicaciones de datos e información del paciente, el hospital implementa procesos para garantizar la calidad de la atención al paciente y mantiene la seguridad y confidencialidad de la información del paciente. (CATÁLAGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

MCI.17 La organización desarrolla, mantiene y prueba un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos. (CATÁLAGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

EXPEDIENTE CLÍNICO

ESTÁNDAR MCI.18
El expediente clínico está a disposición del personal a fin de facilitar la comunicación y asegurar la continuidad de la atención.

PROPÓSITO DE MCI.18

El expediente clínico es una fuente primaria de información del proceso de atención y evolución del paciente, es una herramienta esencial de comunicación. Para que esta información resulte útil y respalde la continuidad de la atención, debe estar disponible para la atención en hospitalización, consulta y en otros momentos, según sea necesario, y deberá mantenerse actualizada. Las notas médicas, de enfermería y demás sobre la atención al paciente deben estar a disposición de todos los prestadores de atención del paciente. La organización identifica a los profesionales que tienen acceso al expediente clínico, a fin de asegurar la confidencialidad de la información del paciente, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

Elementos Medibles de MCI.18

1. La organización determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico.
2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.
3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.

ESTÁNDAR MCI.19
Cada paciente cuenta con un expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.19

Todo paciente evaluado o tratado en la organización en servicios de hospitalización, servicios ambulatorios o servicios de urgencias cuenta con un expediente clínico. Se asigna al expediente un identificador exclusivo para el paciente, o se emplea algún otro mecanismo para vincular al paciente con su expediente. Un único expediente e identificador permiten a la organización localizar fácilmente los expedientes clínicos del paciente y documentar la atención de los usuarios en el tiempo.

Elementos Medibles de MCI.19

1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.
2. Los expedientes clínicos se controlan mediante el uso de un identificador, número de expediente o algún otro método efectivo.

ESTÁNDAR MCI.19.1
El expediente clínico contiene información suficiente para identificar al paciente, apoyar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso y los resultados del tratamiento, y promover la continuidad de la atención entre los prestadores de atención.

ESTÁNDAR MCI.19.2
El expediente clínico da cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

ESTÁNDAR MCI.19.3
Cada paciente que recibe atención en el Servicio de Urgencias o Atención Médica Continua cuenta con un expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.19.1 A MCI.19.3

El expediente clínico debe contener información suficiente para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento administrado y documentar el curso y los resultados del tratamiento. Un formato y contenido estandarizados del expediente ayuda a promover la integración y la continuidad de la atención entre los profesionales de la salud que trabajan con el paciente.

Los expedientes se documentan de acuerdo a la legislación aplicable vigente relacionada con el Expediente Clínico y a lo solicitado por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por el personal de salud que brinda atención al paciente además del personal médico y de enfermería, por ejemplo: nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Elementos Medibles de MCI.19.1

1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.
2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.
3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.
4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento.

Elementos Medibles de MCI.19.2

1. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la legislación aplicable vigente.
2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.
3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.

Elementos Medibles de MCI.19.3

1. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen la hora de llegada.
2. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.
3. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen el estado del paciente al alta.
4. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen todas las instrucciones para la atención de seguimiento.

ESTÁNDAR MCI.19.4
La información relacionada con la atención al paciente se transfiere junto con el paciente.

PROPÓSITO DE MCI.19.4

A menudo los pacientes son atendidos en distintas áreas del establecimiento durante su proceso de atención. Cuando cambia el equipo de atención debido a que el paciente cambió de área o servicio, la continuidad de la atención requiere que la información esencial relacionada con el paciente se transfiere con él. Por consiguiente, los medicamentos y demás tratamientos pueden continuar sin interrupciones, y el estado del paciente se puede controlar debidamente. A fin de lograr esta transferencia de información, se elabora un resumen de la información clínica en el momento del traslado del paciente dentro de la organización. Dicho resumen incluye el motivo de la transferencia, los hallazgos relevantes, los diagnósticos, los procedimientos realizados, los medicamentos y demás tratamientos administrados, y el estado del paciente en el momento del cambio de área o servicio.

Este resumen se realiza cuando el paciente cambia de área o servicio para continuar su proceso de atención y ya no regresará al servicio donde se encontraba.

Elementos Medibles de MCI.19.4

1. Se realiza un resumen de la atención brindada cuando el paciente cambia de área o servicio.
2. El resumen incluye el motivo de la transferencia.
3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.
4. El resumen incluye los diagnósticos realizados.
5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.
6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.
7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.

ESTÁNDAR MCI.20
Se identifica al personal autorizado para ingresar información en el expediente clínico y se determina el contenido y el formato del expediente.

ESTÁNDAR MCI.20.1
Cada nota clínica de cualquier profesional que atienda a pacientes identifica a su autoría con: nombre, firma y fecha en que se ingresó información en el expediente clínico.

PROPÓSITO DE MCI.20 Y MCI.20.1

Un aspecto de la seguridad de la información del paciente es determinar quién está autorizado a obtener el expediente clínico e ingresar información en el mismo. La organización autoriza a dichas personas, e identifica el contenido y el formato de la información ingresada en los expedientes clínicos. Existe un proceso para garantizar que sólo las personas autorizadas ingresen información en los expedientes clínicos de los pacientes, y que el autor del ingreso se identifique y registre la fecha y la hora en que se ingresó la información a fin de poder llevar un seguimiento adecuado del proceso de atención de cada paciente.

Elementos Medibles MCI.20

1. La organización definió el personal que está autorizado para ingresar información en el expediente clínico.
2. La organización definió el formato y la ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.
3. Sólo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos.

Elementos Medibles de MCI.20.1

1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico y se consigna el nombre y la firma.
2. Se identifica la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico.
3. Se identifica la hora de ingreso de la información en el expediente clínico.

ESTÁNDAR MCI.21
Se evalúa periódicamente el contenido de los expedientes clínicos.

PROPÓSITO DE MCI.21

Cada establecimiento determina el contenido y el formato del expediente clínico, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente y ha definido un proceso para evaluar el contenido de los expedientes clínicos. Ese proceso forma parte de las actividades de mejora de la organización y se lleva a cabo periódicamente. La revisión de expedientes clínicos se basa en una muestra que representa a toda la organización, es decir, todos los servicios, turnos, disciplinas, entre otros.

El proceso de revisión del expediente lo realiza un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico o grupo de trabajo), conformado por el personal médico, el personal de enfermería y demás profesionales clínicos relevantes autorizados a ingresar información. La revisión se centra en lo oportuno, completo y legible. El Comité coordina la revisión de los expedientes para garantizar un expediente clínico integrado y de calidad. El proceso de revisión de los expedientes incluye tanto los de los pacientes que actualmente reciben atención (expedientes clínicos abiertos) como los de pacientes dados de alta (expedientes clínicos cerrados).

Los datos generados por la revisión de los expedientes clínicos son analizados con el objetivo de identificar patrones y tendencias e implementar acciones de mejora. Esta información se incluye como parte de la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

Para este fin, la DGCES cuenta con el Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)el cual está ubicado en la siguiente liga: https://desdgces.salud.gob.mx/mecic/index.php.

Elementos Medibles MCI.21

1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.
2. La revisión emplea una muestra representativa.
3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.
4. El Comité del Expediente Clínico o grupo de trabajo coordina la revisión de expedientes clínicos.
5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.
6. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a la legislación aplicable vigente.
7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.
8. Los resultados del proceso de revisión se analizan y se identifican patrones y tendencias.
9. Se implementan acciones para mejorar la documentación de los expedientes clínicos.
10. La información generada se incluye en la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

GOBIERNO, LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

Governance, Leadership and Direction

GLD

LIDERAZGO

GOBIERNO LIDERAZGO Y DIRECCIÓN
GLD – LIDERAZGO
Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC)

Clave	Estándar	Indispensable	Definición
	GOBIERNO DE LA ORGANIZACIÓN		
GLD.1	Los líderes elaboran el Plan Estratégico de la Organización		✍
GLD.2	El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, así como se asegura de que se comuniquen los avances sobre las mejoras a toda la organización		
GLD.2.1	Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización		
GLD.3	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización		✍
GLD.3.1-AMB	El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del establecimiento, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.		
GLD.3.2-AMB	El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del establecimiento.		
GLD.3.3	El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización		
GLD.3.4-AMB	El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del establecimiento.		
GLD.3.5	El gobierno de la organización aprueba el programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones basándose en los informes que se les presentan		
GLD.3.6	La organización implementa un Gobierno Compartido para la Toma de Decisiones		
GLD.3.7	Liderazgo con Enfoque de Calidad y Seguridad		
	LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN		
GLD.4	Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente		
GLD.4.1	Identificación y formación de líderes		✍
GLD.5	El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión		
GLD.5.1	Los líderes de la organización identifican y planean el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende		
GLD.5.2	La organización adopta e implementa un Programa de Cultura Justa		✍
GLD.5.3	Se mide y analiza la Experiencia del Paciente para la mejora de los procesos		✍
GLD.5.4	Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria		✍

GLD.5.5	Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados	✍
GLD.5.6	Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación en el proceso	
GLD.5.7	El liderazgo de la organización colabora en la planeación de los procesos para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal	
GLD.6	Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planean e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad	✍
GLD.6.1	Identificación de puestos críticos de la fuerza laboral	✍
GLD.6.2	Se evalúa el clima organizacional	✍
GLD.6.3	Los líderes fomentan la conciencia del personal sobre la responsabilidad social de la organización y establecen estrategias para su manejo eficiente	✍
GLD.6.4	Los líderes fomentan la innovación como mecanismo para mejorar los procesos clínicos y de gestión	
	DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS	
GLD.7	Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización	
GLD.7.1	Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios de la organización	
GLD.7.2	Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan	
GLD.7.3	Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios	
GLD.7.4	Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades	
GLD.7.5	Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente	
	ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN	
GLD.8	La organización define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.	✍
GLD.8.1	El marco de la organización para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente	
GLD.8.2	El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica	

GLD.1 Los líderes elaboran el Plan Estratégico de la Organización. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR GLD.2
El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes, así como se asegura de que se comuniquen los avances sobre las mejoras a toda la organización.

★PROPÓSITO DE GLD.2

El liderazgo es esencial para que una organización inicie y desarrolle con éxito la mejora de la calidad y seguridad, reduciendo los riesgos en sus pacientes y en el personal. El liderazgo empieza con la entidad de gobierno de la organización, junto con aquellos que gestionan y dirigen diariamente las actividades clínicas y administrativas de la organización. (Ver también QPS.1).

El gobierno de la organización valida los métodos que se utilizan para medir, evaluar y mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes, también facilita una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación, y se asegura de la participación de todos los departamentos y servicios en los esfuerzos de mejora.

La coordinación se puede lograr a través de un consejo o comité de gestión de la calidad o alguna otra estructura. (Ver también QPS.2). La coordinación promueve un enfoque de todo el sistema hacia las actividades de monitorización y mejora de la calidad mientras se reduce la duplicación de esfuerzos; por ejemplo, dos departamentos que miden independientemente procesos o resultados iguales.

El gobierno de la organización es responsable de participar en la revisión al menos cada 6 meses de la información, de cuando menos:

- La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos;
- Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.

La comunicación periódica con el personal acerca de la información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes es esencial. Este flujo de comunicación sobre la calidad se realiza a través de canales eficaces, tales como boletines informativos, carteles, reuniones con el personal y procesos de recursos humanos, entre otros. La información puede estar relacionada, por ejemplo, con proyectos de mejora nuevos o recién terminados, avance en el cumplimiento de las metas internacionales de seguridad del paciente, los resultados del análisis de eventos centinela y otros eventos adversos, entre otra información relevante.

Elementos Medibles de GLD.2

1. El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.
2. El gobierno de la organización valida una estructura y un proceso en toda la organización para evaluar los datos, planificar el cambio y sostener las mejoras de calidad y seguridad de los pacientes y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.
3. El gobierno de la organización revisa al menos semestralmente la siguiente información:
   3.1. La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos.
   3.2. Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.
4. La información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes se comunica regularmente al personal.

ESTÁNDAR GLD.2.1 (ESTÁNDAR VINCULADO A LA AESP 8)
Se mide la cultura de seguridad del paciente de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.2.1

La organización genera información sobre seguridad del paciente, misma que es utilizada para tomar decisiones, aprender y mejorar. Como parte de esta información cada organización mide, al menos cada año, la cultura de la seguridad del paciente en su organización.

La DGCES cuenta con una Encuesta de Cultura de Seguridad del Paciente herramienta diseñada para este fin, ubicada en la siguiente liga: https://dgces.salud.gob.mx/encuesta/culturasp/index1.php.

La cultura de seguridad del paciente de una organización es el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el compromiso, la habilidad y la manera en que la organización gestiona la seguridad del paciente. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación fundamentada en la confianza mutua, debido a la percepción compartida de la importancia de la seguridad y la eficacia de las medidas preventivas; esta definición es tomada de la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), asimismo la AHRQ establece que esta ENCUESTA puede ser utilizada para:

- Sensibilizar al personal sobre la seguridad del paciente.
- Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad del paciente en la organización.
- Identificar fortalezas y áreas para la mejora de la cultura de seguridad del paciente.
- Analizar las tendencias en el cambio de cultura de seguridad del paciente con el tiempo.
- Evaluar el impacto cultural de las iniciativas e intervenciones de seguridad de los pacientes.
- Realizar comparaciones dentro y entre organizaciones.

Esta medición se lleva a cabo al realizar el cuestionario desarrollado por la Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ), a una muestra que incluya personal clínico y no clínico, a todas las áreas, todos los turnos.

Los resultados del cuestionario se analizan y se identifican prioridades para mejorar. Se diseñan e implementan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.

La información obtenida se toma en cuenta para el diseño e implementación de los procesos y sistemas del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, en especial del Plan de calidad y Seguridad del Paciente.

Elementos Medibles de GLD.2.1

1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.
2. Se ha definido el cuestionario que la organización utilizará para evaluarla.
3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.
4. El cuestionario se aplica al menos cada año a la muestra seleccionada.
5. Los resultados de la medición se miden y se analizan al menos cada año.
6. Se identifican prioridades a través del análisis, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.
7. Se diseñan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.
8. La información obtenida se vincula con los sistemas críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del paciente.

ESTÁNDAR GLD.3
Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.3 ✍

Para implementar el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, es necesario el involucramiento y compromiso del gobierno de la organización, sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o dueño, quien o quienes son responsables de supervisar el funcionamiento del establecimiento y de proveer de los recursos necesarios para otorgar servicios de salud con calidad y seguridad a su comunidad o a la población que busca la atención. Dentro de las responsabilidades del gobierno de la organización y de los directivos se incluyen aspectos relacionados con la mejora de la calidad y seguridad, estas responsabilidades se toman en cuenta para la evaluación del desempeño, la cual se fundamenta en criterios específicos y con base en objetivos.

Elementos Medibles de GLD.3

1. Se han definido las responsabilidades del gobierno de la organización, incluyendo la responsabilidad con la mejora de la calidad y seguridad. 🗐
2. Se cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada del desempeño de los directivos de la organización.
3. Se incluyen para la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la calidad y seguridad.

ESTÁNDAR GLD.3.1
El gobierno de la organización aprueba y hace pública la declaración de la misión del establecimiento, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.

ESTÁNDAR GLD.3.2
El gobierno de la organización aprueba las políticas y programas para el funcionamiento del establecimiento.

ESTÁNDAR GLD.3.3
El gobierno de la organización aprueba el presupuesto y asigna los recursos requeridos para cumplir con la misión de la organización.

ESTÁNDAR GLD.3.4
El gobierno de la organización nombra al director o gerente general del establecimiento.

ESTÁNDAR GLD.3.5
El gobierno de la organización aprueba el programa de calidad y seguridad del paciente y toma decisiones basándose en los informes que se les presentan.

PROPÓSITO DE GLD.3.1 A GLD.3.5

La prioridad del gobierno de la organización es que esta funcione de forma eficiente y proporcione servicios con calidad y seguridad, por lo que sus responsabilidades se encuentran principalmente en el nivel de aprobación e incluyen:

- la aprobación de la misión de la organización;
- la aprobación (o definición de la autoridad de aprobación, cuando se delegue) de los programas estratégicos y de gestión; y de los procesos necesarios para el funcionamiento diario de la organización, incluido el manual de Organización del establecimiento.
- la aprobación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, así como la supervisión de su implementación;
- la aprobación de la participación de la organización en programas de educación para profesionales de la salud y en investigaciones, así como la supervisión de la calidad de tales programas;
- la aprobación del presupuesto para hacer funcionar a la organización; y
- el nombramiento o la aprobación de los mandos medios y superiores de la organización.

El gobierno de la organización desarrolla un proceso para la comunicación y cooperación con los directivos del hospital, con el objetivo de dar seguimiento a los programas y cumplir con la misión.

Elementos Medibles de GLD.3.1

1. El gobierno de la organización aprueba la misión, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.
2. El gobierno de la organización aprueba el manual de Organización del establecimiento.
3. El gobierno de la organización garantiza la revisión de la misión de la organización, cuando corresponda.
4. Los responsables del gobierno de la organización hacen pública la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.3.2

1. El gobierno de la organización aprueba los programas de gestión, así como procesos para el funcionamiento de la organización.
2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en los procesos de la organización.
3. El gobierno de la organización aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo se supervisa la calidad de dichos programas.

Elementos Medibles de GLD.3.3

1. El gobierno de la organización aprueba el presupuesto para el funcionamiento de la organización.
2. El gobierno de la organización asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión de la organización.

Elementos Medibles de GLD.3.4

1. El gobierno de la organización designa al director o gerente general de la organización.
2. El gobierno de la organización evalúa el desempeño del director o gerente general de la organización.

Elementos Medibles de GLD.3.5

1. El gobierno de la organización aprueba el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
2. El gobierno de la organización supervisa la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.
3. El gobierno de la organización recibe informes sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, y toma medidas basándose en los mismos.

GLD.3.6 La organización implementa un Gobierno Compartido para la Toma de Decisiones. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

ESTÁNDAR GLD.3.7
Liderazgo con Enfoque de Calidad y Seguridad.

★PROPÓSITO DE GLD.3.7

Las organizaciones que desarrollan una cultura de calidad y seguridad mantienen un compromiso continuo con la mejora de los procesos de atención. Un aspecto fundamental para alcanzar este objetivo es la participación y compromiso de la alta dirección reflejado a través del apoyo necesario para contar los recursos necesarios.

Derivado de lo anterior la alta dirección ubica en la estructura organizacional un responsable con las competencias necesarias para coordinar de manera continua las actividades de calidad y seguridad, con actividades definidas y que depende directamente de la dirección para asumir un liderazgo proactivo que facilite implementar la cultura de calidad y seguridad en conjunto con los diferentes líderes clínicos, administrativos y de apoyo.

Elementos Medibles de GLD.3.7

1. Se identifica de manera permanente en la estructura de la organización la función de calidad y seguridad en la atención y se cuenta con un responsable.
2. El responsable de calidad en la organización depende directamente de la alta dirección y tiene el respaldo necesario para llevar a cabo sus funciones en conjunto con los líderes de la organización.
3. Las funciones y responsabilidades de calidad y seguridad en la atención se coordinan por el responsable de calidad.
4. La persona responsable del área de calidad cumple con las competencias establecidas por la organización.

LIDERAZGO DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.4
Un director o gerente general es responsable de hacer funcionar a la organización y de cumplir la legislación aplicable vigente.

PROPÓSITO DE GLD.4

El liderazgo efectivo es fundamental para que una organización pueda funcionar de manera eficiente y cumplir cabalmente con su misión. El director o gerente general es responsable del funcionamiento diario del hospital, esto incluye, entre otras responsabilidades, el abasto de suministros esenciales, el mantenimiento de la instalación física, la administración financiera, así como la gestión de la calidad y seguridad. El director o gerente general cuenta con la capacitación, educación y experiencia necesarias para llevar a cabo estas responsabilidades.

El director o gerente general trabaja con los demás directivos para definir la misión y para planear las políticas, procedimientos y servicios clínicos vinculados a la misión; una vez aprobadas, el director o gerente general, es responsable de garantizar su implementación.

Además, el director o gerente general será responsable de:
- el cumplimiento de la legislación aplicable vigente;
- la respuesta a todo informe de organismos de inspección y de regulación; y
- los procesos de administración y control de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

Elementos Medibles de GLD.4

1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del establecimiento.
2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.
3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno de la organización.
4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas y procesos aprobados.
5. El director o gerente general asegura el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.
7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.

ESTÁNDAR GLD.4.1 Identificación y formación de líderes (CATÁLO ÚNICO EXCLUSIVO ESTÁNDARES HOSPITALES)

ESTÁNDAR GLD.5
El liderazgo de la organización participa en el cumplimiento de la misión.

PROPÓSITO DE GLD.5

Los líderes de la organización se involucran y participan en el logro de la misión de la organización. Los líderes pueden provenir de diversas fuentes, algunos pueden ser formales tales como la dirección médica, dirección de enfermería, dirección de calidad y otros jefes de departamentos o servicios clínicos, entre otros, así como aquellos que son reconocidos por su antigüedad, nivel jerárquico o por su contribución al hospital. Es importante que estos líderes participen de acuerdo con su nivel de responsabilidad para el cumplimiento de la misión del hospital, trabajen en conjunto y elaboren los planes y políticas necesarias.

Elementos Medibles de GLD.5

1. Los líderes trabajan en colaboración para cumplir con la misión de la organización.
2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de elaborar los planes, políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.
3. Los líderes se aseguran del cumplimiento a las políticas y los procedimientos aprobados.

ESTÁNDAR GLD.5.1
Los líderes de la organización identifican y planean el tipo de servicios clínicos necesarios para cubrir las necesidades de los pacientes que atiende.

PROPÓSITO DE GLD.5.1

Los servicios de atención al paciente se planean y diseñan para responder a las necesidades de la población de pacientes que atienden. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán, conforme a su misión. Los responsables de las áreas y servicios clínicos de la organización determinan los servicios de diagnóstico, terapéuticos, rehabilitación y otros esenciales para los pacientes. Los directivos también determinan el alcance y la capacidad física y resolutiva de los diferentes servicios que prestará la organización, directa o indirectamente.

Los servicios planeados reflejan la dirección estratégica de la organización y la perspectiva de los pacientes que atienden.

Elementos Medibles de GLD.5.1

1. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán.
2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión de la organización.
3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará la organización.

ESTÁNDAR GLD 5.2
La organización adopta e implementa un Programa de Cultura Justa.

★ **PROPÓSITO DE GLD.5.2** ✍

La complejidad en la prestación de los servicios de salud es un factor central en la alta tasa de errores dentro de las organizaciones de salud. Sin embargo, el reto más grande para conocer y prevenir errores es que "Castigamos a las personas por cometer errores".

El Modelo de Cultura Justa se centra en dos cuestionamientos esenciales: el papel de la sanción punitiva y la aplicación de la sanción punitiva como remedio por el error humano. La generación de una “cultura no punitiva” que no culpe a los individuos sino al sistema cuando se cometen errores es uno de los temas más controvertidos y complejos en el campo de la seguridad del paciente.

Una cultura no punitiva incluye el apoyo de los compañeros de trabajo y de los superiores después de un evento adverso, evita culpabilizar a los colaboradores por sus errores.

Las acciones que aplica la Cultura Justa tienen como propósito el análisis de la conducta individual del personal involucrado en un evento adverso, lo que permitirá establecer el manejo organizacional adecuado al tipo de conducta analizada.

El Modelo de una “Cultura Justa” aborda dos preguntas centrales:

- ¿Cuál es el rol de la sanción punitiva en la seguridad de nuestro sistema de atención? y

- ¿La aplicación de una sanción punitiva beneficia o perjudica los esfuerzos que se realizan para aumentar la seguridad de los pacientes?

El Modelo reconoce que los sistemas complejos (y el sistema de atención médica lo es) son esencialmente inseguros y que los humanos están destinados a cometer errores.

La organización de atención médica adopta e implementa un programa de "cultura justa", con el propósito de generar un ambiente de confianza en donde se estimule la comunicación de situaciones relacionadas con la seguridad en la atención de los pacientes y de esta manera se cuente con información que permita el análisis de las situaciones y la mejora de los procesos.

El programa de cultura justa establece con claridad la diferencia entre los tipos de comportamiento y señala la recomendación de las acciones a seguir en cada uno de ellos.
Una o más personas cualificadas se aseguran de que el programa se ponga en funcionamiento.

Elementos Medibles de GLD.5.2

1. La organización de atención médica ha diseñado un programa de cultura justa cuyo propósito sea mejorar la seguridad en la atención.
2. El programa de cultura justa esta implementado en la Organización.

ESTÁNDAR GLD.5.3
Se mide y analiza la Experiencia del Paciente para la mejora de los procesos.

★PROPÓSITO DE GLD. 5.3

Hablar de situar al paciente en el centro del sistema de salud implica entender su experiencia de forma amplia, ya que dentro del concepto de experiencia del paciente inciden, además del cuidado clínico, otros aspectos como el entorno físico, el trato personal, la coordinación interna o la comunicación. La experiencia del paciente se compone de las interacciones que ocurren con la organización durante todo el proceso de atención, incluso puede abarcar la experiencia antes y después del contacto con la organización.

La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) define la experiencia del paciente de la siguiente manera: La Experiencia del Paciente abarca todas las interacciones que un paciente tiene con el sistema de atención en la salud. Esto incluye atención de planes de salud, así como el trato al personal médico y del establecimiento. La Experiencia del Paciente incluye aspectos que los pacientes valoran cuando buscan atención médica. Por ejemplo: La obtención de citas oportunas, el fácil acceso a la información, etc., es decir, esta disciplina cubre aquellos aspectos que le garantizan al paciente la posibilidad de recibir atención médica de calidad.

Los términos "Satisfacción del Paciente" y "Experiencia del Paciente" aunque muchas veces se usan indistintamente describen en realidad conceptos diferentes. El primero describe el nivel de complacencia con los servicios de salud, mientras que el segundo describe conceptos más tangibles. Ambos conceptos, aunque puedan ser cercanos no son lo mismo, podemos quedar satisfechos, pese a una mala experiencia, y lo que es más importante incluso, tener una buena experiencia sin haber satisfecho nuestra expectativa.

La diferencia entre medir la satisfacción del paciente y medir la experiencia del paciente, es que en la primera la información que se obtiene es subjetiva, por ejemplo, preguntar al paciente sobre su satisfacción relacionada con la distribución de la habitación es una medida subjetiva. Medir la experiencia del paciente es una medida objetiva, ya que incluye aspectos relacionados con los procesos de atención médica, por ejemplo, la facilidad para obtener una cita, el fácil acceso a la información y la comprensión de la información proporcionada por los proveedores del cuidado de la salud, el análisis de esta información permitirá tomar decisiones que mejoren los procesos de la Organización.

Los mecanismos para obtener información sobre la experiencia del paciente pueden incluir, por ejemplo, la aplicación de encuestas, entrevistas individuales o grupales con pacientes y familiares, entre otros, definidos por la organización en base a su contexto y recursos.

La DGCES cuenta con el Sistema Unificado de Gestión (Sistema de la Encuesta de Satisfacción, Trato Adecuado y Digno), herramienta diseñada para este fin, la cual se encuentra ubicada en la siguiente liga: https://desdgces.salud.gob.mx/sestad/index.php/publico/numeralia/rpt_tablal.

Elementos Medibles de GLD.5.3

1. La organización define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes.
2. Se mide la experiencia del paciente mediante una herramienta estandarizada de manera regular durante todo el año.
3. La organización define e implementa una estrategia sistemática para el levantamiento de encuestas por un ente externo que evalúe la experiencia de los pacientes, al menos una vez al año.
4. La información de ambas evaluaciones se analiza para mejorar los procesos y por lo tanto la experiencia del paciente en la organización.
5. Como resultado del análisis de la información se implementan estrategias para mejorar la experiencia del paciente.

ESTÁNDAR GLD.5.4
Se utilizan los equipos, insumos y medicamentos recomendados por las organizaciones profesionales o por la autoridad sanitaria.

PROPÓSITO DE GLD.5.4

Los riesgos de la atención se reducen significativamente cuando se utiliza el equipo adecuado y este funciona de manera correcta. Esto es particularmente importante en áreas clínicas tales como anestesia, radiología y diagnóstico por imagen, cardiología, radioterapia y otros servicios de alto riesgo. Los suministros y medicamentos adecuados también están a disposición y son adecuados para su uso planificado y situaciones de urgencia. Cada organización identifica los equipos requeridos o recomendados, los insumos y los medicamentos necesarios para prestar los servicios planeados a su población de pacientes, los cuales pueden provenir de un organismo gubernamental, de organizaciones nacionales o internacionales o de otras organizaciones profesionales.

Cuando una organización utiliza tecnología y/o productos farmacéuticos “experimentales” en procedimientos de atención a pacientes (ya sea a nivel nacional o internacional), existe un proceso para la revisión y aprobación de dicho uso. Es fundamental que dicha aprobación antecede su uso y en todos los casos se solicite el consentimiento informado del paciente.

Elementos Medibles de GLD.5.4

1. La organización identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planeados.
2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.
3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.
4. La organización ha definido un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.

ESTÁNDAR GLD.5.5
Los directivos y responsables de áreas del establecimiento supervisan los servicios subrogados.

PROPÓSITO DE GLD.5.5

La organización proporciona servicios de manera directa o a través de la subrogación, por ejemplo: servicios de radiología y diagnóstico por imagen, servicios de laboratorio, servicios de anestesiología, alimentación parenteral, ambulancias, mantenimiento del equipo médico, entre otros.
En el proceso de mejorar la experiencia de los pacientes, las instituciones de salud cuentan con un eslabón clave conformado por el conjunto de prestadores subrogados: si ellos fallan en suministrar productos y/o servicios que cumplan con lo requerido (especificaciones técnicas, plazos de entrega, requisitos normativos, etc.) afectan en mayor o menor medida la calidad y seguridad de la atención que se proporciona a los pacientes.

Por lo regular, las instituciones de salud requieren de algún producto y/o servicio ajeno a su organización para cubrir las necesidades de atención de los pacientes; la relevancia de esta intervención debe vincularse con el impacto que tendrá en la seguridad y calidad de la atención la cual será siempre responsabilidad del prestador del cuidado.

Para cada servicio subrogado, la organización define las especificaciones de calidad de dicho servicio y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor.

Las especificaciones de calidad deben definir para cada servicio subrogado, al menos:

a) Características y condiciones de entrega del servicio.
b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, si corresponde.
d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, si corresponde.

Dentro de los aspectos relevantes de los sistemas críticos, es importante tomar en cuenta al menos los descritos para los estándares MMU.7.2 (preparación y dispensación de productos/medicamentos estériles), PCI.7 (manejo de la ropa), PCI.8 (manejo adecuado de RPBI), PCI.9 (mantenimiento y controles de ingeniería), PCI.10 (manejo adecuado de alimentos), PCI.13 (limpieza y desinfección de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte), PCI.14 (terapia de remplazo renal con hemodiálisis), FMS.7.1 (gestión del equipo biomédico, así como para los equipos rentados o en comodato) y FMS.8 (gestión de servicios prioritarios para la operación), cuando así apliquen.

Una vez definidas las especificaciones de calidad, la organización define un proceso de supervisión del cumplimiento de estas especificaciones, los resultados son comunicados a los líderes y proveedores para que se tomen, si es el caso, las medidas necesarias. Este proceso de supervisión se realiza en forma periódica y se documenta, al menos, una vez al año.

Elementos Medibles de GLD.5.5

1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.
2. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos de la a) a la d) definidos en el propósito.
3. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.
4. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.

ESTÁNDAR GLD.5.6
Se capacita a los líderes médicos, de enfermería y demás profesionales de la salud en los conceptos de mejora de la calidad para su participación en el proceso.

PROPÓSITO DE GLD.5.6

El principal propósito de una organización de atención médica es proporcionar atención al paciente y trabajar para mejorar los resultados de dicha atención aplicando los principios de mejora de la calidad. Por consiguiente, los líderes médicos, de enfermería y otros necesitan:

- Comprender el enfoque centrado en la seguridad del paciente
- estar educados o familiarizados con los conceptos y métodos de mejora de la calidad;
- participar personalmente en los procesos de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Elementos Medibles de GLD.5.6

1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos básicos de la calidad y la seguridad del paciente.
2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

ESTÁNDAR GLD.5.7
El liderazgo de la organización colabora en la planeación de los procesos para el reclutamiento, retención, desarrollo y educación continua de todo el personal.

PROPÓSITO DE GLD.5.7

La capacidad de una organización para atender a sus pacientes está directamente relacionada con su capacidad para atraer y retener personal calificado y competente. Los directivos y responsables de áreas reconocen que la retención del personal, más que el reclutamiento, proporciona un mayor beneficio a largo plazo. La retención aumenta cuando los líderes apoyan el avance del personal mediante la capacitación y educación continua, por lo tanto, planean e implementan programas y procesos estandarizados relacionados con el reclutamiento, retención, desarrollo, capacitación y educación continua de cada una de las categorías del personal.

Elementos Medibles de GLD.5.7

1. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.
2. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para la retención del personal.
3. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el desarrollo individual y la educación continua del personal.

ESTÁNDAR GLD.6
Los líderes médicos, de enfermería y otros líderes de servicios clínicos planean e implementan una estructura organizacional efectiva que apoya sus responsabilidades y autoridad.

PROPÓSITO DE GLD.6 ✍

Los líderes médicos, de enfermería y demás líderes de servicios clínicos tienen una responsabilidad especial con los pacientes y con la organización. Estos líderes:

- respaldan la buena comunicación entre los profesionales
- planean y elaboran conjuntamente políticas que guían la prestación de los servicios clínicos, tomando en cuenta el contexto socio-cultural de la población a quien ofrecen sus servicios
- aseguran la práctica ética de sus profesiones

- supervisan la calidad de la atención al paciente
- estimulan la participación de los usuarios en el autocuidado para la salud

Los líderes del personal médico y de enfermería crean una estructura organizacional adecuada y efectiva a fin de llevar a cabo estas responsabilidades. En general, la estructura:

- incluye todo el personal clínico relevante;
- coincide con la misión y la estructura de la organización;
- es adecuada para la complejidad y la cantidad de personal profesional de la organización; y
- es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

La estructura organizacional está representada en un organigrama.

Elementos Medibles de GLD.6

1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus responsabilidades y su autoridad.
2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.
3. La estructura organizacional se encuentra representada en un organigrama.
4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.
5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planeación clínica y la elaboración de políticas.
6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.
7. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.

GLD.6.1 Identificación de puestos críticos de la fuerza laboral (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

GLD.6.2 Se evalúa el clima organizacional. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

GLD.6.3 Los líderes fomentan la conciencia del personal sobre la responsabilidad social de la organización y establecen estrategias para su manejo eficiente. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

GLD.6.4 Los líderes fomentan la innovación como mecanismo para mejorar los procesos clínicos y de gestión. (CATÁLOGO ÚNICO ESTÁNDAR EXCLUSIVO HOSPITALES)

DIRECCIÓN DE DEPARTAMENTOS Y SERVICIOS

ESTÁNDAR GLD.7
Una o más personas calificadas emiten directrices en cada área o servicio de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.7

Los resultados de la atención de los pacientes en una organización de atención médica se relacionan directamente con el desempeño de cada uno de sus servicios clínicos y no clínicos. Un buen desempeño por área o por servicio requiere un claro liderazgo por parte de una persona calificada. En servicios más grandes, el liderazgo puede estar compartido, en cuyo caso las responsabilidades se definen por escrito.

Elementos Medibles de GLD.7

1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio de la organización.
2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.

ESTÁNDAR GLD.7.1
Se coordinan e integran los servicios clínicos de manera multidisciplinaria, y a su vez, estos servicios se coordinan e integran con los demás servicios de la organización.

PROPÓSITO DE GLD.7.1

Si el establecimiento de atención ambulatoria cuenta con más de un servicio clínico, los servicios se coordinan e integran; por ejemplo, la coordinación entre médicos y enfermeras, la coordinación entre departamentos o servicios; con ello se evita o se elimina la duplicación innecesaria de servicios, a fin de hacer más eficiente el uso de los recursos.

Elementos Medibles de GLD.7.1

1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.
2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.

ESTÁNDAR GLD.7.2
Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio físico, equipo, personal y demás recursos que las áreas y servicios necesitan.

PROPÓSITO DE GLD.7.2

Los responsables de cada área comunican a los directivos de la organización los recursos que requieren, esto ayuda a asegurarse que el personal, espacio, equipo y demás recursos necesarios sean adecuados y estén disponibles para satisfacer las necesidades de los pacientes. Si bien, los directores hacen recomendaciones sobre recursos humanos y sobre otros
recursos necesarios, esas necesidades cambian o no se satisfacen completamente. Por consiguiente, los directores cuentan con un proceso para responder ante la escasez de recursos, a fin de asegurar una atención segura y efectiva para todos los pacientes.

Elementos Medibles de GLD.7.2

1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.
2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.
3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.
4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.
5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.

ESTÁNDAR GLD.7.3
Los responsables de cada área o servicio recomiendan los criterios para la selección del personal profesional de las áreas, y eligen o recomiendan personas que cumplen con dichos criterios.

PROPÓSITO DE GLD.7.3

Los responsables de cada área o servicio tienen en cuenta los servicios prestados y planeados, así como la capacitación, educación, destrezas, conocimiento y experiencia que deben tener el personal profesional para prestar dichos servicios.

Elementos Medibles de GLD.7.3

1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de los requisitos de educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas o área a su cargo.
2. La organización emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.

ESTÁNDAR GLD.7.4
Los responsables de cada área o servicio brindan orientación y capacitación a todo el personal del área o servicio de acuerdo con sus responsabilidades.

PROPÓSITO DE GLD.7.4

Los responsables de cada área o servicio aseguran que todo el personal de las áreas comprenda sus responsabilidades y establecen acorde a sus funciones la inducción y capacitación para los nuevos trabajadores. La inducción incluye la misión de la organización, la misión del área o servicio, el alcance de los servicios prestados y las políticas y procedimientos relacionados con la atención con calidad y seguridad; por ejemplo, todo el personal entiende los procedimientos para la prevención y control de infecciones dentro de la organización y dentro del área o servicio. Cuando se implementan políticas o procedimientos nuevos o rediseñados, el personal recibe la capacitación pertinente.

Elementos Medibles de GLD.7.4

1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.
2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.
3. La inducción del personal de nuevo ingreso incluye aspectos relevantes relacionados con la calidad y seguridad acorde a sus funciones y nivel de responsabilidad.

ESTÁNDAR GLD.7.5
Los responsables de áreas participan en las actividades del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

PROPÓSITO DE GLD.7.5

Una de las responsabilidades más importantes del encargado de un área o servicio es su participación en las actividades relacionadas con la ejecución del programa de mejora de la calidad y seguridad del paciente de la organización, y cómo incorporan estas actividades o estrategias del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, dentro de su ámbito de competencia.
La implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente está dirigida por:

- Los riesgos y problemas relacionados con cada área o servicio según corresponda.
- La evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, satisfacción del paciente, entre otros.
- La evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
- La supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.

Los directivos y los responsables de cada área o servicio son responsables de asegurar que las actividades de control que se implementen ofrezcan la oportunidad de evaluar tanto al personal como al proceso de atención, por consiguiente, incluye todos los servicios prestados.

Elementos Medibles de GLD.7.5

1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.
2. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, experiencia del paciente, entre otros.
3. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación del personal que brinda los procesos de atención.
4. Los responsables de cada área o servicio participan en la supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.

ÉTICA DE LA ORGANIZACIÓN

ESTÁNDAR GLD.8
La organización define un marco para el manejo ético que asegura que la atención al paciente se lleve a cabo dentro de las normativas éticas y legales, protegiendo a los pacientes y sus derechos.

ESTÁNDAR GLD.8.1
El marco de la organización para el manejo ético incluye mercadotecnia, admisiones, transferencias, altas, divulgación de propiedad y todo conflicto comercial y profesional que pueda no ser lo mejor para el paciente.

ESTÁNDAR GLD.8.2
El marco de la organización para el manejo ético respalda la toma de decisiones éticas respecto a la atención médica.

PROPÓSITO DE GLD.8 A GLD.8.2 ✍

Una organización de atención médica tiene una responsabilidad ética y legal con sus pacientes, su personal y su comunidad. Los líderes entienden estas responsabilidades para lo cual crean documentos de orientación para brindar un marco coherente dentro del cual se lleven a cabo estas responsabilidades.

La organización funciona dentro de este marco para:

- todo conflicto de intereses;
- describir honestamente sus servicios a los pacientes;
- ofrecer políticas claras de admisión, transferencia y alta;
- facturar sus servicios con precisión; y
- resolver conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

El marco de la organización para el manejo ético respalda al personal profesional de la organización y a sus pacientes en caso de que se vean enfrentados a dilemas éticos de la atención al paciente.

La organización cuenta con un grupo de profesionales integrados que realiza las siguientes funciones:

- Resolver los problemas derivados de la atención médica.
- Analizar, discutir y apoyar la toma de decisiones respecto a los problemas éticos que se presenten en la práctica clínica.
- Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas para la atención y docencia médica.

Elementos Medibles de GLD.8

1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos. 🗐
2. El equipo responsable de analizar y dar seguimiento a los problemas éticos está conformado por un equipo multidisciplinario y lleva a cabo sus funciones.

Elementos Medibles de GLD.8.1

1. La organización resuelve todo conflicto de interés.
2. La organización describe honestamente sus servicios a los pacientes.
3. La organización ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.
4. La organización factura sus servicios con precisión.
5. La organización resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.

Elementos Medibles de GLD.8.2

1. El marco de la organización para el manejo ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.
2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.

GLOSARIO

Glosario

A

Actitudes: Manifestación externa del estado de ánimo del individuo ante determinados estímulos. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas.

Alta médica: Declaración del médico que atestigua la capacidad de un paciente para abandonar el hospital (alta hospitalaria) o para reincorporarse a su vida ordinaria (alta definitiva); es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con una organización o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona.

Análisis de causa raíz (ACR): Es una forma de estudio retrospectivo de estos eventos para entender sus causas subyacentes mediante una revisión paso a paso de la cronología de los acontecimientos y de aquellos factores que permitan identificar su causal. Sobre la base de los campos de datos interoperables, un equipo organizado ACR puede investigar más a fondo el evento al revisar el informe, entrevistar al profesional o al paciente cuando lo considere necesario, y revisar las declaraciones de testigos, la ficha clínica y los protocolos de trabajo y procesos para determinar todas las posibles causas que podrían haber llevado a la producción del evento (Pandit & Gong) 2016.

Anestesia y sedación: La administración a una persona, en cualquier entorno, por cualquier motivo, a través de cualquier vía, de medicamentos para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico o de otro tipo

- **Sedación:** Estado de conciencia, provocado por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos que pudieran generar molestia, conservando la capacidad de responder a las órdenes verbales y a los estímulos táctiles. (Numeral 4.14 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)
- **Anestesia General**: A las técnicas utilizadas para provocar hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos médicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)

Aprendizaje: Modificación habitual y relativamente permanente del comportamiento de las personas, que ocurre como resultado de la experiencia. Proceso significativo orientado al cambio, mediante el cual un individuo o conjunto de individuos interactúan con su medio ambiente modificando su conducta como resultado de la realización de actividades que producen conocimientos, hábitos, habilidades, actitudes y aptitudes.

Aptitudes: Atributos relacionados con la percepción, coordinación motriz, destreza manual o capacidad intelectual, esenciales en el desempeño de una tarea o de una competencia.

Atención médica continua: Servicio que atiende todos aquellos problemas de salud que no pueden esperar al día siguiente para ser atendidos por la consulta ambulatoria. Se manejan situaciones de urgencias relativas pero dado su carácter de atención 24 horas contempla la atención de urgencias calificadas hasta su estabilización o traslado.

Atención Médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud (Fracción I del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

Atención Médica Ambulatoria: Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados. (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.)

Aviso de Funcionamiento: Trámite mediante el cual se hace del conocimiento de la autoridad sanitaria, del inicio de actividades de los establecimientos para la atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada)

B

Buena Practica: Experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria y que se sostiene en el tiempo. Es una experiencia o intervención que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto, contribuyendo al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros, experiencia que pueden servir de Modelo para otras organizaciones. Dicho de otra manera, una buena práctica es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan.

Bundle: Anglicismo que significa atar o enrollar (varias cosas) juntas como en un paquete. Es utilizado como sinónimo de paquete de seguridad en las Buenas Prácticas. El concepto de paquete de medidas o "Care Bundle" implica aplicar un grupo de las mejores prácticas de prevención de infecciones hospitalarias (IH) que cuando se realizan en conjunto, en forma confiable y permanente han demostrado impacto en reducir las tasas de infecciones hospitalarias. Es una forma estructurada de mejorar los procesos en la atención de pacientes. (Sistema CIH-COCEMI.FEMI)

C

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, Servicios Sanitarios de Calidad, Agosto 2020).

En los últimos decenios se han descrito diferentes elementos de la calidad. Actualmente hay un consenso evidente en cuanto a los servicios sanitarios de calidad, que deben ser:

- **Eficaces**: proporcionarán servicios de salud basados en datos probatorios a quienes los necesiten;
- **Seguros**: evitarán lesionar a las personas a las que dispensen atención;
- **Centrados en la persona**: dispensarán atención adecuada a las preferencias, las necesidades y los valores personales, en el marco de servicios sanitarios que se organizan en torno a las necesidades de la persona;
- **Oportunos**: reducirán los tiempos de espera y las demoras, que en ocasiones son perjudiciales, tanto para los que reciben la atención como para los que la prestan;
- **Equitativos**: dispensarán una atención cuya calidad no variará por motivos de edad, sexo, género, raza, etnia, lugar geográfico, religión, situación socioeconómica, idioma o afiliación política;
- **Integrados**: dispensarán una atención coordinada a todos los niveles y entre los distintos proveedores que facilite toda la gama de servicios sanitarios durante el curso de la vida; y
- **Eficientes**: maximizarán los beneficios de los recursos disponibles y evitarán el despilfarro.

Calificaciones: Son el conjunto de conocimientos y capacidades que incluyen modelos de comportamiento y habilidades que los individuos adquieren durante el proceso de educación/formación. Representan un "activo" con el cual las personas cuentan y utilizan para desempeñar determinados puestos. Se lo puede definir como "capacidad potencial para desempeñar o para realizar las tareas correspondientes a una actividad o un puesto".

Capacidades: Son atributos psico-cognitivos de los individuos, que se desarrollan por la integración y acumulación de aprendizajes significativos. El desarrollo de capacidades es la base del despliegue y del crecimiento de las habilidades o competencias. En las capacidades se integran y perfeccionan los conocimientos, las destrezas, y las habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que luego se pondrán en juego en situaciones reales de actuación social o productiva.

Capacitación: Actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos, buscando desarrollar las aptitudes de las personas, con el propósito de prepararlos para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto de trabajo. Su cobertura abarca atención, memoria, análisis, actitudes y valores de los individuos, respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognoscitiva y afectiva. Es un proceso metodológico de actividades encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano con la finalidad de mejorar su desempeño profesional.

Carta de Consentimiento Informado: Documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente. (Numeral 4.2 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

Certificación de Competencias: Reconocimiento formal de las competencias demostradas por un individuo a partir de un proceso de evaluación realizado sobre la base de normas de competencias establecidas por una empresa para un rol laboral determinado, o consensuadas por los actores de un sector de actividad

Cirugía Mayor Ambulatoria: A los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso a la unidad de cirugía mayor ambulatoria. (Numeral 4.3 de la Norma Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la Práctica de la Cirugía Mayor Ambulatoria)

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Competencia: Conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea o dicho de otra forma determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas por la organización, por ejemplo, un perfil de puesto. Dicho de otra manera, es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos.

Consentimiento informado: Es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. (CONBIOÉTICA)

Consultorio: Todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios. (Numeral 4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.)

Consultorio de Atención Médica Especializada: Establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un hospital, que tiene la finalidad de prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios (Numeral 4.10 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada)

Control: Revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación. Además es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control también puede utilizarse para evaluar la eficacia del resto de las funciones administrativas: la planeación, la organización y la dirección. (Ecured)

Credencialización: Procedimiento por el cual un organismo autorizado reconoce o acredita, formalmente, que otro organismo o persona es competente para desarrollar funciones específicas.

Cuasifalla: Son aquellos eventos adversos que ocurren en la organización, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como "Cuasi incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión de la organización, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar". Así mismo, la Joint Commission International lo define como "Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave".

Cuasifalla de Medicación: También denominado por la National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) como Acontecimiento Adverso Potencial (AAP), como "un error de medicación grave que podría haber causado un daño, pero que no lo llegó a causar, bien por suerte o bien porque fue interceptado antes de que llegara al paciente. El análisis de los AAP es útil porque permite identificar tanto los puntos donde falla el sistema y se producen los errores como los puntos donde funciona y los errores se consiguen interceptar y evitar

Criticidad: Indicador proporcional al riesgo que permite establecer la jerarquía o propiedades del proceso, sistemas o elementos evaluados.

D

Datos: Hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan "datos en bruto".

Definición de Procesos: Determinación escrita de todo lo solicitado por el propósito de un Estándar cuando así aplique al contexto de la organización.

Desastre: Al resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

Descripción de puesto: Explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo, dicho de otro modo, es la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado el resultado de análisis del puesto de trabajo. Es, en definitiva, un inventario escrito de los principales hechos más significativos del puesto de sus deberes y responsabilidades

Destreza: Característica de soltura en los movimientos que un individuo posee para realizar una actividad manual con rapidez y precisión. Es la precisión motora del individuo para realizar ciertas operaciones o manejar instrumentos o equipo es el complemento de los conocimientos, puede deberse al proceso normal de maduración, acompañado de la práctica, o al aprendizaje específico.

Desviación: Incumplimiento o variación indeseada con relación a un Estándar, norma o procedimiento establecido. Se considera sinónimo de Observación cuando se refiere a la implementación del Modelo.

E

Efecto secundario: Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico.

Eficacia: Nivel de consecución de metas y objetivos. La eficacia hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos

Eficiencia: La relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Por ejemplo, cuando dos programas de vacunación utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

Elemento Medible: Los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta

Emergencia: Situación de peligro o desastre que requiere atención inmediata (Real Academia Española). Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador. (Numeral 4.8 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

Entrenamiento: Serie sistemática de actividades que tiene por objeto, que el individuo desarrolle, con un máximo de eficiencia, ciertas habilidades y destrezas. Entendida también como la preparación de personas para la realización de actividades específicas.

Equipo Biomédico: Dispositivo que se utiliza para propósitos específicos de prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de una enfermedad o lesión; puede ser utilizado solo o en combinación con algún accesorio, consumible, u otro equipo médico. Requieren, mantenimiento, calibración, reparación, capacitación al usuario y retirada del servicio; actividades usualmente gestionadas por ingenieros biomédicos. (World Health Organization. Medical devices)

Error de Medicación: Cualquier incidente prevenible que puede causar daño al paciente o dar lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos, cuando éstos están bajo el control de los profesionales sanitarios o del paciente o consumidor. Estos incidentes pueden estar relacionados con las prácticas profesionales, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, e incluyen los fallos en la prescripción, comunicación, etiquetado, envasado, denominación, preparación, dispensación, distribución, administración, educación, seguimiento y utilización de los medicamentos. Definición del National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP).

Establecimiento de atención médica: Todo aquel público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios (Fracción III del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica).

Estándar: De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, “estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”, así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.

Estándares centrados en el paciente: Para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los Estándares que se organizan según lo que se hace directa o indirectamente para los pacientes o a los pacientes (por ejemplo, educación de pacientes, creación de registros de pacientes, evaluación de pacientes).

Estándares de gestión del establecimiento de atención médica: Para efectos de la certificación del Consejo de Salubridad General son los Estándares que se organizan conforme a lo que se hace directa o indirectamente para asegurar una organización y una comunicación segura y efectiva.

Estandarización de Procesos: Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por la organización para el desarrollo de un Estándar.

Evacuación: Desplazamiento que como medida precautoria se realiza para salvaguardar la integridad física y la vida de las personas, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre. (Numeral 4.10 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SEGOB-2015, Personas con discapacidad.- Acciones de prevención y condiciones de seguridad en materia de protección civil en situación de emergencia o desastre)

Evaluación de Competencias: Es el proceso por el cual un evaluador reúne signos de evidencia de la competencia que detenta una persona para el ejercicio de un determinado rol laboral. El piso de los signos de evidencia que el evaluador utiliza está enunciado en la norma de competencia, de la cual deben ser tomados los signos de evidencia para elaborar los instrumentos de evaluación.

Evaluación del Establecimiento: Un proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a los Estándares del Modelo dirigida a determinar su grado de cumplimiento además de orientar a la organización en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

Evento adverso: Un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela. La Organización Mundial de la Salud lo define como "lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas" o "lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas"

Evento centinela: Un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como "incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas" o "todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente"

Expediente clínico: Conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables. (Numeral 4.4 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

F

Familia: La o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la

toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

Formación: Acción de capacitar o adiestrar a quienes no poseen los conocimientos o habilidades indispensables para desempeñar un puesto de trabajo; o a quienes requieren de un proceso de reentrenamiento.

G

Gobierno: La persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Otros nombres para este grupo incluyen “junta”, “junta de administración”, “junta de gobierno”, “junta de comisionados” y “cuerpo de gobierno”.

Guía: Documento que incluye los principios o procedimientos para encauzar una cosa o el listado con informaciones que se refieren a un asunto específico.

Guía de Práctica Clínica: Son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor prueba científica existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".
- The New Zealand Guidelines Group (NZGG): "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

H

Habilidad: Capacidad, disposición para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento determinado, de acuerdo con el grado de exactitud requerido. Está relacionada con la inteligencia y la destreza de la persona.

Habilitación: Derecho legal otorgado por un organismo gubernamental en conformidad con el estatuto que rige una ocupación (como por ejemplo médicos, enfermeras, trabajadores psiquiátricos, trabajadores sociales o el funcionamiento de una instalación de atención médica).

Hallazgo: Desviación única y fortuita de lo definido por la organización con relación a un Estándar o elemento medible sin impacto o criticidad suficiente sobre la seguridad o calidad global de la atención al paciente.

Hospital: Establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación (Numeral 4.9 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.)

Hospitalización: Servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos. (Numeral 4.5 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

I

Impacto: Es el conjunto de consecuencias que origina un riesgo si llegará a presentarse.

Indicador: Variable cuantitativa cuyos valores son susceptibles de interpretación en un campo de conocimiento, respecto a determinados valores de referencia, establecidos en forma teórica o empírica. Podemos decir que un indicador es una estadística que ha sido procesada con el fin de entregar información específica o como una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

Indicador de Calidad: Son herramientas que permiten la medición, tangible y cuantificable de un proceso o de una parte de un proceso, su análisis permite evaluar la calidad de los procesos, productos o servicios para asegurar la satisfacción o desempeño de estos. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Miden de manera global, el resultado final de las actividades.

Indicador de Proceso: Son datos que muestran el estado de una actividad. Se encargan de medir alguna característica específica y observable con el fin de mostrar los cambios y el progreso que se está llevando a cabo.

Indicador de Resultado: Mide las salidas de proceso determinando si el objetivo se alcanzó o no.

Interconsulta: Procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante (Numeral 4.6 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

Internar: Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión (Real Academia Española). Véase Hospitalización

L

Laboratorio Clínico: Establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud (Numeral 3.2 NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.)

Lesiones en la piel por presión: Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Ver “Ulcera por Presión”

Líder: Son aquellas personas que, por medio de la motivación, el ejemplo y la empatía, logran la implicación y el compromiso de un grupo de personas para alcanzar un objetivo concreto.

M

Matriz de riesgo: Es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y calidad en los procesos y actividades que define una organización. Permite identificar rápidamente qué riesgos deben recibir la mayor atención.

Medicamento: Toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Medicamentos de alto riesgo: Son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Medición: Puede definirse acorde al contexto como la recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se "mide") o como una herramienta cuantitativa para determinar un valor

Mejor práctica: Véase "Buena Práctica".

Metodología trazadora: Es un proceso que se emplean durante la evaluación de la organización para analizar sus sistemas, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por estos. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples unidades de atención, departamentos o áreas dentro de la organización o una única unidad de atención para "rastrear" la atención prestada a un paciente:

- **rastreo de un paciente**: Proceso que se emplea para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular dentro de un establecimiento de atención médica.
- **rastreo del sistema**: Sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, entre otros.

Multidisciplinario: Que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

Observación: Desviación de la implementación, estandarización o sistematización del propósito de un Estándar o lo definido por la organización, con un impacto o criticidad directos sobre la seguridad o calidad global de la atención al paciente basado en los elementos medibles de un Estándar.

Observación de Definición de Procesos: Desviación de lo determinado por escrito por la Organización con relación al propósito de un Estándar, basado en lo escrito en los elementos medibles de un Estándar que solicite definición de proceso.

Observación del Paciente: Vigilancia del estado de un paciente pero sin administrar tratamiento, a menos de que los síntomas aparezcan o cambien.

Organigrama: Representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas

Organización: Son estructuras y sistemas administrativos creados para lograr metas u objetivos con el apoyo de las propias personas, o con apoyo del talento humano o de otras características similares. Son entidades sociales que permiten la asociación de personas que interactúan entre sí para contribuir mediante sus experiencias y relaciones al logro de objetivos y metas determinadas. Cuando el termino es empleado como "La Organización" se tomará como sinónimo del "Establecimiento de Atención Médica"

Otorgamiento de privilegios: Proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

P

Paciente: Todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica. (Numeral 4.7 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.)

Paciente ambulatorio: Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización (Fracción VI del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

Paciente de Alto Riesgo: Que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros

Paciente Vulnerable: Es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación

Personal clínico: El que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.)

Personal no clínico: El que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.)

Plan: Método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas de atención o una combinación de los mismos.

Política: Declaraciones generales que establecen los límites dentro de los cuales los mandos de la organización toman las decisiones y, por lo tanto, aseguran un desempeño consistente

Probabilidad: Posibilidad de que ocurra un riesgo, tomando en cuenta los controles actuales y su efectividad.

Procedimiento invasivo: Procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo, es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio

Proceso: Una serie de acciones interrelacionadas (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios).

- **Proceso Básico** - se refiere a los procesos cotidianos que se realizan en los establecimientos de atención médica.
- **Proceso Medianamente Complejo** - Es un proceso nuevo que requiere de financiamiento y/o competencias específicas.
- **Proceso Altamente Complejo** - Es un proceso nuevo que requiere recursos financieros y competencias especializadas.

Proceso de certificación: Es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a Estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de certificación implica la autoevaluación de la organización, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos

Programa: Serie ordenada de actividades u operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

Progresivo: Se refiere a aquello que se realiza poco a poco, pero de manera continuada

Profesional de la salud: Toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención de la salud. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los

profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

Protocolo: Documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

R

Referencia Médica: El envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud

Residuo Peligroso: Residuos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad, o que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio. (SEMARNAT)

Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso (RPBI): El que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se generan en establecimientos de atención médica. (Numeral 3.11 Norma Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-1995, Que establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica)

Resultado: El o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

Riesgo: Es la probabilidad de ocurrencia de un evento que afecta negativamente los resultados, también definido como la incertidumbre en los resultados

S

Seguridad: Es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y de la organización.

Seguridad del Paciente: Un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en los procesos y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud

Servicio de Atención Médica: Conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos (Fracción II del artículo 7 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica)

Servicios de Salud: Prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Estos no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, también abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Servicios Subrogados: Es la sustitución del operador de un servicio de salud directo o indirecto al paciente que debiese ser el prestador de la organización por un tercero externo o ajeno a esta.

Servicio de Urgencias: Conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica (Numeral 4.1 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)

Sistema de servicios básicos: Sistema y equipo de toda la organización que respalda lo siguiente cuando así lo requiere la organización: distribución de energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

Sistematización de Procesos: Seguimiento e inclusión uniforme en todos los niveles, áreas o estructuras que conforman el universo de aplicación del proceso definido por la organización para el desarrollo de un Estándar. Por ejemplo, La organización define un proceso para el egreso de pacientes el cual los médicos especialistas deberán realizar y firmar la nota de egreso antes de la salida del paciente. En la operación, solo los médicos especialistas de staff realizan y firman sus notas, los médicos externos no conocen siquiera el proceso. La implementación del proceso no es sistemática al no incluir a los médicos externos dentro del universo de implementación de este.

T

Transferencia de Paciente: Proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, pudiéndose llevar a cabo entre una unidad de atención a otra, un servicio clínico a otro, un facultativo calificado a otro, o una organización a otra.

Triage: Derivado de la palabra francesa cuyo significado es “clasificar”. En urgencias se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Sin embargo, puede ser utilizado para determinar niveles de atención en diversas áreas o procesos.

U

Úlcera por presión: Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Urgencia: Todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata (Numeral 4.1.1 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.)

V

Variabilidad: Son cambios que modifican el proceso que afectan al producto que se produce o al servicio que se ofrece.

Verificación de la fuente original: Verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones.

CSG
Consejo de Salubridad General

Secretaría de Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

La Comisión de Certificación para Establecimientos de Atención Médica, con fundamento en los artículos 4o, fracción II, 15 y 17, fracción VI de la Ley General de Salud; 1, 6, 15, 16, fracción II y 18 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General; 4, 6, fracciones I, II y XVIII de las Normas de Organización y Funcionamiento de dicha Comisión; Primero, Segundo y Quinto del Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, así como una vez aprobado en su sesión celebrada el día 26 de septiembre de 2024, ha tenido a bien expedir el siguiente:

ACUERDO POR EL QUE SE ESTABLECE EL MODELO ÚNICO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD VERSIÓN 2024

Artículo Primero. Se emite el Modelo Único de Evaluación de la Calidad versión 2024, como Anexo Único del presente Acuerdo.

Artículo Segundo. El Modelo Único de Evaluación de la Calidad versión 2024, será difundido a través del portal del Consejo de Salubridad General, en el sitio web www.csg.gob.mx.

TRANSITORIOS

Primero. El presente Acuerdo entrará en vigor el día de su aprobación.

Segundo. El Modelo Único de Evaluación de la Calidad versión 2024, deberá estar disponible en el sitio web señalado en el artículo Segundo del presente Acuerdo, a más tardar el día hábil siguiente a la entrada en vigor del presente instrumento.

Tercero. Las solicitudes de certificación que se encuentren en trámite a la entrada en vigor del presente Acuerdo, se resolverán por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica conforme a las disposiciones vigentes en la fecha de su presentación.

Cuarto. Los establecimientos de atención médica que en el ejercicio 2024 hayan obtenido la certificación del Consejo de Salubridad General, podrán, por única ocasión, solicitar la ampliación de la vigencia de su certificación, conforme a las fases y los periodos establecidos en el numeral 3.5 "Certificación" del Modelo Único de Evaluación de la Calidad versión 2024, dentro de los ochenta días hábiles siguientes a la entrada en vigor de este Acuerdo.

La ampliación de vigencia a que se refiere el párrafo anterior, deberá computarse desde la fecha en que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica dictaminó favorablemente la certificación y no podrá rebasar los periodos establecidos en el numeral 3.5 "Certificación" del Modelo Único de Evaluación de la Calidad versión 2024.

Dado en la Ciudad de México, a 26 de septiembre de 2024.

EL SECRETARIO DEL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL Y PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE CERTIFICACIÓN PARA ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. MARCOS CANTERO CORTÉS

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

ACUERDO por el que se establece el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Salud.- Secretaría de Salud.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o., párrafo cuarto y 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o., fracción II, 15 y 17, fracciones V y VI de la Ley General de Salud; 11, fracción IX, 12, fracción XI y 20 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, y

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo 4o., párrafo cuarto, reconoce el derecho humano que tiene toda persona en nuestro país a la protección de la salud, señalando que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud; establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, así como definirá un Sistema de Salud para el Bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social;

Que, en términos de lo dispuesto en los artículos 73, fracción XVI, Bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 4o., fracción II de la Ley General de Salud, el Consejo de Salubridad General tiene el carácter de autoridad sanitaria y sus disposiciones generales son obligatorias para las autoridades administrativas del país;

Que, en términos de lo previsto en el artículo 17, fracciones V y VI de la Ley General de Salud, al Consejo de Salubridad General le corresponde aprobar los acuerdos necesarios y demás disposiciones generales de observancia obligatoria en el país en materia de salubridad general, dentro del ámbito de su competencia y certificar la calidad de los establecimientos de atención médica y determinar los instrumentos y criterios para tal efecto;

Que el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030, publicado en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 15 de abril del 2025, como instrumento que identifica los problemas nacionales a resolver y enumera las soluciones en una proyección, dentro de su Eje General 2. Desarrollo con Bienestar y Humanismo, apartado "República sana", confirma que “Para alcanzar el bienestar y desarrollo de la población, es fundamental consolidar la transformación del sistema de salud bajo el principio de acceso universal, asegurando que todas y todos los mexicanos puedan acceder a servicios de salud de calidad, sin distinción alguna”;

Que, el 13 de junio de 2008, se publicó en el DOF, el Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica, a efecto de coadyuvar en la mejora continua de la calidad de los servicios de atención médica y de la seguridad que se brinda a los pacientes, además de impulsar a las instituciones participantes a mantener ventajas competitivas para alcanzar, sostener y mejorar su posición en el entorno, a través de la certificación de establecimientos de atención médica;

Que, el 29 de junio de 2023, se publicó en el DOF, el Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad; modelo que tuvo por objeto evaluar la calidad de la atención médica, en los establecimientos de atención médica del Sistema Nacional de Salud, con énfasis en aquellos que prestan servicios a la población sin seguridad social, a fin de contribuir e incrementar, de manera progresiva, la efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y seguridad de los servicios a la población;

Que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en sesión celebrada el 31 de octubre de 2024, consideró adecuado aprobar diversas acciones de mejora con la intención de homologar la metodología para evaluar los distintos tipos de establecimientos de atención médica, por lo que se suspendió hasta nuevo aviso, la recepción de solicitudes de registro al proceso de Certificación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad;

Que, de la revisión interinstitucional al Modelo Único de Evaluación de la Calidad, se advirtió la imposibilidad de evaluar a todos los establecimientos de atención médica utilizando los mismos estándares, derivado de la diversidad de servicios que se prestan en cada uno;

Que, a través del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, únicamente se certificaron 19 establecimientos de atención médica de 315 que iniciaron con el proceso, por lo que la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica consideró necesario establecer un modelo riguroso, pero al mismo tiempo práctico y asequible que permita optimizar el proceso de certificación en menor tiempo;

Que, el nuevo modelo debe ser el producto de la participación de instituciones públicas, sociales y privadas que han incorporado buenas prácticas de atención con resultados eficaces y replicables a nivel nacional, ya sea como resultado de la implementación de certificaciones anteriores, internacionales o mediante procesos de mejora continua, lo que garantiza su aplicabilidad y pertinencia a nivel nacional;

Que, a partir de la identificación de la necesidad de contar con establecimientos que demuestren contar con procesos seguros y confiables, se crea el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, que permite certificar la calidad de la atención medica a aquellos establecimientos que cumplan con los estándares que lo integran, con enfasis en la seguridad del paciente y la mejora continua;

Que, en la segunda sesión ordinaria de 2025 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, celebrada el 20 de mayo de 2025, se presentó el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud;

Que, en la segunda sesión extraordinaria de 2025 de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, celebrada el 27 de agosto de 2025, se acordó la remisión del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, al Pleno del Consejo de Salubridad General, para su aprobación;

Que, en virtud de las anteriores consideraciones, en la Segunda Sesión Ordinaria 2025 celebrada el día 3 de septiembre de 2025, el Pleno del Consejo de Salubridad General, tuvo a bien aprobar el siguiente:

ACUERDO

Primero. El presente acuerdo tiene por objeto establecer el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud como mecanismo para obtener la certificación del Consejo de Salubridad General.

El Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud está integrado por los Manuales que establecen los principios, lineamientos, y requisitos que rigen el proceso de certificación para:

1. Hospitales.
2. Unidades de hemodiálisis.
3. 1er. nivel de atención.
4. Unidades de atención ambulatoria.
5. Unidades de diagnóstico y tratamiento.
6. Unidades de rehabilitación.
7. Unidades de salud mental y adicciones.
8. Unidades móviles.
9. Establecimientos que prestan atención domiciliaria.

Segundo. Las instituciones que prestan servicios de atención médica, de los sectores público, social o privado, podrán gestionar, de forma voluntaria, ante el Consejo de Salubridad General, la certificación de la calidad de sus establecimientos, de acuerdo con los Manuales del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud que correspondan.

Tercero. Se establece el Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización como la plataforma a través de la cual se podrá recibir, guardar y procesar datos para intercambiar información entre el establecimiento de atención médica y el Consejo de Salubridad General de acuerdo al proceso de certificación.

Cuarto. La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, emitirá la normatividad necesaria para la implementación del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, entre las que deberán incluirse los Manuales del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para cada uno de los tipos de establecimiento señalados en el artículo Primero de este Acuerdo, los criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras y las Reglas de uso del logotipo para identificar a los establecimientos de atención médica certificados por el Consejo de Salubridad General.

TRANSITORIOS

PRIMERO. El presente Acuerdo entrará en vigor el día hábil siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Se deja sin efectos el Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de junio de 2023.

TERCERO. Se abrogan las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 9 de abril de 2024.

CUARTO. Los Manuales para implementar el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud señalados en el artículo Primero del Acuerdo serán publicados y difundidos, de forma gradual, en el Diario Oficial de la Federación y en el portal del Consejo de Salubridad General.

QUINTO. La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica informará al Consejo de Salubridad General sobre el avance en la emisión de la normatividad aludida en el artículo Cuarto de este Acuerdo.

SEXTO. El Consejo de Salubridad General, propondrá la celebración de los convenios necesarios para dar cumplimiento a los procesos de auditoría a los Establecimientos de Atención Médica.

SÉPTIMO. Las solicitudes de certificación de Establecimientos de Atención Médica que se encuentren en trámite a la entrada en vigor del presente Acuerdo, se resolverán por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica de conformidad con las disposiciones vigentes en la fecha de su presentación, o en su caso tendrán derecho de optar por adherirse al Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud.

Para los efectos señalados en el último supuesto del párrafo anterior, los establecimientos de atención medica contarán con un plazo no mayor a 30 días hábiles, contados a partir de la entrada en vigor del presente Acuerdo, para lo cual deberán presentar escrito de solicitud firmado por la persona que legalmente represente al establecimiento, dirigido a la persona titular de la Presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, en el que señale lo siguiente:

1. Manifestación expresa de desistirse de su anterior procedimiento y adherirse al Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud;
2. Anexar documento con el que acredite la personalidad del promovente, y
3. Anexar la documentación requerida conforme al Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, tomando en consideración que la documentación entregada en el proceso previo no formará parte del nuevo.

Dado en la Ciudad de México, a 3 de septiembre de 2025.- El Secretario de Salud y Presidente del Consejo de Salubridad General, Dr. **David Kershenobich Stalnikowitz**.- Rúbrica.- La Secretaria del Consejo de Salubridad General, Dra. **Patricia Elena Clark Peralta**.- Rúbrica.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

NORMAS de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Salud.- Secretaría de Salud.- Consejo de Salubridad General.

El Consejo de Salubridad General, con fundamento en los artículos 4o., párrafo cuarto, 73, fracción XVI, bases 1a. y 3a. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 4o, fracción II, 15 y 17, fracciones VI y XVII de la Ley General de Salud; 1, 6, fracción XIII, 11, fracción IX, 12, fracción XI, 15, 16, fracción II, 18 y 20 del Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, de conformidad con lo aprobado en su Segunda Sesión Ordinaria 2025 celebrada el día 3 de septiembre de 2025, así como por la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica en la Segunda Sesión Extraordinaria 2025 celebrada el día 27 de agosto de 2025, ha tenido a bien expedir las siguientes

NORMAS DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LA COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1. Las presentes Normas tienen por objeto regular la organización y funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, así como establecer el procedimiento a que se sujetará para la certificación de la calidad de establecimientos de atención médica y, en su caso, la revocación de la misma.

Artículo 2. La certificación de la calidad en la atención médica, es el reconocimiento que otorga el Consejo a los establecimientos de atención médica, que cumplen con los estándares del proceso de certificación, con énfasis en la seguridad del paciente y la mejora continua.

Artículo 3. Para efectos de estas Normas, se entenderá por:

I. **Auditoría a Establecimientos de Atención Médica,** proceso sistemático para obtener y evaluar, de manera objetiva, las evidencias relacionadas con los estándares establecidos en los Manuales que integran el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento de estos para resolver sobre la procedencia de la certificación;

II. **Consejo,** al Consejo de Salubridad General;

III. **Comisión,** a la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica;

IV. **Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud (MOCEBPASS),** el mecanismo aprobado y vigente, por el Pleno del Consejo de Salubridad General para la certificación de establecimientos de atención médica;

V. **Persona auditora,** persona designada para llevar a cabo el proceso de auditoría de los establecimientos de atención médica, mediante la evaluación objetiva y sistemática del grado de cumplimiento de los estándares del MOCEBPASS, con base en evidencias observadas y documentadas, y

VI. **Plataforma,** Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE) seguro, interoperable y eficaz utilizado para recibir, guardar y procesar datos para intercambiar información entre el Establecimiento de Atención Médica y el Consejo de Salubridad General de acuerdo al MOCEBPASS.

CAPITULO II

Del Objeto y Organización de la Comisión

Artículo 4. La Comisión tiene por objeto proponer al Consejo los instrumentos para la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica, dictaminar sobre los resultados de la certificación y, en su caso, emitir el certificado correspondiente.

Artículo 5. La Comisión está integrada por:

I. La persona titular de la Secretaría del Consejo, quien la representa y preside;

II. Una persona con cargo mínimo de director o equivalente, con aptitud para toma de decisiones, representante de cada una de las dependencias e instituciones siguientes, designado por escrito por la persona titular:

a. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad;

b. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios;

c. Comisión Nacional de Arbitraje Médico;

d. Comisión Nacional de Bioética;

e. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones;

f. Coordinadora Nacional de Protección Civil;

g. Dirección de Enfermería y Coordinación General de la Comisión Permanente de Enfermería;

h. Dirección General de Calidad y Educación en Salud;

i. Dirección General de Información en Salud;

j. Dirección General de Modernización del Sector Salud;

k. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado;

l. Instituto Mexicano del Seguro Social;

m. Petróleos Mexicanos;

n. Secretaría de la Defensa Nacional;

o. Secretaría de Marina;

p. Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar;

q. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

r. Academia Mexicana de Cirugía, A.C.;

s. Academia Nacional de Medicina de México, A.C. y

t. Universidad Nacional Autónoma de México.

III. La persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión.

Las personas integrantes de la Comisión contarán con derecho de voz y voto.

Los acuerdos y resoluciones deben aprobarse por mayoría de votos de las personas integrantes presentes y, en caso de empate, la persona titular de la Presidencia del Consejo tendrá voto de calidad.

La persona titular del Secretariado Técnico será designado por la persona titular de la Presidencia de la Comisión, dentro del personal adscrito a la Secretaría del Consejo de Salubridad General.

La persona titular de la Presidencia de la Comisión será suplida en sus ausencias por la persona titular del Secretariado Técnico o por la persona que ésta designe por escrito, quien deberá contar con un nivel jerárquico mínimo de director u homologo.

La persona titular de la Presidencia de la Comisión o la persona titular de la Secretaría Técnica de la Comisión, podrán invitar a las sesiones, por iniciativa propia o a sugerencia de alguna persona integrante de la Comisión, a personas representantes de otras unidades administrativas y órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Salud, instituciones públicas, instituciones académicas, consejos de especialidades médicas, asociaciones de hospitales, sociedad civil y organismos internacionales, relacionados con los asuntos a tratar, con apego a principios éticos, de confidencialidad, de no conflicto de intereses y de competencia profesional, cuyas intervenciones sólo contarán con derecho a voz, pero sin voto.

Las personas integrantes de la Comisión ejercerán sus cargos a título honorífico, por lo que no recibirán retribución, emolumento, ni compensación alguna por su participación.

CAPITULO III

De las Funciones de la Comisión

Artículo 6. Corresponde a la Comisión:

I. Proponer al Consejo los instrumentos para la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica;

II. Aprobar los manuales que integran el MOCEBPASS y sus modificaciones de acuerdo con las necesidades y mejores prácticas;

III. Elaborar y emitir los estándares aplicables al MOCEBPASS;

IV. Dictaminar los resultados de la auditoría a los establecimientos de atención médica conforme al MOCEBPASS, y en su caso, a través de la persona titular de la Secretaría Técnica, requerir información adicional a la presentada por los interesados, para posteriormente emitir dicho dictamen;

V. Aprobar y revocar la certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica, así como, en su caso, aprobar la baja del proceso de certificación, conforme lo establecido en este ordenamiento;

VI. Publicar en la página de internet del Consejo una lista con los establecimientos de atención médica certificados, ubicación y su vigencia;

VII. Fomentar los instrumentos necesarios para elevar la calidad de los establecimientos de atención médica, alentando la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud;

VIII. Impulsar la participación de los sectores público, social y privado, para mejorar la calidad y la seguridad de los pacientes en los establecimientos de atención médica;

IX. Asesorar a las instituciones públicas, sociales o privadas integrantes del Sistema Nacional de Salud, así como a los gobiernos de las entidades federativas, respecto del proceso de certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica;

X. Aprobar los criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS, con apego a principios éticos, de confidencialidad, de no conflicto de intereses y de competencia profesional;

XI. Solicitar información a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios o cualquier otra institución pública, relacionada con la validación de la información presentada en el proceso de certificación de conformidad con estas Normas y los Manuales del MOCEBPASS que le correspondan;

XII. Emitir las disposiciones técnicas y operativas que considere necesarias para facilitar el proceso de certificación de la calidad de los establecimientos de atención médica presentadas conforme a lo establecido en estas Normas;

XIII. Administrar la plataforma con base en los lineamientos que se establezcan para tal efecto;

XIV. Vigilar el cumplimiento de lo establecido en estas Normas, así como las disposiciones que se emitan para establecer los criterios e instrumentos para la certificación de los establecimientos de atención médica;

XV. Dar seguimiento a las incidencias, denuncias y demás información relacionada con la calidad de los establecimientos de atención médica;

XVI. Presentar informes al Consejo, sobre los trabajos realizados, cuando así se requiera;

XVII. Establecer el programa de formación de las personas auditoras, considerando las competencias de los colaboradores de las instituciones públicas, sociales y privadas del Sistema Nacional de Salud, con el propósito de contar con personas auditoras que cumplan con la experiencia y conocimientos requeridos para realizar el proceso de auditoría de conformidad con el MOCEBPASS, y

XVIII. Las demás afines que se requieran para el cumplimiento de sus funciones.

CAPITULO IV

De las Sesiones de la Comisión

Artículo 7. La Comisión sesionará en forma presencial o por medio de tecnologías de información y comunicación, las veces que sea necesario, por determinación de la persona titular de la Presidencia de la Comisión o a petición de cuando menos dos personas del resto de sus integrantes.

Artículo 8. Las convocatorias para las sesiones, serán por escrito firmado por la persona titular de la Presidencia de la Comisión o por la persona titular de la Secretaría Técnica y se notificarán a todas las personas integrantes de la misma, por lo menos, con tres días hábiles de anticipación a la fecha de la celebración, acompañando el orden del día respectivo. En caso de urgencia se podrá convocar con veinticuatro horas de anticipación. Las convocatorias podrán realizarse en forma digital, en cuyo caso, el acuse de recibo electrónico deberá agregarse al expediente correspondiente.

Artículo 9. Las sesiones de la Comisión serán válidas con la asistencia de la mayoría de las personas integrantes titulares o suplentes, siempre que se encuentre presente la persona titular de la Presidencia de la Comisión o quien la supla.

Artículo 10. Con el propósito de asegurar la confidencialidad de la información documental y de que no haya conflicto de intereses relacionado con los asuntos contenidos en el orden del día, las personas integrantes de la Comisión, sus suplentes y las personas invitadas deben enviar al correo de la Secretaria Técnica de la Comisión escaneada su carta de confidencialidad y su carta de no conflicto de intereses firmadas, como parte de su confirmación de asistencia a la sesión de que se trate, y de manera excepcional suscribirla al inicio de la sesión.

Al suscribir la carta aceptan guardar la confidencialidad respectiva absteniéndose de revelar información que conozcan con motivo de su participación en la Comisión, en términos de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes, las cuales deberán agregarse al expediente correspondiente.

Al inicio de cada sesión la persona titular de la Presidencia de la Comisión consultará a las personas integrantes de la Comisión, sus suplentes y personas invitadas, si cuentan con algún conflicto de intereses relacionado con los asuntos contenidos en el orden del día, asimismo verificará si remitieron y/o suscribieron previamente las respectivas cartas de confidencialidad y de no conflicto de intereses.

Artículo 11. Por cada sesión de la Comisión se levantará un acta, en la que se asentarán los acuerdos a que se haya llegado. Las actas de las sesiones, una vez firmadas por la persona titular de la Presidencia de la Comisión, la persona titular de la Secretaría Técnica y las personas integrantes que hayan asistido a la sesión, se integrarán al expediente correspondiente, junto con todos los documentos que justifiquen que las convocatorias se realizaron en los términos previstos en las presentes Normas, así como los documentos que sirvieron de base para la toma de decisiones.

CAPÍTULO V

De las Personas Integrantes de la Comisión

Artículo 12. Corresponde a la persona titular de la Presidencia de la Comisión:

I. Convocar y presidir las sesiones de la Comisión;

II. Definir y aprobar el orden del día de cada sesión;

III. Firmar las actas de las sesiones de la Comisión;

IV. Opinar y votar los asuntos a tratar en las sesiones, así como emitir voto de calidad en caso de no haber consenso por las personas integrantes de la Comisión;

V. Ejecutar los acuerdos y resoluciones de la Comisión;

VI. Revisar y someter a consideración de la Comisión los planes, programas o informes de trabajo, así como el material de divulgación sobre el proceso de certificación de establecimientos de atención médica elaborados por la persona titular de la Secretaría Técnica de la Comisión;

VII. Suscribir los documentos que apruebe la Comisión y, en su caso, difundirlos en los medios oficiales que determine la misma conforme a los procedimientos establecidos para tal efecto por el Consejo;

VIII. Informar al Consejo sobre los trabajos realizados por la Comisión;

IX. Suscribir los acuerdos, convenios y demás actos jurídicos que se requieran para el cumplimiento de las funciones de la Comisión;

X. Expedir y certificar, en su caso, las copias de documentos o constancias que existan en los archivos de la Comisión;

XI. Firmar las cartas de confidencialidad y de no conflicto de intereses;

XII. Firmar los certificados de los establecimientos que cumplan con el MOCEBPASS y que sean aprobados en la Comisión, y

XIII. Las demás que le permitan cumplir con las facultades asignadas.

Artículo 13. Corresponde a las personas integrantes de la Comisión:

I. Asistir y representar a su institución en las sesiones de la Comisión;

II. Opinar y votar los asuntos a tratar en las sesiones, presentando argumentos técnicos y de otra índole, para la resolución de los mismos;

III. Solicitar por escrito a la persona titular de la Presidencia de la Comisión, la inclusión de asuntos en el orden del día de las sesiones de la Comisión;

IV. Firmar las actas de las sesiones de la Comisión;

V. Mantener informadas a las instituciones a las que representan, sobre los acuerdos y deliberaciones de la Comisión;

VI. Cumplir con los acuerdos tomados en el seno de la Comisión que sean de su competencia;

VII. Nombrar a sus suplentes con apego a principios éticos, de confidencialidad, transparencia, de no conflicto de intereses y los requisitos de competencia profesional para los asuntos a tratar;

VIII. Firmar y remitir las cartas de confidencialidad y no conflicto de intereses escaneada como parte de la confirmación a la celebración de las sesiones;

IX. Excusarse de intervenir en cualquier forma en la atención, tramitación o resolución de cualquier asunto en los que tenga interés personal, familiar o de negocios, y

X. Las demás que le permitan cumplir con las funciones asignadas.

Artículo 14. Corresponde a la persona titular de la Secretaría Técnica de la Comisión:

I. Elaborar y someter a la consideración de la persona titular de la Presidencia de la Comisión, el orden del día de las sesiones de la Comisión;

II. Por instrucciones de la persona titular de la Presidencia de la Comisión, convocar a las sesiones de la Comisión;

III. Verificar la asistencia de los integrantes a las sesiones de la Comisión;

IV. Asistir a las sesiones y participar en las deliberaciones;

V. Levantar el acta de las sesiones, turnarla y recabar la firma de los miembros de la Comisión;

VI. Firmar las actas de las sesiones de la Comisión, conjuntamente con la persona titular de la Presidencia y las personas integrantes de la Comisión;

VII. Revisar, evaluar, requerir y sustanciar los procedimientos administrativos que se requieran para llevar a cabo los procesos de certificación de los establecimientos de atención médica y de implementación del MOCEBPASS;

VIII. Suscribir los documentos que expida la Comisión;

IX. Auxiliar a la persona titular de la Presidencia de la Comisión en todos los trabajos relativos a su funcionamiento;

X. Suplir a la persona titular de la Presidencia de la Comisión en caso de ausencia;

XI. Integrar y resguardar los expedientes de todos los informes, dictámenes, acuerdos, resoluciones y demás archivos que registren las funciones de la Comisión;

XII. Previa aprobación de la persona titular de la Presidencia de la Comisión, suscribir los acuerdos, convenios y demás actos jurídicos que se requieran para el cumplimiento de las funciones de la Comisión;

XIII. Llevar el seguimiento del cumplimiento de los acuerdos y resoluciones de la Comisión;

XIV. Elaborar los proyectos de planes, programas o informes de trabajo de la Comisión, así como el material de divulgación sobre la certificación de los establecimientos de atención médica;

XV. Expedir y certificar, en su caso, las copias de documentos o constancias que existan en los archivos de la Comisión y los Comités, a petición de autoridad competente;

XVI. Firmar las cartas de confidencialidad y de no conflictos de interés, a las que se refieren estas Normas;

XVII. Comunicar a los establecimientos de atención médica los resultados del proceso de certificación (aceptación, baja y/o prevención, emisión de folio, constancia de participación en el proceso de certificación y cualquier notificación al respecto), cancelación de certificado y cualquier determinación de la Comisión respecto al proceso citado;

XVIII. Diagnosticar de manera continua las necesidades de formación y actualización de las personas auditoras, del proceso de certificación, y coordinar la organización de los cursos, talleres o mecanismos de capacitación pertinentes, conforme a los criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS;

XIX. Atender y resolver, en primera instancia, las quejas con respecto al proceso de certificación que se presenten durante las distintas etapas del proceso, en los términos que establezcan las disposiciones aplicables y los Manuales del MOCEBPASS para cada uno de los distintos tipos de establecimientos de atención medica considerados para el proceso de certificación;

XX. Clasificar, publicar y atender, en el ámbito de su competencia, las solicitudes de información relacionadas con el proceso de certificación de establecimientos de atención médica, conforme a lo dispuesto en la legislación aplicable en materia de transparencia y acceso a la información pública;

XXI. Resguardar y conservar, en coordinación con el área competente en materia archivística, el archivo físico y digital de los documentos, bases de datos, actas, dictámenes y demás información relacionada con el proceso de certificación de establecimientos de atención médica, conforme a lo establecido en la Ley General de Archivos y demás disposiciones aplicables;

XXII. Administrar la plataforma de manera eficaz para garantizar la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información generada durante el proceso de certificación para apoyar la toma de decisiones con base en datos oportunos, confiables y completos, y

XXIII. Las demás que la Comisión o la persona titular de la Presidencia le señalen.

CAPÍTULO VI

Del Proceso de Certificación

Artículo 15. El proceso del MOCEBPASS consta de las siguientes etapas:

I. Recepción;

II. Registro;

III. Validación normativa;

IV. Preauditoría;

V. Auditoría;

VI. Dictamen, y

VII. Seguimiento.

Artículo 16. Los principios rectores del MOCEBPASS son:

I. Atención centrada en el paciente y en la comunidad;

II. Mejora continua de la calidad;

III. Gestión de riesgos y seguridad del paciente;

IV. Uso de la evidencia para la toma de decisiones;

V. Corresponsabilidad institucional;

VI. Visión sistemática, y

VII. Trabajo multidisciplinario.

Artículo 17. Durante el proceso del MOCEBPASS se podrán expedir al establecimiento los siguientes documentos:

I. Folio del expediente: se expedirá cuando el establecimiento acredite la etapa de registro sin que implique de ninguna forma que el establecimiento está en proceso de certificación o que se encuentre certificado, únicamente servirá para que el establecimiento y la Comisión lleven un seguimiento del proceso;

II. Constancia de participación en el proceso de certificación: se expedirá cuando el establecimiento acredite la etapa de validación normativa y su vigencia será de 1 año a partir de su fecha de expedición, y

III. Certificado de cumplimiento: se expedirá cuando el establecimiento obtenga un dictamen procedente por parte de la Comisión y su vigencia será de 3 años a partir de la fecha de expedición.

Artículo 18. El proceso de Certificación para cada establecimiento concluye:

I. Cuando el establecimiento no acredite de manera satisfactoria alguna de las primeras seis etapas del MOCEBPASS;

II. Al término de la vigencia del certificado de cumplimiento, y

III. Con la cancelación del certificado de cumplimiento.

Artículo 19. El proceso del MOCEBPASS tiene por objeto verificar que los establecimientos de atención médica cumplan con los requisitos y estándares definidos en estas Normas, los Manuales del MOCEBPASS que le corresponda y demás disposiciones aplicables.

Artículo 20. Podrán solicitar la certificación, los establecimientos de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, en términos de lo establecido en los Manuales del MOCEBPASS, estas Normas y demás disposiciones aplicables al tipo de establecimiento.

Artículo 21. Las solicitudes de certificación que presenten los establecimientos de atención médica deberán cumplir lo establecido en el párrafo V. Proceso de certificación, del Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud que le corresponda, estas Normas y demás disposiciones aplicables al tipo de establecimiento.

Artículo 22. A falta de disposición expresa se aplicará supletoriamente la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y el Código Federal de Procedimientos Civiles, siempre que sus disposiciones no sean contrarias a las presentes Normas.

Artículo 23. Las notificaciones, citatorios, requerimientos, solicitud de informes o documentos y las determinaciones de la Comisión podrán realizarse:

I. Por comparecencia, en las instalaciones de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica, y

II. Por medios electrónicos, mediante el uso de la plataforma, cuando así lo haya aceptado expresamente el representante del establecimiento de atención médica.

Las notificaciones se realizarán preferentemente por comparecencia en las instalaciones de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Con el fin de hacer más ágil las notificaciones por medio electrónicos, se enviará un correo electrónico, a la cuenta registrada para tal efecto por quien represente al establecimiento de atención médica, que contendrá un aviso de notificación pendiente en la plataforma.

En el momento que se consulte la notificación que se encontraba pendiente, la plataforma generará una constancia de notificación. En el caso de que el solicitante no atienda el aviso de notificación se le tendrá por notificado al tercer día hábil siguiente a la recepción del aviso, con la constancia que la plataforma genere para tal efecto.

Artículo 24. Las solicitudes de certificación se recibirán conforme a los periodos establecidos en el Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud que le correspondan.

Artículo 25. La persona titular de la Secretaría Técnica de la Comisión una vez presentada la solicitud, procederá de conformidad con lo establecido en los Manuales del MOCEBPASS que le correspondan, las presentes Normas y demás disposiciones aplicables.

Artículo 26. La inscripción al MOCEBPASS será improcedente en caso de contar con algún procedimiento administrativo abierto y/o que alguna de sus autorizaciones sanitarias se encuentre en trámite.

Artículo 27. La persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión podrá requerir información adicional a la presentada por los interesados, en cualquier momento del proceso del MOCEBPASS, con la finalidad de que la Comisión cuente con mayores elementos para sus determinaciones.

Artículo 28. La persona titular de la Presidencia de la Comisión podrá autorizar y designar a personas, de entre su personal adscrito, para llevar a cabo supervisión aleatoria durante los procesos de auditoría.

Artículo 29. La Comisión para dictaminar una solicitud de certificación, deberá contar con el informe de la auditoría del establecimiento de atención médica respectivo, conforme a lo establecido en los Manuales del MOCEBPASS y, en su caso, la información adicional que requiera en los términos señalados en el artículo 27 de estas Normas.

Artículo 30. Los dictámenes que emita la Comisión se informarán al solicitante por la persona titular del Secretariado Técnico, de forma física o electrónica, en un plazo no mayor a veinte días hábiles, contado a partir de la celebración de la sesión correspondiente.

Artículo 31. En los casos en que la Comisión emita un dictamen de no procedencia de una solicitud, se informará al solicitante, por medios escritos o electrónicos, señalando y fundando las razones del mismo.

Artículo 32. La Certificación otorgada por la Comisión únicamente ampara al establecimiento de atención médica respecto a la denominación comercial, razón social, domicilio y autorizaciones sanitarias registrados para tal efecto.

Cuando el establecimiento de atención médica certificado realice cambios de razón social, deberá dar aviso al Consejo, mediante documento firmado bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente pueda representar al establecimiento, informando del respectivo cambio de acuerdo al procedimiento descrito en el numeral V. Proceso de Certificación, del Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud que le corresponda. La Comisión resolverá la procedencia de la solicitud a fin de garantizar la continuidad de la certificación.

Para los casos de cambios de domicilio, modificaciones y/o ampliaciones en las instalaciones y/o servicios, el establecimiento de atención médica certificado deberá dar aviso al Consejo, mediante documento firmado bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente pueda representar al establecimiento, informando del respectivo cambio de acuerdo al procedimiento descrito en el párrafo V. Proceso de Certificación, del Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud que le corresponda. La Comisión resolverá la procedencia de la solicitud y, podrá para ello, autorizar que el establecimiento se someta nuevamente a una auditoría para mantener la certificación respectiva.

Artículo 33. La Comisión podrá revocar una Certificación, en los siguientes casos:

I. Cuando las autorizaciones sanitarias otorgadas al establecimiento de atención médica no se encuentren vigentes y no se hayan realizado los trámites correspondientes para su renovación;

II. Por incumplimiento grave a las disposiciones de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones generales aplicables;

III. Cuando le sean impuestas sanciones administrativas, medidas de seguridad preventivas, cautelares o correctivas impuestas por autoridades sanitarias;

IV. Cuando resulten falsos los datos o documentos proporcionados, que hubieren servido de base a la autoridad sanitaria, para otorgar la certificación;

V. Cuando los establecimientos de atención médica dejen de reunir las condiciones o requisitos bajo los cuales se hayan otorgado la certificación;

VI. Cuando la persona titular de la Secretaría Técnica sea notificada o tenga conocimiento oficial de la realización de alguna mala práctica por parte del establecimiento o de su personal, que represente un riesgo y/o vulnere la seguridad de los pacientes, no importando la etapa del MOCEBPASS en la cual se encuentre;

VII. Cuando el establecimiento no cumpla de manera adecuada con lo indicado en la etapa de seguimiento, y

VIII. Las demás que, por su gravedad, pongan en riesgo la calidad en la atención médica y la seguridad del paciente.

La resolución correspondiente se dará a conocer al establecimiento de atención médica, en forma física o por medios electrónicos, y publicada en la página de internet del Consejo.

Artículo 34. Los interesados podrán interponer el recurso de revisión, en contra de las resoluciones de la Comisión, cuyo escrito deberá dirigirse a la persona titular de la Presidencia de la Comisión, el cual se sustanciará conforme a la Ley Federal de Procedimiento Administrativo.

Artículo 35. La persona titular de la Presidencia de la Comisión podrá suscribir bases o convenios con dependencias y entidades, de carácter federal o local, con la finalidad de llevar a cabo el proceso del MOCEBPASS, de conformidad con los Manuales del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, estas Normas y demás disposiciones aplicables.

CAPÍTULO VII

Sobre la Transparencia y Rendición de Cuentas

Artículo 36. La lista de los establecimientos de atención médica certificados, ubicación y vigencia a que se refiere el artículo 6, fracción VI de estas Normas, será difundido en la página de internet del Consejo.

Artículo 37. Con el propósito de asegurar la confidencialidad de la información documental, las personas integrantes de la Comisión, los invitados y demás personas que tengan acceso a ella, deberán remitir como parte de la confirmación de asistencia la carta de confidencialidad firmada y escaneada y abstenerse de revelar la información en términos de las disposiciones legales y reglamentarias vigentes.

Artículo 38. Las personas integrantes de la Comisión, invitadas y, en general, aquéllas que asistan a las sesiones, deberán remitir como parte de la confirmación de asistencia, una carta firmada de no conflicto de intereses, en la que indiquen si tienen o han tenido relación con instituciones, empresas u organizaciones que prestan servicios de atención médica, y el carácter de dicha relación bajo una o más de las opciones siguientes:

I. Trabajador de la empresa en cualquier régimen de contrato;

II. Parentesco, directo o indirecto hasta en cuarto grado, con algún trabajador de la empresa, socio o dueño, y

III. Consultor o asesor.

Artículo 39. En caso de comprobarse faltas a la carta de confidencialidad a que se refiere el artículo 37 de estas Normas, o falsedad en las declaraciones de la carta de no conflicto de intereses referida en el artículo 38 de estas Normas, se dará vista a las autoridades competentes, por las probables faltas administrativas y/o penales.

Se dará vista del conflicto de intereses al titular de la dependencia y/o institución a la que pertenece la persona integrante de la Comisión para que designe a otro representante y/o suplente; se descartarán las opiniones y evaluaciones de esta persona integrante, se informará a la Comisión y se hará pública su situación a través de la página de Internet del Consejo de Salubridad General.

CAPÍTULO VIII

Del Certificado y su uso

Artículo 40. Los establecimientos de atención médica que hayan recibido un dictamen favorable, de conformidad con lo establecido en el artículo 16 de estas normas, obtendrán un Certificado que deberá exhibirse en un lugar visible al público dentro de sus instalaciones.

Los establecimientos podrán hacer uso del logotipo que identifica a los establecimientos de atención médica certificados por el Consejo de Salubridad General, durante la vigencia de su certificado, en documentación, formatos, uniformes, medios electrónicos y artículos que el establecimiento considere, siempre y cuando pertenezcan y refieran de manera clara únicamente al establecimiento que recibió el certificado.

Artículo 41. Al término de la vigencia del certificado o cuando se hubiera notificado al establecimiento de atención médica que su certificado perdió vigencia deberá:

a) Dejar de exhibir el Certificado, y

b) Retirar el logotipo que identifica a los establecimientos de atención médica certificados por el Consejo de Salubridad General de documentos, formatos, uniformes, etc.

CAPÍTULO IX

Del Procedimiento de auditoría

Artículo 42. Las auditorías para los solicitantes del proceso de certificación se realizarán con base en lo establecido en el Proceso de certificación, del Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud que corresponda al establecimiento de atención médica y podrán ser:

I. Del proceso: se realizará dentro de la etapa V del proceso de certificación conforme al artículo 15 de estas normas y al Proceso de certificación, del Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, y

II. Aleatoria: se realizará dentro de la etapa VII del proceso de certificación, a establecimientos que cuenten con certificado vigente y tendrá como propósito revisar que el establecimiento de atención médica continúa cumpliendo con los estándares en virtud de los cuales se otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo.

Artículo 43. La duración de la auditoría, dentro del proceso de certificación, será determinado por la persona titular de la Secretaría Técnica en función del tipo de establecimiento y su complejidad; sin que pueda durar más de 5 días hábiles.

Artículo 44. La Comisión aprobará los criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS.

Artículo 45. Las auditorías del proceso del Modelo de certificación del Consejo de Salubridad General, se realizarán con base en los Criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS.

CAPÍTULO X

Del Procedimiento para la Modificación de las Normas de Organización y Funcionamiento

Artículo 46. La persona titular de la Presidencia de la Comisión o una persona integrante titular, podrán solicitar modificaciones a las presentes Normas. La persona titular de la Presidencia de la Comisión presentará la propuesta de modificación a las personas integrantes de la misma, a efecto de que se acuerde someterla a aprobación del pleno del Consejo.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Las presentes Normas entrarán en vigor el día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO. Las solicitudes que se encuentren en trámite a la entrada en vigor de las presentes Normas de Organización y Funcionamiento, se resolverán por la Comisión de conformidad con las disposiciones vigentes en la fecha de su presentación.

Dado en la Ciudad de México, a los 3 días del mes de septiembre de 2025.- El Secretario de Salud y Presidente del Consejo de Salubridad General, Dr. **David Kershenobich Stalnikowitz**.- Rúbrica.- La Secretaria del Consejo de Salubridad General, Dra. **Patricia Elena Clark Peralta**.- Rúbrica.

GOBIERNO DE MÉXICO

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

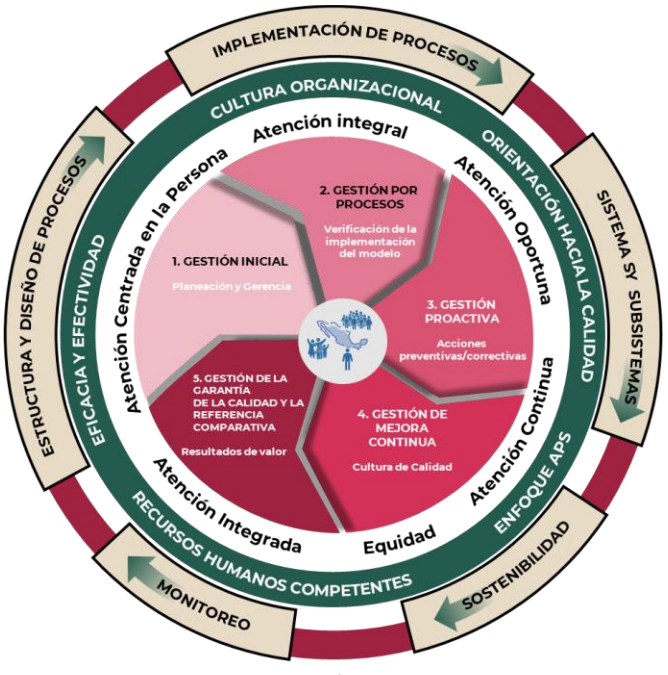
COFEPRIS · CONAMED · SALUD · IMSS · ISSSTE · SEDENA · SEMAR · PEMEX · SNDIF · IMSS BIENESTAR · Academia Mexicana de Cirugía A.C.

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Modelo Único de Evaluación de la Calidad

MUEC

Documento Ejecutivo



FUENTE: CSG/DGCES, 2022

Septiembre 2024

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) tiene por objeto proponer al Consejo de Salubridad General los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictaminar sobre los resultados de la evaluación y, en su caso, emitir el certificado correspondiente.

Integrantes.

Dr. Marcos Cantero Cortes
Secretario del Consejo de Salubridad General y Presidente de la Comisión

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Mtro. Miguel Manuel Ramírez Mandujano
Director General de Conciliación, Encargado de Despacho de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. José Luis García Ceja
Director General de Calidad y Educación en Salud

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtra. Bertha María Alcalde Luján
Directora General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Gral. Luis Cresencio Sandoval González
Secretario de la Defensa Nacional

Almte. José Rafael Ojeda Durán
Secretario de Marina

Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General de Petróleos Mexicanos

Lic. Nuria Fernández Espresate
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Dr. Alejandro Calderón Alipi
Director General de los Servicios de Salud de IMSS Bienestar

Dr. Germán E. Fajardo Dolci
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

Índice

PRESENTACIÓN 1
ANTECEDENTES 3
1. GENERALIDADES 6
1.1 Objetivo General 6
1.2 Objetivo Específicos 6
1.3 Marco Jurídico 7
1.4 Alcances y Ámbito de Aplicación 8
1.5 Líneas estratégicas 9
1.6 Mejora Continua del MUEC 10
2. MARCO CONCEPTUAL DEL MUEC 12
2.1 Estructura en Capas 12
2.1.1 Primera Capa. Fases de Implementación 13
2.1.2 Segunda Capa. Proceso Integral de la Atención Médica 15
2.1.3 Tercera Capa. Enfoques 17
2.1.4 Cuarta Capa. Niveles de madurez 18
2.2 Componentes del MUEC 21
2.2.1 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 21
2.2.2 Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares 22
3. PROCESO PARA EL REGISTRO EN EL MUEC 25
3.1 Generalidades del Proceso 25
3.1.1 Principios del Proceso 25
3.1.2 Descripción del Proceso 26
3.1.3 Periodos del proceso 28
3.2 Requisitos documentales para Solicitar el Registro 29
3.3 Procedencia de la Solicitud 31
3.3.1 Verificación de requisitos 32
3.3.2 Validación documental cualitativa y cuantitativa 33
3.3.3 Evaluación 34
3.4 Dictamen 36
3.5 Certificación 37
3.5.1 Renovación del Certificado 38
3.5.2 Revocación del Certificado 38
BIBLIOGRAFÍA 40
ANEXO 1. CONCEPTOS/DEFINICIONES 42

PRESENTACIÓN

Con el propósito de generar ciclos de mejora continua, la CCEAM aprobó en su segunda sesión, celebrada el 11 de abril de 2024, la conformación del Grupo Técnico para la Mejora Continua del MUEC responsable de revisar y proponer los ajustes y modificaciones al modelo, así como a los criterios, instrumentos y mecanismos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan los servicios de atención médica, a partir de las lecciones aprendidas durante la instrumentación de cada ejercicio.

Este documento es resultado de los trabajos de actualización de la primera versión del MUEC, publicada en junio de 2023, a cargo del Grupo Técnico para la Mejora Continua y fue elaborado en el periodo mayo – septiembre de 2024.

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) de los Establecimientos de Atención Médica (EAM), es el resultado del esfuerzo conjunto del Consejo de Salubridad General (CSG) y de la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para contribuir a la mejora de la calidad en la atención médica para la población mexicana.

En este marco, el MUEC se define como el instrumento estratégico integrado e integral, resultado de la sinergia de los procesos de acreditación y certificación de establecimientos y servicios de atención clínica, el cual verifica el cumplimiento a la normativa vigente, los criterios y estándares en materia de calidad en salud, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de una evaluación continua y progresiva de la estructura, los procesos y los resultados que se dan en la operación clínica diaria.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), enfrenta el desafío de lograr el acceso y cobertura universal de servicios, con gratuidad en la atención y en la entrega de medicamentos, tanto a la población no derechohabiente, como a los beneficiarios de la seguridad social, condición que solo será una realidad en la medida en que se logre el acceso efectivo a los servicios con los menores riesgos posibles para las personas y el fortalecimiento de las redes de atención.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024[1], señala en su apartado denominado Eje General 2. Política Social que, el objetivo más importante del Gobierno de la Cuarta Transformación, es que en 2024 la población de México esté viviendo en un entorno de

[1] DOF: 12/07/2019. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Documento en internet 19 pp. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0

bienestar. Para ello, el "Gobierno Federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos".

El Programa Sectorial de Salud 2020-20242[2], establece en su Objetivo prioritario 2. "Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano", la Estrategia prioritaria 2.4, "Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y que incorpore el cumplimiento de los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano", la cual señala como Acción Puntual 2.4.2 "Promover el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud".

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar[3], está integrado con base en los principios y la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS), cuyo eje trasversal es la gestión de la calidad y la seguridad de la atención, con fundamento en los atributos de la atención médica, siendo estos la atención centrada en las personas, prestación equitativa, oportuna, integrada, eficaz y eficiente, incluyendo los componentes de planeación, liderazgo, sistemas de información, participación de los pacientes y de la población, regulación y estándares, capacidad organizacional, mejora de procesos clínicos y administrativos, formación, capacitación y desarrollo del talento humano, responsabilidad social y evaluación.

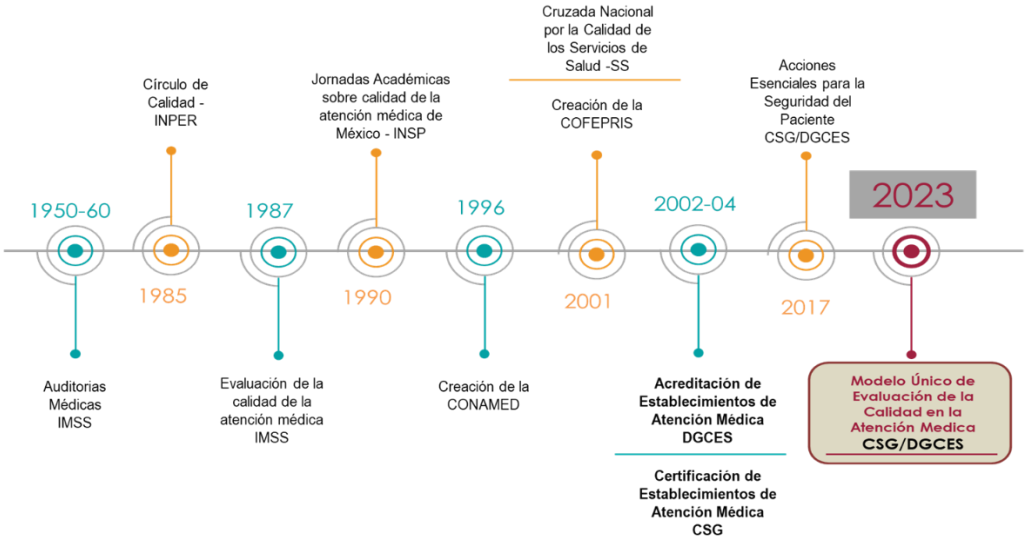
[2] DOF: 17/08/2020 Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Documento en internet 43 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

[3] DOF: 25/10/2022 ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Documento en Internet 120 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

ANTECEDENTES

En México, se tienen antecedentes de la evaluación de la calidad en los EAM a partir de las primeras auditorias médicas llevadas a cabo en los años 50, evolucionando paulatinamente como se muestra en la figura No. 1, hasta la consolidación de los procesos de acreditación y certificación de EAM.

Figura No. 1
Logros en calidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Diseño propio CSG-DGCES, 2023

En los últimos 20 años estos dos procesos de evaluación externa de la calidad han mantenido su operación, evolucionando en sus diferentes ámbitos de aplicación y alcances de acuerdo a sus atribuciones normativas, a saber:

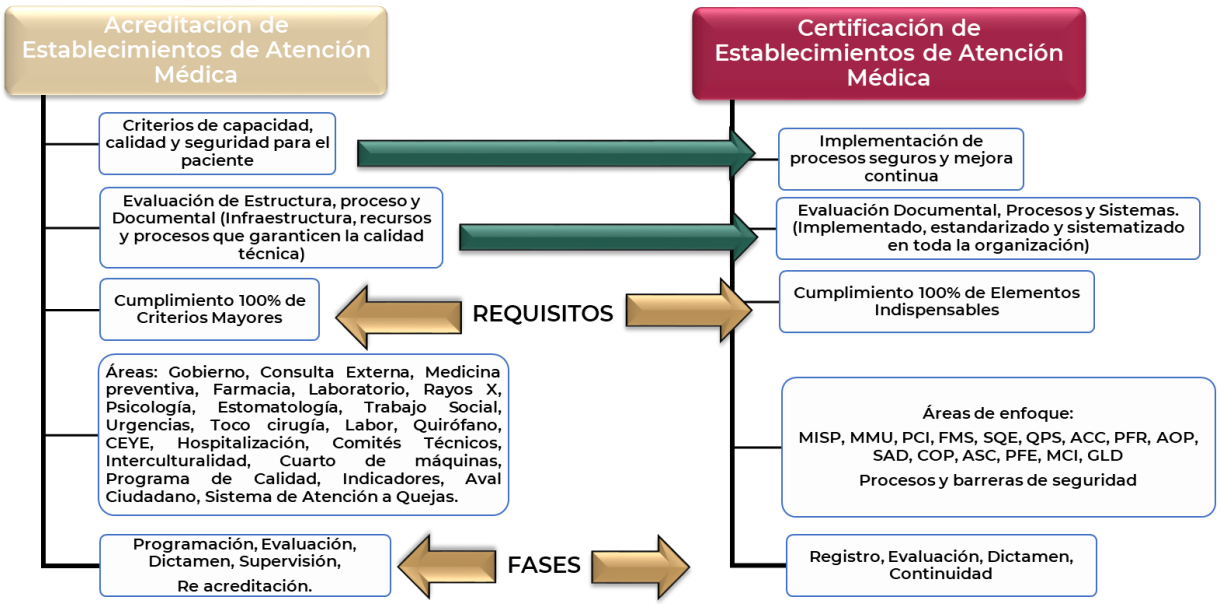
La Certificación de EAM es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

La Acreditación de Establecimientos de Servicios de Atención Médica, como un proceso de evaluación externa a cargo de DGCES, que contribuía a garantizar la calidad, mediante el cumplimiento de criterios, capacidad y seguridad en los EAM, que prestan atención a población sin seguridad social.

Estos mecanismos de evaluación externa de la calidad se integran a diversos elementos transversales que influyen en diferentes momentos de los modelos que interactúan en el SNS en torno a la calidad. Ambos procesos tienen convergencias que permiten transitar a un modelo unificado de evaluación, como lo es el MUEC.

En la figura No. 2 se muestran estas convergencias que, a) comparten valores y principios en el marco de la Atención Primaria a la Salud (APS), el derecho a la protección de la salud y cobertura universal; b) su eje son las personas, las familias, la comunidad y la población y , ambos procesos se pueden implementar en los EAM del SNS; c) contienen criterios o estándares para evaluar la calidad de la atención médica que se ofrece en estos EAM con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de estrategias de mejora continua; d) llevan a cabo evaluación documental y de procesos, y e) ambos realizan una visita de evaluación, posterior a la cual se dictaminan los resultados.

Figura No. 2
Convergencias entre los procesos de acreditación y certificación



Fuente: Diseño propio: CSG, 2022

El modelo unificado que se presenta contribuye en la evaluación de las dimensiones de la calidad, entendiéndola como el conjunto de variables que, interrelacionadas entre sí, dan como resultado la satisfacción de nuestros usuarios, así como a las dimensiones para la calidad definidas por la OMS (2006).[4],[5]

[4] OMS. Temas de Salud. Calidad de la atención. Página Web. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
[5] Promoción de la salud: Glosario. OMS 1998. Documento en internet 35 pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Dimensiones de la Calidad

Efectividad	Capacidad de otorgar la prestación de atención de salud que se adhiere a una base de pruebas y resulta en mejores resultados de salud para los individuos y las comunidades.
Eficiencia	Brindar atención médica optimizando el uso de recursos.
Accesibilidad	Capacidad de otorgar atención de salud oportuna, distancia geográfica razonable y provista en un entorno donde las habilidades y los recursos sean apropiados para las necesidades médicas.
Centrado en el paciente	Brindar atención médica que tome en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades.
Equidad	Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.
Seguridad	Otorgar atención de salud minimizando los riesgos y daños a los usuarios.

En la dimensión de seguridad se consideran a todos los usuarios de los escenarios en salud: paciente y su familia, personal y al propio EAM.

El MUEC es un modelo enfocado a la mejora de la calidad y la satisfacción de personas y profesionales de la salud. Se constituye como el proceso de evaluación de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los EAM, con un enfoque de gestión por procesos y centrado en la persona, en las comunidades y la población, con el fin de transitar paulatinamente hacia el sostenimiento de la calidad en la atención médica.

El MUEC concentra, para las instituciones del SNS, la articulación del proceso de acreditación con el de certificación, a fin de estandarizar los procesos de evaluación y promover la implementación de un sistema de gestión progresiva de la calidad, que tenga como eje transversal la satisfacción del paciente y personal de salud a la vez que proporciona información para definir estrategias de mejora y con ello favorecer los resultados en salud.

1. GENERALIDADES

¿Por qué participar en el MUEC?

El EAM del SNS, que participa en el MUEC, debe cumplir con las políticas nacionales en salud, que tiene como prioridad alcanzar, día a día, mejores prácticas, fortaleciendo su sistema de gestión de calidad a partir de madurar progresivamente sus procesos internos y homogenizar los criterios en la atención médica, en la búsqueda de sistematizar sus procesos, reducir costos, contar con servicios confiables y seguros, que le permitan implementar estrategias de mejora continua para ser reconocidos por los resultados en salud alcanzados para contribuir en el bienestar de la persona, familia, comunidad y población.

El MUEC permite participar, de manera gradual, a cualquier EAM que cumple con los criterios y estándares con base al nivel de madurez alcanzado en su gestión de la calidad.

1.1 Objetivo General

Evaluar la calidad de la atención médica, en los EAM del SNS, con énfasis en aquellos que prestan servicios a población sin seguridad social, a fin de contribuir e incrementar de manera progresiva la calidad, seguridad, eficacia y efectividad.

1.2 Objetivo Específicos

- Establecer los mecanismos de operación al que se sujetarán los EAM.
- Conducir el proceso de evaluación de la calidad de la atención médica, en las cinco Fases del MUEC.
- Definir los requisitos, criterios, estándares y fases a las que se sujetarán los EAM para obtener la Certificación, que permita un avance progresivo hasta el sostenimiento de la calidad.
- Difundir los resultados alcanzados por los EAM participantes en el proceso de evaluación.

1.3 Marco Jurídico

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Criterios para la Selección, Capacitación y Evaluación del Desempeño de las Personas Evaluadoras de la Calidad en los Establecimientos de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
- Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, publicado el 29 de junio de 2023 en el DOF.
- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017 en el DOF.
- Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, publicado el 29 de diciembre de 2011 en el DOF.
- Acuerdo por el que se adiciona un artículo Noveno al similar por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad Generala los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado el 29 de diciembre de 2011 en el DOF.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General, publicado el 22 de junio de 2012 en el DOF.
- Acuerdo por el que se establecen requisitos para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorio, de rehabilitación y de hemodiálisis, en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas, publicado el 28 de octubre de 2015 en el DOF.

1.4 Alcances y Ámbito de Aplicación

En el marco de la política nacional para elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica del Gobierno Federal, el CSG con la participación de la DGCES integran el MUEC, el cual es acorde con las disposiciones sanitarias vigentes, en congruencia con la regulación para la evaluación en materia de calidad y seguridad de la atención a la salud. En este sentido, El MUEC es aplicable a todos los EAM de los sectores público, social y privado del SNS.

El MUEC está orientado a la operación estandarizada y sistemática de metodologías e instrumentos que contribuyan a mejorar los procesos sustantivos y administrativos de los EAM.

En este contexto, la gestión institucional involucra a las diversas estructuras que integran los sectores del SNS, teniendo como desafío coordinar y motivar a los EAM para alcanzar los resultados esperados, mediante la formulación de planes estratégicos que dirijan los esfuerzos de la institución, la definición de metodologías e instrumentos para el desarrollo del capital humano y la observancia de las Fases de aplicación.

Con base en los datos publicados en el Catálogo de la Clave Única de Establecimientos de Salud CLUES (Tabla No. 1), el alcance en la implementación del MUEC se estima en 37,427 EAM que integran el SNS de los cuales el 76% corresponden al primer nivel de atención, 13% al segundo y 0.4% al tercer nivel.

Tabla 1: Alcance de la evaluación por el MUEC según nivel de atención

INSTITUCIÓN	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	TOTAL
SSA	3,655	169	43	3,867
SS IMSS BIENESTAR	9,379	739	66	10,184
IMSS REGIMEN BIENESTAR	3,982	80		4,062
IMSS	1,170	259	30	1,459
ISSSTE	995	102	14	1,111
SNDIF	218	2	1	221
SEDENA	13	48	2	63
SEMAR	10	24	3	37
PEMEX	36	22	2	60
SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS	12,022	3,638	24	15,684
CRUZ ROJA MEXICANA	96	25		121
SERVICIOS MEDICOS UNIVERSITARIOS	34	4	1	39
OTRAS DEPENDENCIAS PÚBLICAS	459	56	4	519
	28,414	**4,999**	**147**	**37,427**

Fuente: CLUES, jul-24 Establecimiento en Operación según Institución. Descarga SS, DGIS. Consultado: 15-09-24. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html

La participación y contribución de los EAM, mediante el trabajo en equipo, multidisciplinario y con un liderazgo sólido, es menester para lograr la implementación de cada una de las Fases del MUEC.

1.5 Líneas estratégicas

El MUEC, para su operación, establece líneas estratégicas de aplicación secuencial que son: difusión, capacitación e implementación, así como de evaluación continua de estas líneas, las cuales describen las acciones que se realizan por los niveles de actuación y responsables en la macrogestión, la mesogestión y la microgestión, determinando los plazos y los procesos para ejecutar las actividades correspondientes a cada Fase, como a continuación se indica:

- **Difusión**. Realizar la difusión mediante los medios de comunicación oficiales dispuestos para presentar la estructura, operación, etapas y condiciones en que opera el MUEC. La difusión será de manera oficial y se dará a conocer a las instituciones que conforman el SNS.

- **Capacitación**. Desarrollo de competencias en los profesionales de salud para la implementación y evaluación del MUEC. En este sentido, la capacitación se considera un elemento clave para la implementación y la evaluación del MUEC, pues el éxito de este depende en gran medida de las competencias desarrolladas en los profesionales de la salud.

- **Implementación**. De manera progresiva la implementación del MUEC está asociada al desarrollo de las líneas estratégicas preliminares de difusión y capacitación tanto para implementadores y evaluadores en el ámbito nacional. La operación del MUEC en los EAM está enfocada en la previsión para la operación y cumplimiento de los requisitos previstos en cada Fase. Para ello, cada EAM establecerá las estrategias, metodología, medios, herramientas e instrumentos que sustenten la operación de un sistema de gestión de la calidad, que atienda los requisitos de las Fases del MUEC.

- **Evaluación Continua.** Es aquella que permite evaluar todo el proceso de difusión, capacitación, e implementación del MUEC, a partir de monitorear las actividades para asegurarse que se llevan a cabo de acuerdo con lo planificado y corregir cualquier desviación significativa.

1.6 Mejora Continua del MUEC

Con el propósito de generar ciclos de mejora continua, la CCEAM aprobó en su segunda sesión, celebrada el 11 de abril de 2024, la conformación del Grupo Técnico para la Mejora Continua del MUEC responsable de revisar y proponer los ajustes y modificaciones al modelo, así como a los criterios, instrumentos y mecanismos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan los servicios de atención médica, a partir de las lecciones aprendidas durante la instrumentación de cada ejercicio.

El resultado de la revisión y actualización del MUEC pretende apoyar a los EAM en la preparación, implementación y coordinación de esfuerzos destinados a mejorar progresivamente la calidad, la seguridad, la eficacia y la efectividad de la atención a los pacientes.

El proceso de mejora continua del MUEC se orienta a configurar una experiencia de acompañamiento que fortalezca los esfuerzos realizados tanto por el EAM como por la entidad evaluadora en la promoción y consolidación de la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.

La mejora continua del MUEC se centra en:

- Determinar el alcance y los mecanismos de colaboración de las instituciones que integran la CCEAM para que el proceso de evaluación de los EAM esté alineado con los esfuerzos dirigidos al otorgamiento de calidad y seguridad del paciente tanto a nivel institucional como en los propios EAM.

- Especificar los requisitos de aprobación en cada fase y etapa del proceso de evaluación, permitiendo a los EAM orientar y dirigir internamente la participación y el esfuerzo de las unidades gerenciales, administrativas y ejecutoras durante la selección e integración de la información y documentación que respalde el nivel de calidad, seguridad, eficacia y efectividad, en concordancia con el nivel de complejidad de los servicios que el EAM ofrece a la población.

- Mejorar las referencias y herramientas que permitan al EAM evaluar las condiciones en las que brinda servicios de atención médica a la población, proporcionando información objetiva y veraz que garantice un proceso de evaluación confiable y transparente para la entidad evaluadora.

La mejora continua del MUEC fomenta una experiencia de acompañamiento a los EAM durante el proceso de evaluación que permite identificar la capacidad resolutiva del establecimiento, a través del cumplimiento de criterios y la sistematización de la seguridad del paciente por medio del desarrollo progresivo de los estándares.

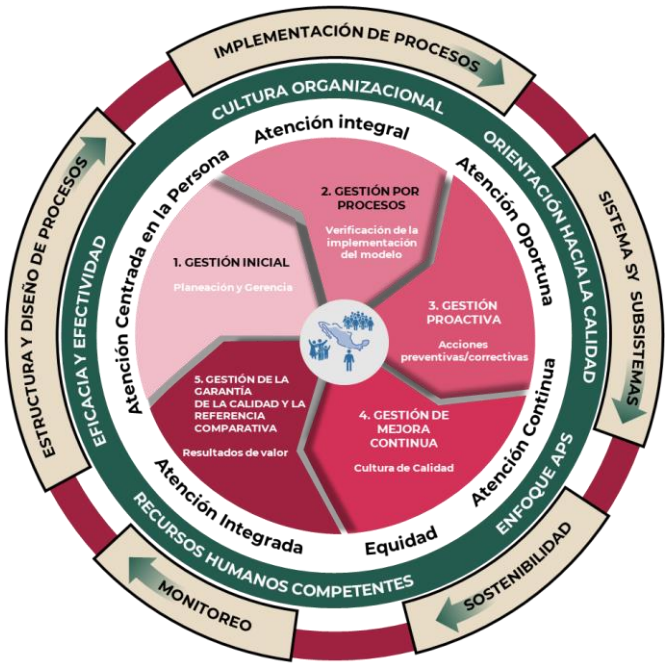
2. Marco Conceptual del MUEC

2.1 Estructura en Capas

El MUEC es un mecanismo cuyo eje central son las personas, la familia, la comunidad y la población y se estructura en cuatro capas.

- **Primera Capa** – Fases de Implementación del MUEC
- **Segunda Capa** - Proceso Integral de la Atención Médica
- **Tercera Capa** - Enfoques
- **Cuarta Capa** – Niveles de Madurez de los EAM

Modelo Único de Evaluación de la Calidad



FUENTE: CSG/DGCES, 2022

2.1.1 Primera Capa. Fases de Implementación

En esta capa se identifican cinco fases y una de preparación denominada Fase 0, que se da previa a la presentación de la solicitud: una de gestión inicial y cuatro interrelacionadas con los niveles de madurez específicos, que van desde lo básico a lo complejo, de manera progresiva, estableciendo el cumplimiento de diferentes criterios y estándares que validan la atención de calidad.

Fase 0. Ruta de la Calidad

El propósito de esta fase es reconocer los trabajos previos, realizados por el EAM, para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente (SGCSP), lo cual es posible diferenciar del proceso específico para solicitar la certificación

En esta etapa cobran relevancia las herramientas de gestión que el EAM ha implementado para desarrollar una cultura de calidad y seguridad del paciente, y que ha incorporado a las actividades diarias de la operación con la finalidad de aportar valor al personal operativo y usuario de los servicios de atención a la salud.

Entre las herramientas que destacan por su disponibilidad y accesibilidad en fuentes de información accesible se pueden destacar el Modelo de Gestión de Calidad en Salud, el Análisis FODA, el diseño de Procesos, el Modelado (Configuración) y arquetipo (Diseño original/primario), Cuadro de Mando, la Reingeniería de Procesos, el Análisis 3F (Porter Modificado), entre otras.

Cabe señalar que, en el caso de las instituciones públicas o grupos corporativos, es en esta etapa en la que se puede reconocer la importancia del trabajo que realizan las Áreas Centrales de Calidad o áreas equivalentes, durante el proceso de implementación y posterior a la evaluación del MUEC, toda vez que participan directamente en el impulso a la gestión, el desarrollo de competencias en calidad, la mejora de procesos y en la medición de resultados en la institución, lo que les posibilita emitir validaciones y en su caso, diferenciar el potencial de los EAM para solicitar el registro en el MUEC.

La validación que las Áreas Centrales de Calidad puede considerar lo siguiente:

- Cumplimiento estricto de los requisitos de participación
- Cumplimiento de Autorizaciones Sanitarias.
- Llenado correcto de la Autoevaluación
- Definición de procesos conforme a las disposiciones en el CUNCEEC
- Infraestructura con apego a la Normatividad vigente.

Fase 1. Gestión inicial.

Planeación y Gerencia. Su propósito es obtener la evidencia necesaria de que el EAM cumple con los requisitos documentales para solicitar el registro de acuerdo al tipo de EAM y servicios que otorga.

Los requerimientos documentales a considerar en esta etapa son los que se describen en el apartado 3.2 del presente documento.

Fase 2. Gestión por procesos.

Verificación de la Implementación del modelo. Cuyo propósito es evaluar el cumplimiento de criterios y estándares a partir de la existencia de infraestructura e implementación de procesos sustantivos que permitan definir el nivel de madurez atribuible al EAM.

Durante esta fase, se comprueba la implementación, entre otros aspectos de las Acciones Esenciales para Seguridad del Paciente.

Fase 3. Gestión proactiva.

Acciones preventivas/correctivas. Cuyo propósito es evaluar la operación continua, que se realice por medio de sistemas a partir del análisis y detección de desviaciones en los procesos que se implementan, para generar acciones preventivas y correctivas (enfoque proactivo – reactivo de la calidad) elevando el nivel de madurez, gestión de calidad y seguridad en la atención. Asimismo, la definición de procesos sustantivos que son considerados de mediana complejidad.

Fase 4. Gestión de mejora continua.

Cultura de calidad y seguridad. Cuyo propósito es evaluar de manera presencial las mejoras en la interrelación entre los sistemas. Los resultados son analizados con base en la eficiencia y eficacia, manteniendo y elevando el nivel de madurez del EAM para el logro de una cultura de calidad y seguridad. Asimismo, en esta Fase se realiza la definición de procesos sustantivos de alta complejidad.

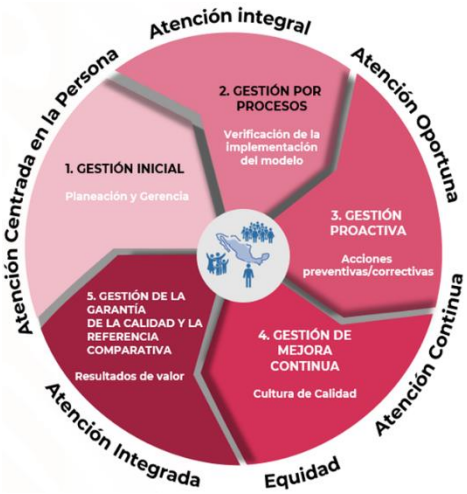
Fase 5. Gestión de garantía de la calidad y la referencia comparativa.

Resultados de Valor. Cuyo propósito es evaluar de manera presencial la cultura para el sostenimiento de la calidad en el EAM, mediante la verificación del avance en la identificación y registro de las mejoras alcanzadas, de manera comparativa en un antes y un después, sobre los resultados para las personas, los prestadores del servicio, la organización, la sociedad, la salud de la población, los estados financieros y el entorno.

2.1.2 Segunda Capa. Proceso Integral de la Atención Médica

En esta capa se incluyen seis atributos de la atención médica:

Atención centrada en la persona, atención integral, atención oportuna, atención continua, atención integrada y equidad.



Atención Centrada en la Persona.

Es la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. (OMS, 2016).

Atención Integral.

Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada (OPS, 2008).

Atención Oportuna.

Consiste en reducir el tiempo de espera y las demoras, a veces perjudiciales, tanto para los que reciben como para los que prestan la asistencia (OPS/OMS, 2022).

Atención Continua.

Involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención dentro del sistema de salud. Está orientado a un problema. Mediante la continuidad de la atención se ofrece un seguimiento de un problema de salud del individuo. (OMS, 2008).

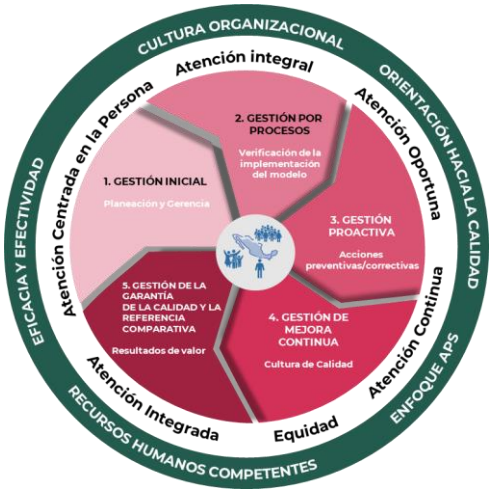
Atención Integrada.

Se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesionales de salud (“seguimiento clínico”) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud (“seguimiento de los registros”)(OMS,2008).

Equidad.

Supone la imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. (OMS, 1998).

2.1.3 Tercera Capa. Enfoques



Representa cuatro enfoques:

1. Atención primaria a la salud
2. Calidad de la atención
3. Cultura Organizacional hacia la Calidad
4. Recursos Humanos Competentes

Atención primaria a la salud.

Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa, mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible, a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

Calidad de la atención.

Es el grado en que los servicios de salud, para las personas y los grupos de población, incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios que son los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, Servicios Sanitarios de Calidad, agosto 2020).

Cultura Organizacional hacia la Calidad.

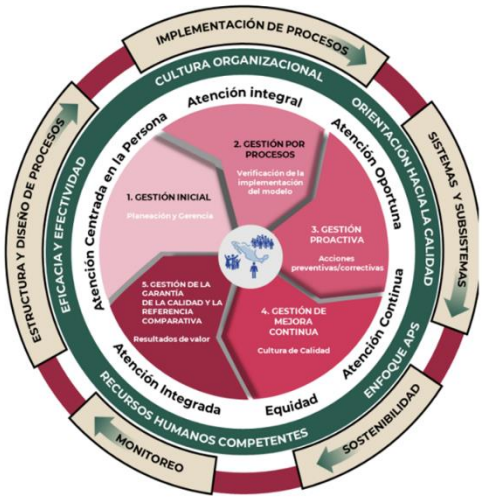
Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la calidad en la organización. Es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.[6]

Recursos Humanos Competentes.

Incluyen a los proveedores de los servicios de salud, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo de manera suficiente. Deben poseer los conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. (OMS, 2007).

2.1.4 Cuarta Capa. Niveles de madurez

Esta última capa representa la evaluación continua del progreso de los niveles de madurez de los EAM, incluyendo lo siguiente:



- **Estructura y diseño de procesos**. Corresponde al primer momento en que el establecimiento identifica su capacidad instalada, procesos sustantivos, sus riesgos, sus capacidades clave y sus competencias para enfrentar las necesidades para la operación del EAM.

- **Implementación de procesos**. En la Implementación de procesos es en donde se verifica y ejecuta la operación de los procesos definidos enfrentando retos específicos.

[6] Parker DM and Hudson P. A Framework for understanding the development of organizational Safety Culture. Safety Science. 2006. 44(6): 551-62. Disponible en: https://www.academia.edu/19979449/A_framework_for_understanding_the_development_of_organisational_safety_culture

- **Sistemas y Subsistemas.** Muestra los procesos y actividades identificados en el mediano y largo plazo, así como las acciones correctivas/preventivas realizadas, que identifican un riesgo parcial o permanente, dando como resultado el avance en proyectos y ciclos de mejora.

- **Sostenibilidad**. Es la evidencia de cambio a partir de acciones de mejora y buenas prácticas, resultados de sus sistemas, procesos y actividades que reflejan proyectos y/o ciclos de mejora, identificando secuencia de acciones e interrelación, que le permiten compararse, posicionarse y demostrar liderazgo, aprendizaje, compartiendo experiencias exitosas de los resultados de valor creado.

- **Monitoreo**. Brinda información respecto de los logros, desviaciones y debilidades para la toma de decisiones basada en la mejor evidencia disponible, resultado del trabajo continuo y colaborativo de toda la organización, en beneficio de las personas, familia, población y comunidad, en el marco de valores, principios y derechos, para obtener el acceso a la salud, la satisfacción durante la utilización de los servicios en establecimientos confiables y seguros, a costos razonables, por medio del tiempo y de manera sostenida, representado un valor público para la población.

Las evidencias de implementación son equivalentes a la definición de sistemas en operación, cuyos responsables demuestren el grado de desempeño en cada uno de ellos, mediante la definición de indicadores, delimitación del inicio y ejecución del sistema, interrelación con otros sistemas, resultados, cambios y re-información del sistema.

Por lo anterior, la definición de los procesos en cada Fase, se determina por el nivel de desempeño, madurez y ruta de mejora de la calidad en la atención médica. De acuerdo con la literatura, las organizaciones pueden mejorar su desempeño global adoptando un enfoque de procesos, donde un modelo de madurez es una herramienta para evaluar y mejorar capacidades y competencias[7,8]

[7] Páez, Gabriel, Rohvein, Claudia, Paravie, Diana, & Jaureguiberry, Mario. (2018). Revisión de modelos de madurez en la gestión de los procesos de negocios. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, 26(4), 685-698. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052018000400685

[8] Calidad: Modelos de Madurez en la Gestión, un Enfoque hacia la Mejora. BCG Institute M. Moradi-Moghadam, H. Safari and M. Maleki. “A novel model for business process maturity assessment through combining maturity models with EFQM and ISO 9004:2009”. International Journal Business Process Integration and Management. Vol. 6 No 2, pp. 167-184. Enero 2013. ISSN online: 1741-8771. Disponible en: https://bsginstitute.com/bs-campus/blog/Calidad-Modelos-de-Madurez-en-la-Gestion-122

Los niveles de madurez para el MUEC se definen como el cumplimiento, adopción y desarrollo de mejoras dentro del EAM, y se establecen cuatro niveles de madurez, es decir, de cumplimiento de las actividades de mejora definidas por el propio EAM[9], siendo las siguientes:

Nivel inicial de madurez de procesos.

Los procesos son ad hoc y requieren, para su definición, de la competencia y disposición del personal del EAM y no del uso de procesos probados. La calidad de la atención se centra en la verificación, requerimiento y necesidades para la aceptación del proceso definido.

Nivel gestionado de madurez de proceso.

El EAM planifica los procesos y los ejecutan de acuerdo con formas específicamente definidas para ellos; para los proyectos emplean personal con competencias adecuadas, dispone de recursos necesarios para producir resultados controlados; involucran a los interesados relevantes; se monitorean, controlan y revisan; y se evalúan en cuanto a la adherencia a sus descripciones de proceso.

Nivel institucionalizado de madurez de gestión de proceso.

Los procesos son bien caracterizados y comprendidos, y se describen en políticas, estándares, procedimientos, herramientas y métodos. El conjunto de procesos estándar del EAM son comunicados y utilizados de acuerdo con las adaptaciones necesarias para cada proyecto. Se establece y mejora a lo largo del tiempo. La calidad del servicio cumple los requerimientos establecidos y se avanza en la mejora continua.

Nivel optimizado de madurez de gestión de proceso:

Mejora Continua. Mejora continua del rendimiento de procesos mediante mejoras incrementales e innovadoras de proceso y tecnologías. El EAM establece objetivos cualitativos y cuantitativos en cuanto al rendimiento para calidad y procesos, y los utilizan como criterios en la gestión. Los objetivos cuantitativos se basan en las necesidades del cliente, usuarios finales, EAM e

[9] Adaptado del Modelo de Calidad de Software (MCS) Nivel de Madurez. Página Web. Disponible en: https://calidad-software.agesic.gub.uy/MCS-core/customcategories/mcs_home_6CE90E4B.html Adaptado de "Quality Management Maturity Grid" de P. Crosby, 1979, "Quality is Free, The Art of Making Quality Certain", (28-40).

implementadores del proceso. El rendimiento de calidad y del proceso se comprende en términos estadísticos y se gestiona durante la vida de los procesos. Los objetivos cualitativos y cuantitativos del EAM se establecen y revisan continuamente para reflejar el cambio a los objetivos institucionales, y se utilizan como criterios para gestionar la mejora de procesos.

2.2 Componentes del MUEC

2.2.1 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.[10]

Uno de los principios rectores de las ocho acciones esenciales de seguridad del paciente es el involucramiento y la corresponsabilidad de los pacientes y su familia nuclear como parte del equipo para el cuidado y la promoción de una atención y cuidado a la salud con seguridad.

La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea cultura, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos sanitarios que disminuyen los riesgos de forma sistemática y sostenible sobre daños evitables, reduce la probabilidad de que se produzcan errores clínicos durante la atención de la salud y se encarga de reducir el impacto de los daños al paciente, cuando éstos llegan a producirse.

Cada año, un gran número de pacientes sufren daños o mueren debido a una atención sanitaria insegura, lo que supone una elevada carga de muerte y discapacidad en todo el mundo, especialmente de ingresos bajos y medios. Por término medio, se calcula que uno de cada 10 pacientes sufre un acontecimiento adverso mientras recibe atención hospitalaria en los países de ingresos altos.

Los datos disponibles indican que en los hospitales de acontecimientos adversos debidos a una asistencia insegura países de ingresos bajos y medios, lo que contribuye a unos 2,6 millones de muertes al año. Según estimaciones recientes el coste social de los daños a los pacientes puede valorarse entre 1 y 2 billones de dólares al año.

[10] DOF: 16/06/2023 ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes Del Sistema Nacional de Salud, Del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023#gsc.tab=0

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030[11] "Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención sanitaria" es una herramienta invaluable como base de la mejora continua para todo establecimiento que desee participar en la implementación del MUEC, así como el documento eje publicado en el DOF el 16/06/2023 Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017; cada EAM tiene que incorporar en sus reglamentos internos todo lo referente a las AESP, para que de acuerdo con su contexto y características que apliquen, todo el personal lleve a cabo lo que le corresponda acorde a su función y área de adscripción con respecto a las AESP. Por otra parte, es indispensable llevar a cabo y mantener estrategias de difusión, capacitación y seguimiento continuo sobre dichos reglamentos.

2.2.2 Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares

El Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC) es el resultado de la integración de los criterios de evaluación para la acreditación y de los estándares del Modelo de Seguridad del Paciente; lo elabora y expide la CCEAM y se difunde en el portal del CSG como uno de los elementos a considerar para la implementación y monitoreo del MUEC en un EAM.

El CUNCEEC concentra el listado de los Elementos Medibles establecidos para los Criterios y los Estándares; y, se complementa con los Anexos A y B para los segmentos de Servicios de Atención Ambulatoria y Hospitales, respectivamente, los cuales describen el propósito aplicable para la implementación y la autoevaluación y evaluación externa de la Calidad en la atención a la salud de un EAM a través del MUEC.

El CUNCEEC lo elabora y expide la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Medica y se difunde en el portal.

Criterios

Constituyen una descripción precisa de las características o parámetros de infraestructura que deben cumplir los establecimientos u organizaciones para ser valorados en la evaluación de la calidad de la atención médica cuya ponderación determinará el resultado sujeto a dictamen.

[11] Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Documento en internet 116 pp. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705

La infraestructura es entendida como el conjunto de instalaciones, servicios, muebles e inmuebles o cualquier otro activo que esté considerado como necesario o imprescindible para que una organización pueda desarrollar sus actividades básicas o fundamentales y estas se mantengan en funcionamiento. Su diseño y construcción parte de la intersección de muchas disciplinas profesionales.

Según sus características puede ser:

- **Dura**: Determinada como aspectos materiales o físicos de la infraestructura, tales como el inmueble correspondiente al EAM.

- **Blanda**: Es el capital humano que le dan valor agregado a los aspectos físicos de la infraestructura. Ese valor agregado es el conjunto de conocimientos, experiencia, métodos y normativa que optimiza el funcionamiento de la infraestructura dura.

- **Crítica**: Son elementos indispensables para el funcionamiento del EAM. Se trata de sistemas o redes de tanta importancia que su debilitamiento, sabotaje o destrucción amenazan la seguridad del paciente, los cuidadores, los profesionales de la salud y la comunidad. Por ejemplo: los suministros de energía eléctrica.

Los criterios se evalúan de acuerdo a la importancia que tienen para el proceso de atención:

- **Criterios mayores.** Elementos medibles de cumplimiento obligatorio por los EAM. Mismos que se detallan en la sección de infraestructura crítica. Identificados con el símbolo ➲ en el documento.

- **Criterios menores:** Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

Procesos ligados a Infraestructura:

Se componen de elementos contenidos en la infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda y están relacionados con la Red de frío e inmunización, Programas de prevención y detección y Servicios Subrogados.

Estándar

Es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia y se refiere al documento técnico que prevé un uso común y repetido de reglas, especificaciones, atributos o métodos de prueba aplicables a un bien, producto, proceso o servicio.

Los estándares se basan en el diseño y la implementación de procesos seguros, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela, para lo cual es necesario definir parámetros que sirvan como barreras de seguridad; tomado el principio: "la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias".[12]
En el CUNCEEC, los Estándares y los Elementos Medibles, se encuentran correlacionados con las Etapas definidas en el MUEC, que corresponden al nivel de madurez del sistema de gestión de calidad.

En lo que respecta a los elementos medibles de un estándar, son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación.

Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta.

[12] DOF: 01/07/2020. DECRETO por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Disponible en:https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596009&fecha=01/07/2020#gsc.tab=0

3. Proceso para el Registro en el MUEC

3.1 Generalidades del Proceso

3.1.1 Principios del Proceso

Los principios rectores de proceso para el registro son:

Legalidad. Se refiere al reconocimiento de la legalidad como un principio obligatorio, lo que implica que la conducción del proceso se realizará en el marco de la ley, a la vez que promoverá el conocimiento de quienes al interior del establecimiento observan e implementan las medidas que dan cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables, particularmente aquellas que reconocen a los usuarios, como un sujeto de derecho.

Corresponsabilidad. Considera el ejercicio autogestivo que involucra a todo el personal de un EAM para mejorar continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente y en ese sentido, coloca al proceso de registro en el MUEC como una herramienta adicional que permite alinear los trabajos ya existentes con referentes validados y reconocidos por la autoridad.

Eficiencia. El proceso para el registro tendrá una orientación clara, ágil y accesible que promueva esquemas para la utilización responsable de recursos que, eviten la burocracia administrativa y favorezca la capacidad operativa.

Mejora Continua. El proceso para el registro deberá orientar a los EAM, a través de esquemas efectivos de retroalimentación hacia una mejora continua de sus Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, además de incorporar lecciones aprendidas para la evaluación de la calidad con base en instrumentos válidos y confiables.

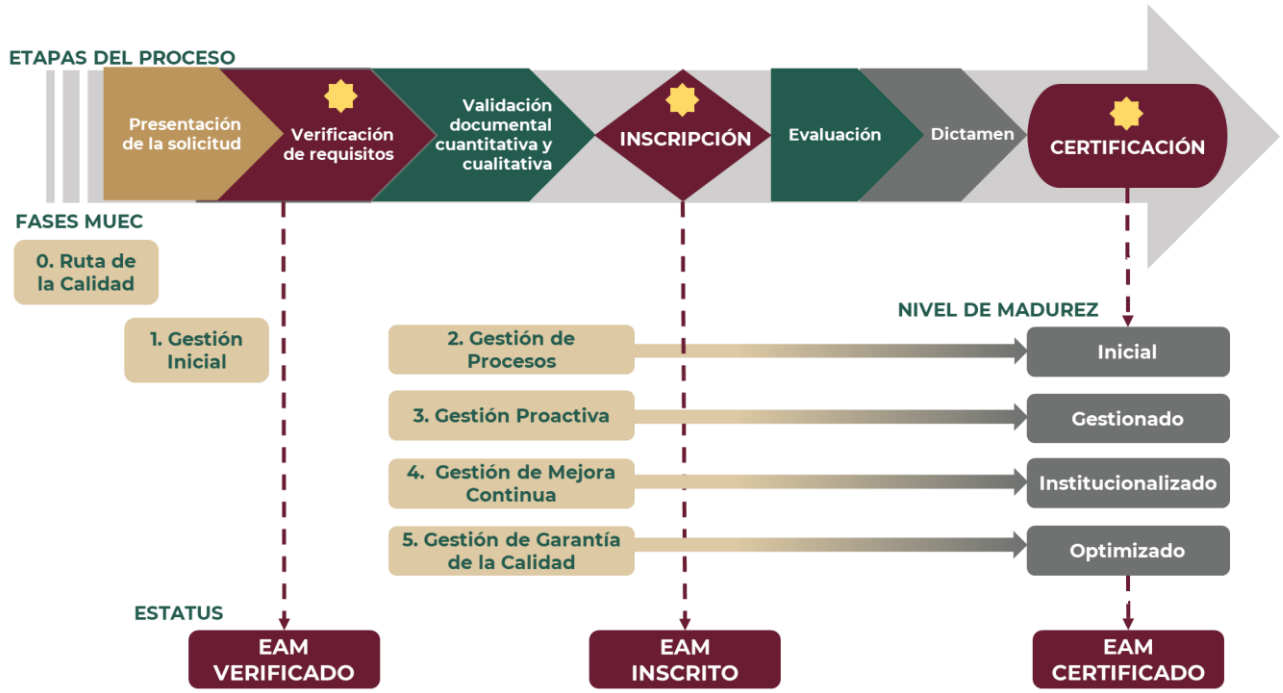
Transparencia. Se refiere a que los criterios y referentes relacionados con las decisiones sobre la procedencia de las solicitudes presentadas por los EAM para el proceso de registro en el MUEC, deberán ser claros y con carácter público, además de informarse a los EAM, evitando actos de discrecionalidad.

3.1.2 Descripción del Proceso

El proceso para el registro en el MUEC tiene por objeto comprobar que los establecimientos de atención médica cumplen con los requisitos, criterios y estándares definidos en el MUEC, conforme a la normativa aplicable, por lo que se realiza a través de verificaciones y evaluaciones progresivas y secuenciadas que permiten a la CCEAM determinar la procedencia que corresponde a las solicitudes presentadas por los EAM.

Este proceso se conforma de siete etapas que se articulan con las cinco fases de implementación del MUEC y con ello con los niveles de madurez asociados a cada fase. La articulación entre etapas del proceso y fases de implementación deriva en la designación de estatus diferentes que permiten diferenciar el grado de avance en el proceso, de acuerdo a la siguiente figura.

Proceso General para el Registro en el MUEC



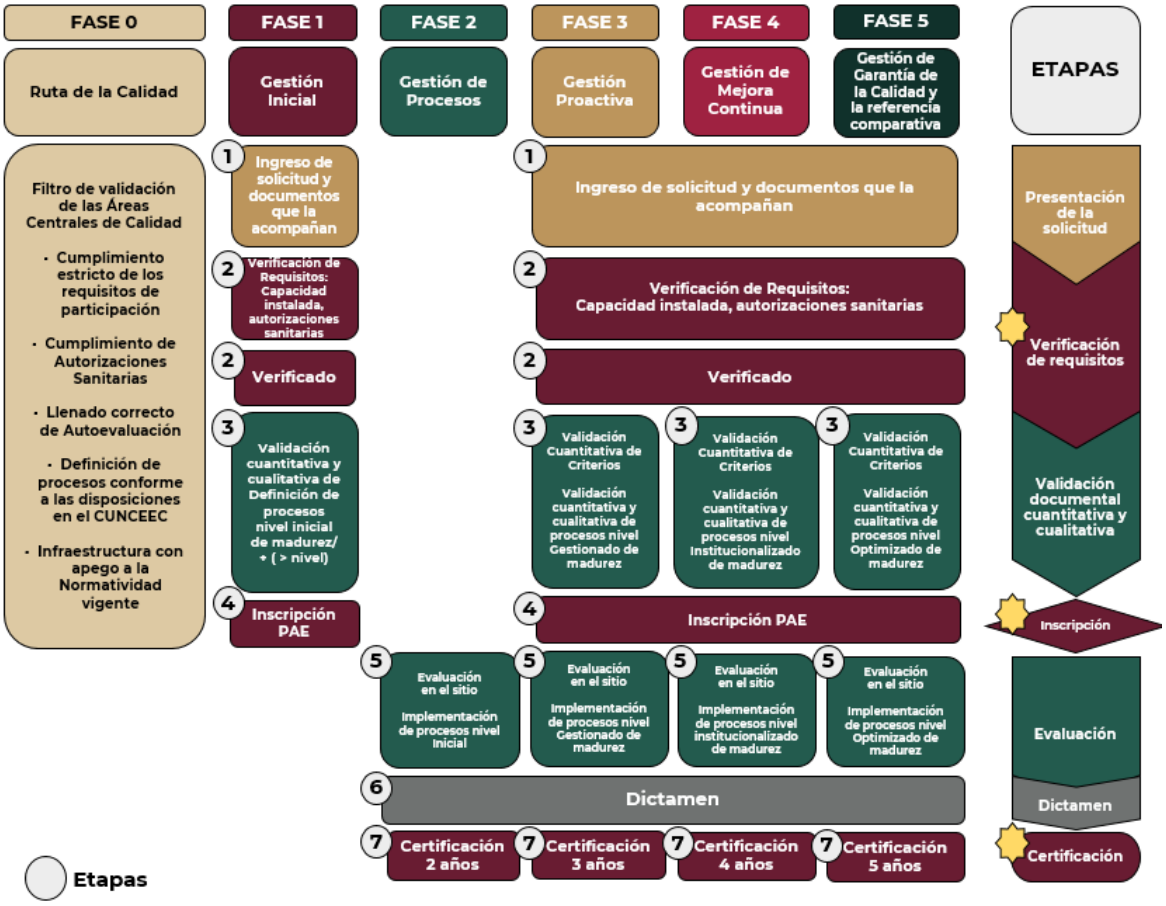
Fuente: Diseño propio: CSG, 2024

Las etapas del proceso inician con la presentación de la solicitud para el registro lo cual, da paso a los procedimientos de verificación de requisitos y validación documental cuantitativa y cualitativa, mismos que condicionan la inscripción del EAM. En caso de

que se determine la inscripción del EAM se procede a la evaluación y dictamen que, en caso de ser favorable, concluye con la certificación.

Las etapas conforman la ruta operativa que el EAM transitará desde la presentación de solicitud de inscripción hasta la obtención de la Certificación de la Fase correspondiente de acuerdo al nivel de madurez que haya demostrado. Representado en la siguiente figura.

Fases y Etapas del MUEC



Fuente: Diseño propio: DGCES, 2024

Las dos primeras etapas del proceso de registro se corresponden con la Fase 1 del modelo, en lo que respecta a la fase con la que aplica el EAM, desde el momento que presenta su solicitud, ésta será un regulador del proceso a partir de la etapa de validación documental cuantitativa y cualitativa ya que, el modelo pretende que dicha validación y en su caso, evaluación (etapa 5) establezcan el cumplimiento diferenciado de criterios y

estándares que validan la atención de calidad en los EAM estableciendo el cumplimiento diferenciado de criterios y estándares que validan la atención de calidad en los EAM.

En caso de que los resultados de la evaluación conduzcan a un dictamen favorable y con ello a la emisión de un certificado, éste deberá señalar la fase específica en la que se certifica al EAM y con ello, el nivel de madurez asociado a dicha fase.

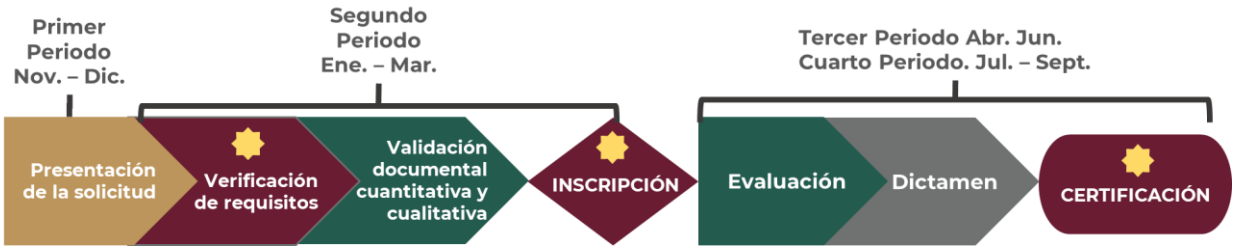
3.1.3 Periodos del proceso

En lo que respecta a la periodicidad contemplada para el proceso y, con el propósito de facilitar una atención oportuna, el calendario operativo correspondiente para el registro, se organiza en periodos, iniciando en el mes de noviembre de cada año para finalizar en el mes de septiembre del siguiente año.

Periodo	Etapa
Primer Periodo noviembre – diciembre	• Presentación de Solicitudes
Segundo Periodo enero - marzo	• Verificación de requisitos* • Validación documental cuantitativa y cualitativa • Inscripción del EAM*
Tercer Periodo abril - junio **Cuarto Periodo** julio – septiembre	• Evaluación • Dictaminación* • Certificación

*Etapas sujetos a la aprobación de la CCEAM cuyas sesiones se realizan conforme a las Normas de Organización y Funcionamiento publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 9 de abril de 2024.

Proceso General para el Registro en el MUEC y los periodos establecidos para su realización



3.2 Requisitos documentales para Solicitar el Registro

Con el propósito de dar inicio al proceso de registro en el MUEC, todo aquel establecimiento cualquiera que sea su denominación fijo o móvil, público, privado o social del SNS que preste servicios de atención a la salud, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, podrá presentar su solicitud para el registro durante el periodo noviembre– diciembre de cada año.

El EAM debe presentar, durante el periodo noviembre - diciembre del ejercicio que corresponda, la solicitud para el registro y los documentos que la acompañen, en la oficialía de partes del CSG, en días y horas hábiles, además de registrar la información ~~a~~ en los medios o herramientas, establecidas por el CSG

Las **instituciones públicas** deben presentar la siguiente documentación:

1. **Oficio** firmado por el representante legal o director del EAM, dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual se indique la razón social, el nombre comercial, ubicación del establecimiento, las razones que motivan la solicitud y listado de la documentación que se entrega, así como los datos y correo electrónico de la persona autorizada para recibir notificaciones, documentos y resoluciones administrativas en medios físicos o electrónicos.

2. **Oficio** firmado por el representante legal o director del EAM, dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual manifieste que el EAM no cuenta con sanciones administrativas o procedimientos abiertos ante la COFEPRIS.

3. **Documento con el que el solicitante acredita la representación legal o su designación como Director del EAM**, copia legible del nombramiento como servidor público señalando las disposiciones jurídicas que lo facultan para tal efecto.

4. **Copia legible de identificación oficial vigente del representante legal o del Director del EAM.** Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte.

5. **Original del formato de carta compromiso** que se difunda en la página de internet del Consejo firmado por el servidor público facultado para cubrir los gastos de concepto de visita de evaluación en sitio.

Las **instituciones privadas** deben presentar la siguiente documentación:

1. **Escrito libre,** preferentemente en hoja membretada firmado por el representante o apoderado legal y dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual se indique la razón social, el nombre comercial, ubicación del establecimiento, las razones que motivan la solicitud y listado de la documentación que se entrega, , así como los datos y correo electrónico de la persona autorizada para recibir notificaciones, documentos y resoluciones administrativas en medios físicos o electrónicos.

2. **Escrito libre,** preferentemente en hoja membretada firmado por el representante legal, dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual manifieste que el EAM no cuenta con sanciones administrativas o procedimientos abiertos ante la COFEPRIS.

3. **Original o copia certificada del documento con el que el solicitante acredite la representación legal.**

4. **Copia de identificación oficial vigente del representante legal** (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte.

5. **Original del formato de carta compromiso** que se difunda en la página de internet del Consejo firmado por el representante o apoderado legal.

Las **instituciones públicas y privadas** deben presentar la siguiente documentación:

6. **Acuse impreso del registro de la solicitud**, realizado en medio digital autorizado por el CSG.

7. Cédula de la Clave Única de Establecimientos de Salud **(CLUES)** con estatus de operación del EAM.

8. **Copia legible de las Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Responsable Sanitario,** vigentes, según corresponda a la normatividad, de los servicios propios y subrogados que otorga el establecimiento de atención médica.

9. **Declaración de Infraestructura Dura y Blanda en el formato de autoevaluación. autorizado por el CSG,** el cual deberá presentarse en medio digital en versión editable**,** respetando el formato original y registrando la totalidad de las respuestas en los apartados correspondientes a infraestructura dura y blanda.

3.3 Procedencia de la Solicitud

El proceso para el registro contempla tres etapas a partir de las cuales se comprueba de manera gradual y progresiva que los EAM cumplen con los requisitos, criterios y estándares definidos en el MUEC, su relevancia radica en que, preceden a la aprobación de la CCEAM para determinar la continuidad o baja de la solicitud en el proceso y determinan la designación de un estatus para diferenciar el avance de la solicitud.

Proceso General para el Registro y los estatus de procedencia a lo largo del proceso

Los estatus de aprobación correspondientes a cada etapa, en caso de determinarse la continuidad de la solicitud en el proceso de registro son: Verificado, Inscrito y Certificado.

Etapas y estatus de aprobación para la continuidad del EAM en el proceso de registro

Etapa	Alcance	Estatus EAM
2.- Verificación de requisitos	El EAM opera conforme al marco legal aplicable.	**Verificado**
3.- Validación documental cuantitativa y cualitativa	El EAM cuenta con una definición de procesos acorde con un nivel de madurez verificable.	**Inscrito**
5.- Evaluación	El EAM comprueba el cumplimiento de criterios y estándares acordes a un nivel de madurez.	**Certificado**

3.3.1 Verificación de requisitos

Consiste en la verificación de los requisitos documentales descritos en el apartado 3.2 y tienen como propósito comprobar que el EAM opera conforme al marco de legalidad que le aplica. En caso de cumplimiento, se designará el estatus de Verificado.

Durante esta etapa, la entidad evaluadora solicita a la COFEPRIS, verificar el estatus del EAM en lo que refiere a las autorizaciones sanitarias y procedimientos abiertos.

Los requisitos para su cumplimiento son:

- El EAM presenta toda la documentación requerida en la solicitud para el registro, en términos de lo establecido en el MUEC y demás disposiciones aplicables.
- La información declarada por el EAM en la solicitud de registro es consistente con la información contenida en los requerimientos documentales.
- El EAM cuenta con todas las autorizaciones sanitarias vigentes, que corresponden a los servicios propios y subrogados que otorga.
- El EAM no cuenta con procedimientos administrativos abiertos o sanciones de inhabilitación ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
- El EAM declara por medio del formato de autoevaluación, autorizado por la entidad evaluadora, las condiciones de infraestructura.

En caso de omisión de alguno de los requisitos, la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión prevendrá al solicitante para que subsane las omisiones, dentro del término de quince días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente de la fecha en que se le haya notificado la prevención en forma física o por medios electrónicos, apercibido de que, en caso de no dar cumplimiento, se tendrá por no presentada la solicitud.

Una vez desahogada la prevención, la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión dispondrá de hasta cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente de su recepción, para efectuar la revisión y valoración de la documentación, a efecto de determinar si procede dar trámite a la misma.

3.3.2 Validación documental cualitativa y cuantitativa

Tiene como propósito definir el nivel de madurez que el EAM ha alcanzado en los procesos relacionados con la atención médica y seguridad del paciente; para su realización, el EAM con estatus de verificado, presenta la autoevaluación de estándares y todos los documentos comprobatorios que acrediten la existencia de procesos documentados para cada uno de los estándares que le apliquen, establecidos en el CUNCEEC.

En caso de cumplir con los requisitos se emite un oficio que ampara la Inscripción al MUEC y que da acceso a la etapa de evaluación, lo cual **no significa** que el establecimiento de atención médica ya se encuentre certificado.

Todos los EAM con estatus de inscrito serán parte del Programa Anual de Evaluación a cargo de la entidad evaluadora.

Los requisitos para cumplir la validación cualitativa y cuantitativa son:

Respecto al formato de Autoevaluación:

- Su formato es el oficial y vigente emitido por el CSG
- Su estructura está completa y no tiene modificaciones o alteraciones
- Corresponde al tipo de EAM (ambulatorio u hospital)
- Cumple con registro de calificaciones en la totalidad de los elementos medibles, al menos, hasta la etapa 2 del MUEC, conforme a la escala establecida por la entidad evaluadora
- Cumple con la declaratoria completa de capacidad instalada del EAM de acuerdo con el CUNCEEC, solicitud para el registro y apartados aplicables de la autoevaluación: 1. Infraestructura con la que cuenta, 2. Mobiliario, 3. Equipamiento, 4. Tipo de Recurso Humano con el que cuenta, 5. Abasto de medicamentos e insumos
- Cumple con una calificación mínima de 80

Respecto a la Definición de Procesos ligados a estándares (documentación comprobatoria):

- La documentación está completa, de acuerdo a la etapa y nivel de madurez en que participa, iniciando al menos en fase 2.
- Los documentos contienen:
  - Título del proceso
  - Fecha de emisión
  - Fecha de edición y/o revisión actual
  - No. De páginas
  - Persona que autorizo
  - Identificación del establecimiento
- Los procesos son acordes a los propósitos de todos los estándares de acuerdo a la etapa declarada en la autoevaluación.
- Los procesos cumplen con su contexto, condiciones del EAM y tipo de pacientes que atiende, sin que sean procesos genéricos o idénticos a los presentados por otros EAM, corporativos o grupos de atención a la salud.
- Se verificará que, a la fecha de elaboración del documento, tenga un mínimo de 4 meses implementado a la fecha de realizar el registro. Se calificará como “No Aplica” (NA) sólo cuando el proceso no sea aplicable a el EAM por el tipo de servicios que presta.
- En el caso de la Integración y Desarrollo de los Sistemas Críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente”, no se aceptará la calificación: “No Aplica” (NA).

3.3.3 Evaluación

La entidad evaluadora integrara el Programa Anual de Evaluación (PAE) a partir de la lista de EAM inscritos con la finalidad de programar la evaluación por medio de visitas presenciales o en la modalidad que corresponda, de acuerdo con la metodología aprobada, pudiendo hacer uso de las tecnologías de información y comunicación.

La evaluación tiene como propósito verificar de manera cualitativa el cumplimiento e implementación de los procesos documentados, mismos que fueron revisados

durante la etapa de validación cuantitativa y cualitativa y que atiende a una fase y nivel de madurez específico en la implementación de un sistema de gestión de la calidad.
La selección, capacitación y evaluación del desempeño de las personas evaluadoras de la calidad en los establecimientos de atención médica se realiza con apego a los Lineamientos aprobados por la CCEAM para esos efectos.

Para realizar la evaluación, la Entidad Evaluadora establece contacto con los EAM, con el propósito de acordar la logística, y comunica por escrito, la designación del grupo evaluador, las fechas y la agenda de la visita.

El grupo evaluador valida la veracidad de la información presentada por los EAM, así como la demás de que señala en esta Etapa; verifica el funcionamiento de la capacidad instalada declarada previamente y que los procesos definidos estén implementados con base en los criterios y estándares.

El grupo evaluador identifica los hallazgos, resultados y observaciones resultantes del proceso de evaluación y suscriben en tres tantos el Informe de Evaluación, junto con el director o representante legal del EAM.

En esta misma Etapa, de acuerdo con las evidencias, el grupo evaluador podrá determinar el grado de avance en la implementación de procesos y sistemas, definiendo si corresponde al nivel de madurez en que es evaluado el EAM o si el tipo de evidencias lo ubican en un nivel de avance de mayor complejidad.

Es importante señalar que, la persona titular de la Presidencia de la Comisión, podrá autorizar y designar a personas, de entre su personal adscrito, para llevar a cabo visitas de supervisión aleatorias, las cuales podrán realizarse durante los procesos de evaluación.

Los resultados obtenidos se registrarán en el Informe de Evaluación el cual deberá obrar en los archivos del EAM, la Entidad Evaluadora y la Secretaría del Consejo de Salubridad General.

3.4 Dictamen

Los EAM evaluados de acuerdo con el Programa Anual de Evaluación, son sujetos de dictamen.

Para dictaminar una solicitud y, en su caso, emitir el certificado correspondiente, la CCEAM debe contar con el informe de evaluación del EAM, conforme a lo establecido en el MUEC y, en su caso, la información adicional que requiera y que podrá solicitar en términos de las Normas de Organización y Funcionamiento.

Los requisitos para un dictamen favorable son:

- Disponer del informe de evaluación, documentos e instrumentos que documenten los resultados de la evaluación, los responsables de su realización y las condiciones en las que se realizó la evaluación.
- Un resultado con calificación mínima de 80.
- El cumplimiento de criterios mayores y estándares indispensables.

En los casos en que la CCEAM emita un dictamen de no procedencia de una solicitud, se informa al solicitante, por medios escritos o electrónicos, señalando y fundando las razones del mismo.

La CCEAM dictamina las solicitudes, preferentemente, en los meses de julio y octubre de cada ejercicio o conforme a lo dispuesto en sus Normas de Organización y Funcionamiento.

3.5 Certificación

El certificado de calidad se obtiene cuando los resultados de la evaluación comprueban que el sistema de gestión de la calidad y seguridad del paciente cumple con los criterios y estándares asociados a una fase y nivel de madurez.

Una de las características más destacadas del certificado es su perspectiva basada en procesos y la eficiencia en la gestión de aspectos de riesgo que repercuten en la seguridad del paciente.

El reconocimiento otorgado por el CSG, es un logro significativo para cualquier EAM, y su vigencia es específica, de acuerdo a la fase y nivel de madurez comprobado a través de los procesos de evaluación.

Vigencia del Certificado de acuerdo con la Fase de Implementación y el Nivel de Madurez comprobado durante la evaluación al EAM

Fase de Implementación	Tipo de Gestión	Nivel de Madurez de Procesos	Vigencia en años del Certificado
2. Por procesos	Verificación de la Implementación	Inicial	**2**
3. Proactiva	Acciones preventivas y correctivas	Gestionado	**3**
4. Mejora Continua	Cultura de Calidad	Institucionalizado	**4**
5. Garantía de la Calidad y Referencia Comparativa	Resultados de valor	Optimizado	**5**

La vigencia determinada de acuerdo a cada fase y nivel de madurez, pretende que, durante este tiempo, el EAM realice un seguimiento periódico y autogestivo para mantener y mejorar el cumplimiento de criterios y estándares que lo promueva a un nivel de madurez subsecuente.

3.5.1 Renovación del Certificado

La renovación del certificado es un proceso que implica una evaluación para comprobar que el EAM ha mantenido o mejorado el nivel de cumplimiento de los criterios y estándares de acuerdo a su fase y nivel madurez.

Con el propósito de impulsar que el Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del EAM se desarrolle hacia fases subsecuentes, la renovación de certificados de fases 2, 3 y 4 podrá realizarse por una ocasión, mientras que no habrá límite de renovaciones para los certificados de fase 5.

Fase de Implementación	Nivel de Madurez de Procesos	Vigencia en años del Certificado	Número de renovaciones posibles
2. Por procesos	Inicial	**2**	**Máximo 1**
3. Proactiva	Gestionado	**3**	**Máximo 1**
4. Mejora Continua	Institucionalizado	**4**	**Máximo 1**
5. Garantía de la Calidad y Referencia Comparativa	Optimizado	**5**	**Sin límite**

3.5.2 Revocación del Certificado

La CCEAM podrá revocar una Certificación, en los siguientes casos:

- Cuando las autorizaciones sanitarias otorgadas al establecimiento de atención médica no se encuentren vigentes;
- Por incumplimiento grave a las disposiciones de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones generales aplicables;
- Cuando le sean impuestas sanciones administrativas, medidas de seguridad preventivas, cautelares o correctivas impuestas por autoridades sanitarias;

- Cuando resulten falsos los datos o documentos proporcionados, que hubieren servido de base a la autoridad sanitaria, para otorgar la certificación;

- Cuando los establecimientos de atención médica dejen de reunir las condiciones o requisitos bajo los cuales se hayan otorgado la certificación, y

- Las demás que, por su gravedad, pongan en riesgo la calidad en la atención médica y la seguridad del paciente.

La resolución correspondiente se da a conocer al establecimiento de atención médica, en forma física o por medios electrónicos.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079

Calidad de la atención: un proceso para tomar decisiones estratégicas en los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. (2006). Documento en internet 38 pp. Disponible en : https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470

57° CONSEJO DIRECTIVO. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la calidad de los servicios de salud 2020- 2025". Documento en Internet 34 pp. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/cd57-es/CD57-10-s-promocion-salud.pdf

Estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, Edición 2018. Documento en Internet 318 pp. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/14.2_Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf

Fernández Cantón S.B. Una aproximación a la seguridad del paciente en el primer nivel de atención. Reflexiones de Salud. Boletín CONAMED No. 23, marzo-abril 2019.

Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Grupo de investigación en Segundas y Terceras Víctimas (2015). Documento en Internet 55 pp. Disponible en https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/docs/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf

Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente. DGCES. Documento en internet 14pp. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29530/seguridadPaciente_05.pdf

Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. WHO. 2018. Documento en internet 88 pág. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49549/9789241565561_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo, enero de 2009. World Health Organization. Patient Safety. Documento en Internet 160 pp. Disponible en: Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf

Miranda-Pérez Y. Actores sociales, su papel en el campo de la salud. MediSur, vol. 6, núm. 1, 2008, pp. 63-70 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298010

OPS/OMS. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas. Documento en

Internet 48 pp. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americ as-OPS.pdf

OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Documento en Internet 154 pp. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&i sAllowed=y

OMS. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la secretaría. Documento en Internet 14 pp. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39- sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Servicios de Salud de Calidad. Guía de Planificación. OMS 2020/OPS 2022. Documento en Internet. 71 páginas. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terol, Hamby, Minue. Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam 2001; 11:47-54. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n2/articuloespecial.PDF

ANEXO 1. CONCEPTOS/DEFINICIONES

Acceso
Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita.[13]

Acceso efectivo
Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el goce de los servicios públicos de atención integral a la salud.[14]

Accesibilidad
El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio. [15]

Actores
En el caso específico del sector salud, la participación social, siguiendo el concepto de la OPS, se entiende como "la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.[16]

Asistencia Sanitaria
Según la OMS la asistencia sanitaria engloba todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud de las personas, incluyendo intervenciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, tanto dirigidas individualmente a personas, como a conjuntos de personas e, incluso, a la generalidad de la población de un país.[17]

Atención centrada en las personas
De acuerdo a IOM/NAM, 2015, es el cuidado diseñado con la participación del paciente para garantizar que sus necesidades, preferencias y valores sean satisfechos de manera oportuna, conveniente y coordinada; incluye establecer las metas y las opciones de cuidado del paciente de manera explícita y en conjunto; se requiere una evaluación constante para asegurar que el plan de cuidado corresponda con las metas del paciente [18]

[13] DOF: 25/10/2023 ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Documento en Internet 120 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
[14] IDEM Referencia 1 MAS-Bienestar
[15] Fajardo-Ortiz G. Diccionario terminológico de administración de la atención médica. México: Salvat; 1983.
[16] Miranda-Pérez Y. Actores sociales, su papel en el campo de la salud. MediSur, vol. 6, núm. 1, 2008, pp. 63-70 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298010
[17] Beltrán Aguirre J.L. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Catedra de Derecho y Genoma Humano. Página Wb. Disponible en: https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/20
[18] Salazar H.A.M. Diagnóstico de los estándares de atención centrada en la persona de la organización planetree: en el servicio de ginecobstetricia del hospital general de Medellín, 2021. Documento en internet 57. Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/22404/2/SalazarAna_2021_AtencionCentradaPersona.pdf

Atención centrada en la persona

Es la forma de entender y practicar la sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales.[19]

Atención continua

Involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud dentro del sistema de salud. Está orientado a un problema. Mediante la continuidad de la atención se ofrece un seguimiento de un problema de salud del individuo. No requiere una relación estrecha médico-paciente. Su presencia en el tiempo se genera si existe un problema y esta puede ser de dos o más visitas (OMS, 2008).[20]

Atención integral

Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada(OPS,2008).[21]

Atención integrada

La atención integrada se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesionales de salud (“seguimiento clínico”) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud (“seguimiento de los registros”) (OMS, 2008). [22]

Atención Médica

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud[23]

Atención oportuna

Consiste en reducir el tiempo de espera y las demoras, a veces perjudiciales, tanto para los que reciben como para los que prestan la asistencia (OPS/OMS, 2022).[24]

[19] Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079
[20] Serie La renovación de la atención primaria de salud en las américas. No. 1 Sistemas de Salud Basadas en la Atención Primaria. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Documento en Internet 46 pp. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31333/9789275332627-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y
[21] IDEM Referencia 20 Serie la renovación de la Atención...
[22] IDEM Referencia 20 Serie la renovación de la Atención...
[23] Fracción I del artículo 7, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
[24] Servicios de Salud de Calidad. Guía de Planificación. OMS 2020/OPS 2022. Documento en Internet. 71 páginas. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Atención de consulta ambulatoria
Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos para la atención médica, fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados.[25]

Atención hospitalaria
Aquella que se presta a pacientes para recibir asistencia médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad Médica. [26]

Atención primaria a la salud (APS)
Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».[27],[28]

Buena Práctica
Es una experiencia o intervención que ha generado un resultado, que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas, en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros de promoción de la Salud; experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud.[29]

Calidad de la atención[30]
Es el grado en que los servicios de salud, para las personas y las poblaciones, aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se centra en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser:

Eficaz, proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan;

[25] DOF: 09/07/2020. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Documento en internet 13 pp. Disponible en : https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020&print=true
[26] DOF: 30/11/2012 NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Numeral 4.1. Documento en internet 25 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0
[27] OMS y UNICEF. Una visión para la atención primaria de salud en el siglo XXI: hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en : https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065
[28] Atención primaria de salud. OMS-OPS 1ero. abril 2021. Página web. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20garantiza%20a%20las%20personas%20una,posible%20de%20sus%20lugares%20habituales.
[29] IV Concurso "Apoyo a buenas prácticas en el modelo de atención integral familiar y comunitario en la atención primaria de salud" Dpto. de Gestión de Atención Primaria de Salud. Servicios Salud Talcahuano. MINSAL. Documento en internet 13 pp. Disponible en: http://www.sstalcahuano.cl/wp-content/uploads/2018/05/BASES-PROGRAMA-BUENAS-PRACTICAS-SST-2018-2017.pdf
[30] OMS. Temas de Salud. Calidad de la atención. Página Web. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Seguro, evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado, y centrado en las personas; proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales;

Oportuno, reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos;

Equitativo, proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica; Integrado – proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida;

Eficiente, maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio.

Certificación de la calidad en la atención medica

Es el proceso que reconoce a los EAM, que participan y cumplen con los criterios y estándares definidos para evaluar la calidad en la atención médica, con énfasis en la seguridad del paciente en un marco de mejora continua.[31],[32]

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM)

Es un órgano colegiado al que le corresponde proponer los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictaminar sobre los resultados de la evaluación y presentarlos al CSG.[33]

Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

De acuerdo al Banco Mundial, el concepto de CSU implica garantizar que las personas accedan a los servicios médicos que necesitan sin que esto les genere dificultades financieras. Es un elemento clave para lograr los objetivos del Grupo Banco Mundial (GBM) de poner fin a la pobreza extrema e incrementar la equidad y la prosperidad compartida, y como tal es el motor que impulsa todas las inversiones que la institución destina a los sectores de salud y nutrición.[34]

Continuidad de la atención

Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.[35]

[31] Disposiciones Generales para el Proceso de Certificación, marzo 2023. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) Secretaría Técnica de la CCEAM del CSG. Documento en internet 40 pp.
[32] Consejo de Salubridad General. ACUERDO para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Artículo SEGUNDO inciso d). Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008.
[33] Ídem referencia 31. Disposiciones Generales para …
[34] Cobertura Sanitaria Universal. Banco Mundial. Actualización mayo 19, 2021. Página Web. Disponible en: https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#:~:text=El%20concepto%20de%20cobertura%20sanitaria,esto%20les%20genere%20dificultades%20financieras
[35] IDEM Referencia 3 MAS-Bienestar

Criterios
Son los requisitos para la Certificación definidos en el MUEC para la evaluación de la calidad de la atención médica cuya ponderación determinará el resultado para la emisión del dictamen de Certificación. Se clasifican en:

Criterios de calidad: aquellas estrategias que se implementan con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados.

Criterios de capacidad: elementos asociados a recursos humanos, materiales y financieros, considerados en la normatividad vigente y demás disposiciones jurídicas aplicables a la prestación de los servicios de atención médica.

Criterios de seguridad: elementos en materia de reducción del riesgos y daños innecesarios relacionados con la atención médica.

Criterios menores: elementos de medición ponderables, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

Criterios mayores. elementos de medición indispensables que deben ser cumplidos por el EAM para la obtención del Dictamen correspondiente.

Cultura Organizacional hacia la calidad
Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento, individuales y colectivos, que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. [36]

Dictamen de Certificación
Documento de resultado emitido por CCEAM, acorde a los informes de evaluación, calificaciones y reglas de decisión.

Elemento Medible
Los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta.

[36] Parker DM and Hudson P. A Framework for understanding the development of organizational Safety Culture. Safety Science. 2006. 44(6): 551-62. Disponible en: https://www.academia.edu/19979449/A_framework_for_understanding_the_development_of_organisational_safety_culture

Entidad Evaluadora
El Consejo de Salubridad General o la dependencia o entidad, de carácter federal o local, que coadyuve con dicho Consejo, para llevar a cabo el proceso de certificación establecido en el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, en término de las bases o convenios que se suscriban para tal efecto.

Establecimiento de atención médica (EAM)
Todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos.[37]

Estándar
De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia, así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.[38]

De acuerdo a la Ley de Infraestructura de la Calidad, lo define como aquel documento técnico que prevé un uso común y repetido de reglas, especificaciones, atributos o métodos de prueba aplicables a un bien, producto, proceso o servicio, así como aquéllas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado, etiquetado o concordaciones.[39]

Estandarización de Procesos
Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por la organización para el desarrollo de un Estándar.

Estándares Indispensables
Elemento definido como obligatorio para procesos que se medirán o valorarán como imprescindibles, ya que no contar con ellos, implica un alto riesgo en la seguridad de los pacientes.

Evaluador/a
Persona designada por la autoridad sanitaria con el propósito de evaluar en el marco del MUEC al EAM a fin de Certificar el cumplimiento de los criterios y estándares del CUNCEEC

Evaluación continua
Es aquella que permite evaluar todo el proceso de difusión, capacitación e implementación a partir de monitorear las actividades para asegurarse de que se lleven a cabo de acuerdo con lo planificado y corregir cualquier desviación significativa. Es un sistema de información que permite comparar los planeado con los resultados obtenidos a través de la gestión, adoptando las medidas correctivas pertinentes en caso de detectarse desviaciones significativas.[40]

[37] Fracción III del artículo 7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica. Última actualización DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
[38] Definición de estándar. RAE. Página web. Disponible en : https://dle.rae.es/est%C3%A1ndar
[39] Ley de Infraestructura de la Calidad. Texto vigente. DOF-01-07-2020. Documento en internet 63 pp. Disponible en : https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LICal_010720.pdf
[40] Jara, E. El control en el proceso administrativo. (2009) Documento en internet 19 pp. Disponible en: https://www.academia.edu/29995190/EL_CONTROL_EN_EL_PROCESO_ADMINISTRATIVO

Gobernanza [41]
Es la participación de distintos actores, tanto gubernamentales como no gubernamentales con el fin de preservar y cuidar la salud de las personas.

La Gobernanza para la salud requiere de un conjunto sinérgico de políticas, muchas de las cuales residen en sectores distintos al de la salud por lo que necesitan del desarrollo de nuevas estructuras y mecanismos que faciliten la colaboración entre los participantes, el gobierno y los actores no gubernamentales.

El carácter multidimensional y multicausal de la compleja problemática de salud que estamos viviendo en el México de hoy, hace necesaria una respuesta integrada a partir de hacer de la salud un objetivo común del gobierno y la sociedad.

Modelo Único
Es aquel que contiene el proceder que deberá de constituir y situar el funcionamiento y operación, mediante el establecimiento de directrices, lineamientos y principios rectores que permitan homologar, regular y coordinar la intervención y actuación de las y los servidores públicos responsables de ejecutar las acciones de evaluación de la calidad en la atención médica.[42]

MUEC
Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

Norma Oficial Mexicana (NOM)
La técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el Art. 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación[43]

Proceso
Un proceso es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales, coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado. Se estudia la forma en que el servicio diseña, gestiona y mejora sus procesos (acciones) para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente a sus usuarios y otros grupos de interés. [44]

---

[41] Nissan Schoenfeld, Esther "Hacia un nuevo modelo de gobernanza para la promoción de la salud" Revista Buen Gobierno No. 26. Enero – junio 2019 Fundación Mexicana de Estudios Políticos y Administrativos A.C. México. Documento en internet 18 pp. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/5696/569660606002/569660606002.pdf
[42] Prontuario del Modelo único de atención Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México. Documento en internet 64 pp. Disponible en: https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/ProntuarioMUA.pdf
[43] Presidencia de la República. Ley Federal sobre Metrología y Normalización. DOF, 30 de abril de 2009. Documento en internet 48 pp. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/107522/LEYFEDERALSOBREMETROLOGIAYNORMALIZACION.pdf
[44]. Capítulo 5: Procesos. Universidad de Jaén. Documento en internet, 4 pp Disponible en: https://www.ujaen.es/servicios/archivo/sites/servicio_archivo/files/uploads/Calidad/Criterio5.pdf

Proceso de Evaluación de un EAM
Proceso sistemático que se lleva a cabo en los EAM que cumplen con los requerimientos definidos en el MUEC, con el propósito de obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a la implementación de los criterios y estándares del CUNCEEC, y con ello determinar el grado de su cumplimiento en el marco de la mejora continua. A partir de la información obtenida se puede, además de orientar a los EAM en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

Ponderación Final Aprobatoria
Calificación resultante de la evaluación de la totalidad de los elementos, una vez que se ha concluido la evaluación al EAM, la cual deberá ser como mínimo a 80%.

Proceso de evaluación de un EAM
Proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a los criterios y estándares del CUNCEEC, dirigida a determinar su grado de madurez y cumplimiento además de orientar a la organización en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

Programa Anual de Evaluación (PAE)
Planificación ordenada de EAM que han aprobado la etapa de Validación Documental Cuantitativa y Cualitativa y que serán evaluados por la autoridad sanitaria en el MUEC.

Recursos Humanos Competentes
Incluyen a los proveedores de los servicios de salud, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo de manera suficiente. Deben poseer los conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. (modificado OMS, 2007)[45]

Seguridad del paciente.
Atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.[46]

[45] OPS/OMS. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas. Documento en Internet 48 pp. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
[46] Día Mundial de la Seguridad del Paciente, un recordatorio para mejorar la calidad de la atención sanitaria. AMIF. Septiembre 18, 2019. Página Web. Disponible en: https://amiif.org/dia-mundial-de-la-seguridad-del-paciente-un-recordatorio-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-sanitaria/

Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para

Unidades de Hemodiálisis

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobierno de México | Salud Secretaría de Salud | CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para Unidades de Hemodiálisis

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de este documento, siempre que se cite la fuente conforme a la siguiente referencia:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para Unidades de Hemodiálisis*. 1a. Edición. Ciudad de México, México, 2025.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Secretaria del Consejo de Salubridad General
Dra. Patricia Elena Clark Peralta

Vocales Titulares:
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría del Bienestar
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Servicios de Salud del Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Petróleos Mexicanos
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ÍNDICE

I. PRÓLOGO 6

II. MARCO JURÍDICO 7

III. ABREVIATURAS 13

IV. INTRODUCCIÓN 16
A. PROPÓSITO DEL MANUAL 16
B. ALCANCE DEL MANUAL 16
C. ENFOQUE DE AUDITORÍA Y NIVELES DE MADUREZ 16
D. EJES ESTRUCTURALES Y ESTÁNDARES 17
E. CRITERIOS DE AUDITORÍA 19
F. DISTINCIONES POR BUENAS PRÁCTICAS CON IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD 21

V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN 23
A. RECEPCIÓN 23
B. REGISTRO 25
C. VALIDACIÓN NORMATIVA 26
D. PREAUDITORÍA 27
E. AUDITORÍA 29
F. DICTAMÉN 30
G. SEGUIMIENTO 31
H. SITUACIONES NO PREVISTAS 31

VI. EJE ESTRUCTURAL: LIDERAZGO Y GOBERNANZA 32
A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN 34
B. GOBERNANZA INSTITUCIONAL 41
C. TRANSPARENCIA 55
D. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL 60

VII. EJE ESTRUCTURAL: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN 74
A. GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN INSTITUCIONAL 76
B. GESTIÓN DOCUMENTAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN 88
C. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 96
D. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN 101

VIII. EJE ESTRUCTURAL: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS . 108
A. PLANEACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROCESOS 112
B. GESTIÓN DE RECURSOS 158
C. GESTIÓN DE RIESGOS 220

IX. EJE ESTRUCTURAL: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO 262
A. VALORACIÓN. 265
B. DIAGNÓSTICO 290
C. EVALUACIÓN 300
D. INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO 304
E. EGRESO 359

SIN VALIDEZ OFICIAL

F. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN 362

X. EJE ESTRUCTURAL: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD 375
A. MEJORA CONTINUA 377
B.SISTEMA DE SALUD 413

XI. DEFINICIONES OPERATIVAS 422

XII.HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN 444
A. ANTECEDENTES 444
B. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN 447
C. SOBRE LA PORTADA DEL MANUAL DEL MOCEBPASS 447
D. MODELO DE MEJORA CONTINUA (PHVA) 448

XIII. AUTORES 449

XIV. BIBLIOGRAFÍA 453

XV.ANEXOS 455
ANEXO 1. AUTOEVALUACIÓN 455
ANEXO 2. GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN 473
ANEXO 3. LINEAMIENTOS PARA LA REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, (A) DOCUMENTOS, (B) AVISOS Y LICENCIAS SANITARIAS, (C) DATOS DE CONTACTO y (D) DATOS DE OPERACIÓN. 475
ANEXO 4. GUÍA PARA LA ELECCIÓN DEL MANUAL DEL MOCEBPASS 485
ANEXO 5. REQUISITOS DE PREAUDITORÍA 486

SIN VALIDEZ OFICIAL

I. PRÓLOGO

El Proceso de Certificación a lo largo de 25 años ha tenido una participación relevante de instituciones públicas, sociales y privadas; con cambios importantes en los procesos, siempre tomando de base las mejores prácticas documentales de procesos o de resultados que permitan guiar a las instituciones hacia la excelencia.

Desde la primera edición, con la creación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), pasando por la homologación con los estándares de Joint Commission International (JCI) en 2009 y posteriormente con la fusión del proceso de acreditación que creó el Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), hasta la fecha se logró la certificación de 2,179 establecimientos y se condicionó una oportunidad para tomar buenas prácticas no solo de los modelos, sino también de lo publicado a nivel mundial.

El Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud (MOCEBPASS) es el resultado de la participación de instituciones públicas, sociales y privadas que tienen en su vida diaria buenas prácticas implementadas y replicables a nivel nacional; de aquellas que cada modelo ha heredado y como proceso de mejora continua del mismo modelo.

Esperamos desde el Consejo de Salubridad General que aquellas instituciones que no puedan inscribirse de inmediato, les sirva para mejorar la atención médica de los pacientes que reciben en sus instalaciones.

Dra. Patricia Clark

SIN VALIDEZ OFICIAL

II. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 y sus reformas.

LEYES

- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 1994 y sus reformas.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2025 y sus reformas.
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2025 y sus reformas.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011 y sus reformas.

REGLAMENTOS

- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, y sus reformas.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2025 y sus reformas.
- REGLAMENTO Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre de 2023 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2014 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus reformas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- REGLAMENTO de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley Federal de Protección al Consumidor, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 diciembre de 2019 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Protección Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de mayo 2014 y sus reformas.

ACUERDOS

- ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 08 de septiembre de 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 junio 2023 y sus actualizaciones.
- ACUERDO por el que se crea la Comisión lnterinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de septiembre de 2012 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se establece el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 2025.

NORMAS

- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 2025.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2010 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de julio 2010 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de julio de 2020 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de marzo de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014, Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral-Reconocimiento, evaluación y control, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2014 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de mayo de 2023 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2024, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 2025 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2015, Sistema armonizado para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de octubre de 2015 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011: Constitución de comisiones de seguridad e higiene, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de abril de 2011 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2015 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de agosto de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, publicada en el Diario Oficial de la Federación 4 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009: Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2009 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2022 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de 2018 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS-2018, Factores de riesgo ergonómico en el Trabajo-Identificación, análisis, prevención y control. Parte

SIN VALIDEZ OFICIAL

1: Manejo manual de cargas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2018 y sus actualizaciones.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de septiembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2017 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA-2023, En materia de Certificación de la Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de febrero de 2024 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2008 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2017 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2006 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de octubre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de marzo 2011 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de marzo de 2010 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012 y sus actualizaciones.

OTRAS

- Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), publicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2019 y sus actualizaciones.
- Programa Hospital Seguro, publicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2016 y sus actualizaciones.
- Lineamientos Técnicos Operativos del Comité de Calidad y Seguridad En El Paciente (COCASEP), emitidos por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en la Ciudad de México, México, 2022.
- Instrucción 197/2009 Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), SI Calidad, emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Modelo de Gestión de la Calidad en Salud. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Sistema Unificado de Gestión, emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- AVISO por el que se dan a conocer las ligas electrónicas para consulta de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de julio de 2025.
- Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias con consultorio adyacente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ACR	Análisis de Causa Raíz
AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
AMD	Atención Médica a Distancia
AMEF	Análisis del Modo y Efecto de la Falla
AAP	Acontecimiento Adverso Potencial
ARCO	Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición
CCEAM	Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CEDis	Certificados Electrónicos de Discapacidad
CEVADECE	Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CLUES	Clave Única de Establecimientos en Salud
CNFV	Centro Nacional de Farmacovigilancia
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CSG	Consejo de Salubridad General
CUNCEEC	Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
EAM	Establecimiento de Atención Médica
ECE	Expediente Clínico Electrónico
EPP	Equipo de Protección Personal
ESA	Erythropoiesis Stimulating Agents
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
HBsAg	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HDS	Hojas de Datos de Seguridad
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
ISO	International Organization for Standardization

SIN VALIDEZ OFICIAL

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
LASA	Medicamentos con aspecto o nombre parecido (Look-Alike /Sound-Alike)
mHGAP	Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental
MOCEBPASS	Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud
MTBF	Tiempo medio entre fallas
MUEC	Modelo Único de Evaluación de la Calidad
NAFTA	North American Free Trade Agreement
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBM	Patient Blood Management
PHVA	Planear – Hacer – Verificar – Actuar
PDSA	Planear – Hacer – Estudiar – Actuar
PNCS	Premio Nacional de Calidad en Salud
PNO	Procedimiento Normalizado de Operación
PRN	Por Razón Necesaria
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROMIS	Sistema de Información de Medición de Resultados Reportados por el Paciente
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
PRONAMs	Protocolos Nacionales de Atención Médica
PVM	Previa Valoración Médica
RAM	Reacción Adversa a Medicamento
RCP	Reanimación Cardiopulmonar
SAER	Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación
SE	Secretaria de Economía
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIDIS	Subsistema de Información sobre Discapacidad
SIMOCE	Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización
SIRES	Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SRAM	Sospechas de Reacción Adversa a Medicamento
STSA	Sistema de Tratamiento y Suministro de Agua
SVA	Soporte Vital Avanzado

SIN VALIDEZ OFICIAL

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
TFS	Tiempo fuera de servicio
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
VHB	Virus de Hepatitis B
VHC	Virus de Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. INTRODUCCIÓN

A. PROPÓSITO DEL MANUAL

La certificación representa un reconocimiento formal de que un Establecimiento de Atención Médica (EAM) cumple con criterios previamente definidos, validados y alineados con mejores prácticas nacionales e internacionales. Promueve una cultura de la organización centrada en las personas, en la gestión de riesgos, en la información basada en evidencia, en la búsqueda de resultados y en la corresponsabilidad de todos los actores del sistema de salud.

El presente Manual tiene como finalidad establecer los principios, lineamientos y requisitos que rigen el proceso de certificación que otorga el Consejo de Salubridad General (CSG), a los EAM que proporcionan servicios de Hemodiálisis; mismos que en lo sucesivo se les referirá como establecimiento.

B. ALCANCE DEL MANUAL

Este Manual está dirigido a todas las Unidades de Hemodiálisis, que para efectos del presente se les considera a los EAM que proporcionen servicios de Hemodiálisis de forma independiente y que deseen acceder al proceso de certificación del CSG, sin distinción de su tamaño, complejidad, carácter público, social o privado y excluye aquellas que están dentro o adyacentes a otro EAM.

C. ENFOQUE DE AUDITORÍA Y NIVELES DE MADUREZ

El MOCEBPASS opera bajo un esquema de auditoría, que reconoce las distintas etapas de desarrollo institucional y promueve la mejora continua de los EAM. Este enfoque no sólo verifica el cumplimiento de requisitos normativos, sino que valora la madurez de la organización a través de un análisis integral y estructurado de sus procesos, resultados y cultura institucional.

a. Niveles de Madurez del MOCEBPASS

El modelo establece dos niveles de madurez que permiten clasificar el grado de avance de los establecimientos hacia la mejora:

1. Nivel Básico
    i. Representa el cumplimiento de los requisitos mínimos indispensables, legales y regulatorios, establecidos por las autoridades competentes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ii. Denota la implementación de prácticas que favorezcan la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la gestión eficiente de los recursos.
iii. Refleja el compromiso inicial con la formalización de procesos, la trazabilidad documental y el desarrollo de capacidades básicas para la mejora continua.

2. Nivel Avanzado
   i. Se enfoca en la consolidación de una cultura de la organización orientada a la excelencia, con prácticas institucionalizadas, sistemáticas y sostenibles.
   ii. Acredita la innovación, el uso efectivo de tecnologías, la gestión basada en evidencia, y la alineación de los objetivos de la organización con políticas públicas de salud.
   iii. Requiere demostrar resultados sostenibles en el tiempo, impacto en la población atendida, y mecanismos maduros de participación, evaluación y rendición de cuentas.

D. EJES ESTRUCTURALES Y ESTÁNDARES

Los estándares del MOCEBPASS para los EAM se agrupan en cinco ejes estructurales, los cuales representan los pilares para el funcionamiento, la gestión y la mejora continua de los mismos. Los ejes estructurales del modelo son:

Eje 1. Liderazgo y gobernanza
Eje 2. Administración de la información
Eje 3. Planificación y gestión de recursos
Eje 4. Atención clínica y de apoyo
Eje 5. Mejora continua y sistema de salud

Dentro de los ejes estructurales existen componentes y estos agrupan a los estándares de acuerdo con la siguiente tabla:

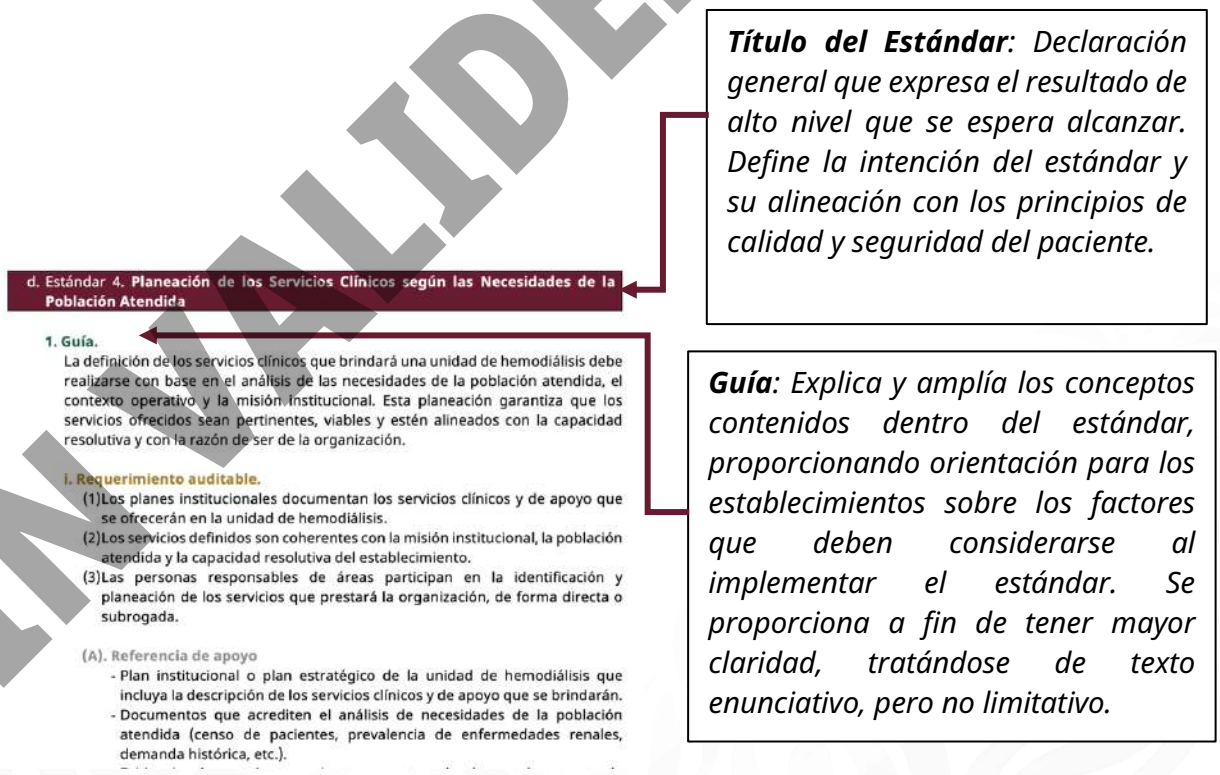
Eje estructural	Componente	Estándares
Liderazgo y gobernanza	A. Compromiso de la alta dirección	4
	B. Gobernanza institucional	11
	C. Transparencia	4
	D. Participación y comunicación institucional	7

SIN VALIDEZ OFICIAL

Administración de la información	A. Gestión de datos e información institucional	9
	B. Gestión documental y sistemas de información	6
	C. Monitoreo y análisis de información	4
	D. Comunicación y acceso a la información	6
Planificación y gestión de recursos	A. Planeación y definición de procesos	23
	B. Gestión de recursos	34
	C. Gestión de riesgos	22
Atención clínica y de apoyo	A. Valoración	16
	B. Diagnóstico	7
	C. Evaluación	2
	D. Intervención o tratamiento	36
	E. Egreso	2
	F. Continuidad de la atención	8
Mejora continua y sistema de salud	a. Mejora continua	22
	b. Sistema de salud	5

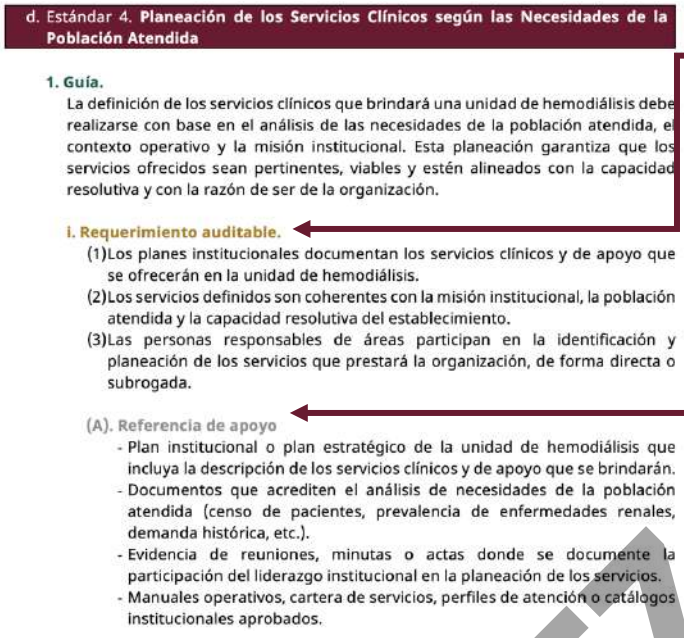
Cada componente define el nivel de desempeño esperado en aspectos específicos del funcionamiento institucional. La estructura de cada estándar incluye los siguientes elementos (ver imágenes):

Imagen A. Representación de ubicación de título y guía.



SIN VALIDEZ OFICIAL

Imagen B. Representación de ubicación de requerimientos auditables y referencias de apoyo.



d. Estándar 4. **Planeación de los Servicios Clínicos según las Necesidades de la Población Atendida**

1. Guía.

La definición de los servicios clínicos que brindará una unidad de hemodiálisis debe realizarse con base en el análisis de las necesidades de la población atendida, el contexto operativo y la misión institucional. Esta planeación garantiza que los servicios ofrecidos sean pertinentes, viables y estén alineados con la capacidad resolutiva y con la razón de ser de la organización.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los planes institucionales documentan los servicios clínicos y de apoyo que se ofrecerán en la unidad de hemodiálisis.
(2)Los servicios definidos son coherentes con la misión institucional, la población atendida y la capacidad resolutiva del establecimiento.
(3)Las personas responsables de áreas participan en la identificación y planeación de los servicios que prestará la organización, de forma directa o subrogada.

(A). Referencia de apoyo

- Plan institucional o plan estratégico de la unidad de hemodiálisis que incluya la descripción de los servicios clínicos y de apoyo que se brindarán.
- Documentos que acrediten el análisis de necesidades de la población atendida (censo de pacientes, prevalencia de enfermedades renales, demanda histórica, etc.).
- Evidencia de reuniones, minutas o actas donde se documente la participación del liderazgo institucional en la planeación de los servicios.
- Manuales operativos, cartera de servicios, perfiles de atención o catálogos institucionales aprobados.

***Requerimientos auditables**: Conjunto de criterios obligatorios cuya verificación permite determinar si el estándar se cumple. Cada requisito tiene el mismo valor dentro del estándar. Los auditores deben determinar el cumplimiento con base en evidencia objetiva.*

***Referencias de apoyo**: Se incluyen elementos orientadores que pueden ser útiles al momento de implementar y demostrar el cumplimiento del estándar. Estas referencias pueden contener ejemplos ilustrativos, documentación sugerida, así como referencia bibliográfica y bases normativas relevantes. Su finalidad es facilitar la comprensión y aplicación de los requerimientos auditables. Las organizaciones pueden presentar evidencia alternativa, siempre que sea válida, pertinente y verificable.*

E. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El cumplimiento de los requerimientos auditables será verificado mediante procedimientos estandarizados definidos por el CSG. Los EAM serán evaluados conforme al nivel de madurez (básico o avanzado) al que aspiren, considerando la **implementación documentada, la aplicación práctica comprobable y la evidencia objetiva presentada** en cada requerimiento.

Para efectos de la auditoría, cada estándar será valorado de acuerdo con la siguiente escala:

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.
- **No aplica (NA):** el requerimiento no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y registrarse en la autoevaluación, la cual será validada por el equipo auditor.

Los estándares establecidos en este manual se clasifican en tres tipos, según su nivel de relevancia en el proceso auditoría:

a. **Estándares Indispensables**: Son aquellos cuyo cumplimiento es obligatorio. Corresponden a condiciones mínimas críticas para la operación segura, legal y ética de los establecimientos de atención médica. El incumplimiento de cualquier estándar clasificado como indispensable impide que se otorgue la certificación, independientemente del nivel solicitado (Descritos en cada uno de los estándares).

b. **Estándares Necesarios**: Son estándares que contribuyen significativamente a la consolidación del sistema de gestión de calidad. Su cumplimiento es un indicador de madurez de la institución, particularmente en el tránsito hacia el nivel avanzado. (Descritos en el Anexo 1. Autoevaluación).

c. **Estándares Deseables**: Representan prácticas de excelencia, innovación o liderazgo en calidad, que fortalecen la cultura de la organización, aportan valor y posicionan a la unidad de hemodiálisis como referente. (Descritos en el Anexo 1. Autoevaluación).

Para que un EAM pueda obtener la certificación, deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. **Calificación mínima aprobatoria:**
    - Alcanzar una calificación general mínima de 7.0 como resultado de la auditoría.
    - Obtener una calificación mínima de 7.0 en cada uno de los cinco ejes estructurales del modelo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

2. **Estándares indispensables:**
    - El incumplimiento de un solo estándar indispensable imposibilita la obtención de la certificación, independientemente de la calificación alcanzada en los ejes o en la auditoría.

3. **Porcentajes de cumplimiento según nivel de certificación:**

    - **Certificación Nivel Básico**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 70% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 30% de los estándares deseables.

    - **Certificación Nivel Avanzado**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 85% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 50% de los estándares deseables.

La certificación se otorgará únicamente cuando el establecimiento cumpla simultáneamente con los tres criterios: calificación mínima general, calificación mínima por eje estructural y cumplimiento íntegro de los estándares indispensables, además de los porcentajes de cumplimiento establecidos según el nivel de certificación solicitado.

F. DISTINCIONES POR BUENAS PRÁCTICAS CON IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD

Además de los niveles de certificación establecidos (básico y avanzado), el modelo contempla una distinción adicional otorgada a aquellos establecimientos de hemodiálisis que cumplan con ciertos estándares identificados como buenas prácticas que generan valor más allá del establecimiento, promoviendo mejoras en el sistema de salud en su conjunto.

Estos estándares no sólo fortalecen la calidad y seguridad en la atención directa al paciente, sino que impulsan prácticas innovadoras, colaborativas o estratégicas que benefician a otros establecimientos, fortalecen redes asistenciales, fomentan la equidad o desarrollan capacidades institucionales que trascienden el entorno inmediato del establecimiento.

A. Se asignará 1 estrella por contar con la implementación de mínimo 2 buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.
B. Se asignarán 2 estrellas por contar con la implementación de mínimo 3 buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. Se asignarán 3 estrellas por contar con la implementación de 4 o más buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.

No.	Buena práctica*	Descripción
1	Conocimiento y Ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).	El establecimiento demuestra la implementación (conocimiento y ejecución) de los PRONAMs en las atenciones que así lo ameritan.
2	Ser un centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad. (CEVADECE)	Durante el proceso, demuestra que el establecimiento está certificado como centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad.
3	Investigación en calidad de la atención clínica.	El establecimiento que demuestre que desarrolla investigación en las dimensiones de la calidad (efectividad, seguridad, centrado en la persona, oportunidad, equidad, eficiencia, accesibilidad, competencia profesional).
4	Implementación de programa de segunda víctima.	El establecimiento cuenta con un programa de segunda víctima implementado.
5	Protocolo de trasplante.	El establecimiento cuenta con un protocolo de trasplante renal implementado (difusión, evaluación de candidatos y convenio con una institución que cuente con licencia de trasplante de órganos, tejidos y células en su modalidad trasplante de riñón).

*Descritos en el eje estructural de mejora continua y sistema de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

El proceso de certificación está compuesto por 7 etapas, con tiempos de respuesta máximos.

Imagen C. Etapas del proceso de certificación MOCEBPASS.

Para pronta referencia se incluye la **GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN** identificada como Anexo 2.

El proceso de certificación se realizará únicamente por medio del Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE).

A. RECEPCIÓN

El Establecimiento que se pretende certificar debe contar al menos con 6 meses de funcionamiento y 3 meses de haber implementado el MOCEBPASS y podrá iniciar su proceso de certificación dentro de las dos primeras semanas de cada mes de enero a noviembre.

Deben contar con la totalidad de los documentos e información solicitada en los lineamientos para la remisión de documentación en la recepción del proceso de certificación (A) documentos, (B) avisos y licencias sanitarias, (C) datos de contacto y (D) Datos de operación descritas en el Anexo 3; **fracción I** para establecimientos **públicos y sociales** y **fracción II** para **privados**; acorde a la siguiente lista de verificación:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a.	Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
b.	Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
c.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, autoridades administrativas y/o autoridades fiscales.
d.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
e.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que el establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
f.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que acepta que el establecimiento que sea sometido al proceso del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio que ampara la dirección registrada serán objeto de auditoría; además de que se compromete a mantener o mejorar los estándares alcanzados hasta que concluya el proceso de certificación.
g.	Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
h.	Registro de generadores de residuos peligrosos.
i.	Evidencia por parte del establecimiento de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
j.	Constancia de situación fiscal.
k.	Aprobación de registro del contrato de prestación de servicios ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).
l.	Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.
m.	Datos de contacto de la persona titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
n.	Datos de contacto del responsable sanitario del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

o.	Datos de contacto de la persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
p.	Datos de contacto de la persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
q.	Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.
r.	Datos de operación del establecimiento

Además de cumplir con la lista de verificación previa, deberá requisitar el contenido de la autoevaluación a través del SIMOCE. El contenido de esta se encuentra descrito en Anexo 1. Autoevaluación.

En el proceso de certificación únicamente se considerarán como documentos válidos en los que coincidan el nombre y la dirección del establecimiento de atención médica que presenta la solicitud, los cuales deberán encontrarse vigentes (no se podrá continuar con el registro si alguno de estos documentos se encuentra en trámite).

B. REGISTRO

Los establecimientos que cumplan con la totalidad de los requisitos descritos en el apartado A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, previa validación, recibirán un folio de su expediente por medio de la plataforma SIMOCE y continuarán con la etapa de Validación Normativa.

En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en el apartado A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, se le prevendrá por una sola ocasión para que en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención presente los documentos que le sean requeridos.

En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes**, **contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. VALIDACIÓN NORMATIVA

En esta etapa, de manera aleatoria, se validarán los avisos y las licencias sanitarias propias y de servicios subrogados cargadas durante la recepción y que se encuentran previstas en el Anexo 3, según corresponda, con la finalidad de comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable; así mismo, se verificará que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo Consejo de Salubridad General, ante los órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Salud (COFEPRIS, CONAMED); que cuenten con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

La validación normativa se realizará a través de consultas a las autoridades competentes atendiendo al trámite que corresponda.

En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá una Constancia de participación en el proceso de Certificación con vigencia de un año, que haga constar que se encuentra en proceso de certificación,** de acuerdo con las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.

Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solicitud y **NO** podrá continuar con su proceso de certificación.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses**, **contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

Los establecimientos que hasta este momento hayan tenido un cambio en sus procesos definidos dentro del modelo con respecto a la información capturada en su solicitud, deberán notificarlo mediante oficio dirigido a la persona titular de la secretaría técnica de la CCEAM y enviarlo al correo

SIN VALIDEZ OFICIAL

electrónico **cceam@csg.gob.mx** para que se les habilite la plataforma únicamente de la sección respectiva para que actualicen su información.

D. PREAUDITORÍA

Para poder continuar a la etapa de preauditoría, la persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoria del anexo 5, que consiste en: firmar la (A) carta compromiso autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría, contar con (B) la infraestructura tecnológica requerida y se encuentra en capacidad para realizar las (C) pruebas de conectividad previas y realizar las actividades para el (D) desarrollo.

Para la preauditoría, por parte del CSG se designará un equipo de personas auditoras, de conformidad con lo establecido en los Criterios para la Inscripción, Selección, Formación y Evaluación del Desempeño de Personas Auditoras del MOCEBPASS.

El equipo de personas auditoras se conformará con al menos 1 persona auditora líder y el número de personas auditoras esenciales que se considere conveniente, con base en el tipo de establecimiento y su complejidad; dichas personas auditoras serán elegidas del padrón de personas auditoras; verificando su disponibilidad y autorización expresa por parte de la dependencia, institución y EAM donde labora la persona auditora.

La asignación del equipo de personas auditoras deberá realizarse mediante oficio a la dependencia, institución y/o EAM donde labora la persona auditora con al menos 10 días hábiles de anticipación, quienes contarán con 5 días hábiles para dar su autorización expresa, en caso contrario se entenderá no otorgada de conformidad con los Convenios que al efecto se suscriban.

La etapa de preauditoría se divide en preauditoría documental y preauditoría virtual.

a. **Preauditoría documental** se llevará a cabo de manera remota, en la cual se corroborará de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada en las etapas previas.
b. **Preauditoría virtual** en la cual, una de las personas auditoras designadas para realizar la preauditoría valida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta etapa del proceso de certificación se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que deberá contar con la infraestructura TIC que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; cuando alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra determinada por el Consejo de Salubridad General que impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

Pruebas de conectividad previas a la preauditoría.
Se programarán las pruebas de conectividad previas por lo menos una semana antes de la fecha informada para la realización de la preauditoría, la cual será realizada por una de las personas auditoras de conformidad con el procedimiento establecido en el Anexo 5, Requisitos de preauditoría (C) pruebas de conectividad previas.

Si el establecimiento considera que no cumple los requisitos para que se realice la preauditoría, el resultado de la prueba preliminar determinará que no es posible realizar el proceso de preauditoría remota, o bien el propio establecimiento decide no continuar con la preauditoría programada, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. AUDITORÍA

La auditoría del establecimiento es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares del presente Manual, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas para dicho establecimiento de acuerdo con la agenda enviada previamente, al equipo de personas auditoras y a sus empleadores de las personas auditoras.

La auditoría puede ser virtual o presencial:

a. **Auditoría virtual:** se lleva a cabo por el equipo de personas auditoras desde una ubicación distinta a la del establecimiento utilizando las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo. Este tipo de auditoría será aplicable cuando exista alguna condición logística, económica, de seguridad, epidemiológica u otra, que impida la presencia del equipo de personas auditoras en el establecimiento.
   Para su desarrollo, el establecimiento necesita contar con la infraestructura TIC que facilite su realización de forma efectiva y que garantice la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.
b. **Auditoria presencial**: se lleva a cabo en el establecimiento con la presencia física del equipo de personas auditoras designado para ello, de acuerdo al tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.

Para la auditoría presencial el establecimiento **deberá contar** con lo siguiente:

a. Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
b. Dispositivo para escanear documentos en formato PDF.
c. Impresora y, al menos, 50 hojas blancas tamaño carta.
d. Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
e. Acceso a internet inalámbrico (**en caso de contar con él**).
f. Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos que manifestó al presentar su solicitud.

La persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la

SIN VALIDEZ OFICIAL

etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar la auditoría, el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

F. DICTAMÉN

La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida en la etapa A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, emitirá el dictamen que corresponda. (procedente o no procedente).

El resultado del proceso de certificación se hará del conocimiento del establecimiento a través del SIMOCE, por conducto de la persona titular del Secretariado Técnico de la CCEAM.

La vigencia de la certificación será de tres años.

Para que un EAM pueda obtener la certificación, deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. **Calificación mínima aprobatoria:**
    - Alcanzar una calificación general mínima de 7.0 como resultado de la auditoría.
    - Obtener una calificación mínima de 7.0 en cada uno de los cinco ejes estructurales del modelo.

2. **Estándares indispensables:**
    - El incumplimiento de un solo estándar indispensable imposibilita la obtención de la certificación, independientemente de la calificación alcanzada en los ejes o en la auditoría.

3. **Porcentajes de cumplimiento según nivel de certificación:**

    - **Certificación Nivel Básico**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 70% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 30% de los estándares deseables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **Certificación Nivel Avanzado**
  - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
  - Al menos el 85% de los estándares necesarios.
  - Al menos el 50% de los estándares deseables.

La certificación únicamente se otorgará cuando el establecimiento cumpla simultáneamente con la calificación mínima general, la calificación mínima por eje, los porcentajes establecidos de acuerdo con el nivel de certificación solicitado y un dictamen procedente por parte de la CCEAM.

G. SEGUIMIENTO

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continúa cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será cancelado y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.

Adicionalmente y con el propósito de revisar que el establecimiento continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse auditorias aleatorias durante el mismo periodo de tiempo.

H. SITUACIONES NO PREVISTAS.

Las situaciones no previstas dentro de las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Medica, el presente Manual y/o los Criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS se revisarán en las sesiones de la CCEAM.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

VI. EJE ESTRUCTURAL: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

El liderazgo y la gobernanza constituyen la base para construir una organización de salud con sentido estratégico, enfoque ético y cultura de calidad. Este eje estructural evalúa el compromiso del cuerpo gobierno y/o la alta dirección con la mejora continua, la transparencia, la toma de decisiones fundamentada, la participación efectiva de los actores clave y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Una gobernanza efectiva debe asegurar la alineación de los objetivos institucionales con las políticas públicas de salud, garantizar la rendición de cuentas y promover entornos de trabajo seguros, colaborativos y orientados a resultados.

Componente	Estándar	
A. Compromiso de la alta dirección	1	Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
	2	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.
	3	Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
	4	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.
B. Gobernanza institucional	1	Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.
	2	Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.
	3	Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.
	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
	5	Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.
	6	Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.
	7	Designación de personas calificadas para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.
	8	Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.
	9	Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	10	Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Gobernanza institucional	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.
C. Transparencia	1	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.
	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.
	3	Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.
	4	Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.
D. Participación y comunicación institucional	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.
	2	Medición de la cultura de seguridad del paciente.
	3	Implementación de un programa de cultura justa.
	4	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.
	5	Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.
	6	Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.
	7	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

a. Estándar 1/4. Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

1. Guía.

La gobernanza es un componente fundamental para iniciar, sostener y consolidar una cultura de mejora continua y seguridad del paciente. En los establecimientos de hemodiálisis, la participación del cuerpo de gobierno o alta dirección del establecimiento es indispensable para garantizar la implementación de estrategias efectivas de evaluación y mejora, así como para coordinar los esfuerzos entre servicios o áreas y comunicar los avances a todo el personal.

Las actividades de gobernanza pueden ser ejercidas directamente por el establecimiento (alta dirección) o, en su caso, a través de instancias superiores (cuerpo de gobierno) de la misma institución o grupo, como puede ser un órgano estatal, jurisdiccional, central o corporativo, según la estructura organizativa definida.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe validar las metodologías utilizadas para monitorear, analizar e intervenir en temas de calidad y seguridad del paciente, además de asegurar que todos los procesos estén alineados e integrados para promover la eficiencia. También facilita una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación, y se asegura de la participación de todas las áreas y servicios en los esfuerzos de mejora.

Esta coordinación puede realizarse mediante comités, reuniones operativas u otras estructuras formales.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de participar en la revisión periódica de la información relativa a la seguridad del paciente, incluyendo al menos:

a) La cantidad y el tipo de eventos centinela, eventos adversos, cuasifallas, y
b) Las acciones implementadas para mejorar la seguridad en respuesta a dichos eventos.

Esta revisión debe realizarse con una frecuencia no mayor a seis meses y debe permitir la toma oportuna de decisiones preventivas y correctivas.

Asimismo, la comunicación periódica con el personal respecto a los avances y resultados del programa de mejora es esencial para fortalecer la cultura de la organización. Este flujo de información puede realizarse a través de diversos canales, como boletines informativos,

SIN VALIDEZ OFICIAL

carteles, reuniones con el personal, plataformas digitales o mecanismos integrados a los procesos de recursos humanos. Entre los temas comunicados pueden incluirse proyectos de mejora nuevos o concluidos, avances en las acciones esenciales de seguridad del paciente o resultados del análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas, entre otros aspectos relevantes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento participa activamente y se responsabiliza del plan de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
  (1.1) Aprueba el diseño y la implementación del plan.
  (1.2) Supervisa la implementación.
  (1.3) Recibe informes periódicamente y toma medidas basándose en los mismos.

(2) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento valida una estructura y un proceso formal en todo el establecimiento para evaluar los datos, planificar acciones y dar seguimiento a las mejoras de calidad y seguridad del establecimiento; y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.

(3) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento revisa, al menos semestralmente:
  (3.1) La cantidad y tipo de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.
  (3.2) Que se realice el análisis de los eventos centinela dentro de los primeros 45 días de su notificación.
  (3.3) Las acciones correctivas o preventivas implementadas para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en respuesta a dichos eventos.

(4) La información relevante sobre el programa de calidad y seguridad del paciente se comunica de forma regular al personal, por medio de canales institucionales adecuados.

(A). Referencia de apoyo.

- Minutas de reuniones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento, comités, reuniones operativas u otras estructuras formales donde se aborden los temas de calidad y seguridad del paciente.
- Planes institucionales de mejora continua validados (plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente) y estructura del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de revisión semestral de eventos adversos y acciones emprendidas.
- Evidencia de sesiones de capacitación para el personal.
- Carteles informativos, boletines, registros de reuniones o comunicados internos.

b. Estándar 2/4. Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.

1. Guía.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de asegurar que este funcione de manera eficiente, ética y segura, alineado con el MOCEBPASS.

Su participación se concentra, principalmente, en niveles estratégicos y de toma de decisiones, garantizando que los elementos clave de gobernanza, gestión y operación estén debidamente formalizados, alineados con la misión institucional y supervisados.

Entre sus funciones esenciales se incluyen:

a) Aprobar y difundir la misión institucional, asegurando que incorpore explícitamente el compromiso con la calidad y la seguridad del paciente.
b) Aprobar programas, políticas y estructuras organizativas que regulen el funcionamiento del establecimiento, incluyendo el manual de organización vigente.
c) Validar y supervisar el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, asegurando su implementación efectiva.
d) Gestionar y/o aprobar el presupuesto anual y asignar los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.
e) Designar formalmente a la persona titular de la dirección o gerencia general del establecimiento, y supervisar su desempeño conforme a los procesos establecidos.

Adicionalmente, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe definir mecanismos formales de comunicación y coordinación con los equipos directivos, que permitan dar seguimiento a los planes estratégicos, facilitar la ejecución operativa y fomentar la mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado formalmente la misión institucional, la cual incluye explícitamente su compromiso con la calidad y la seguridad del paciente; y la revisa periódicamente cuando así corresponda.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)La misión institucional se encuentra disponible y se difunde entre el personal y los usuarios del establecimiento.
(3)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado el manual de organización.
(4)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado las políticas, los programas de gestión y los procesos necesarios para el funcionamiento de éste.
(5)En los casos en que la autoridad de aprobación se ha delegado, esta delegación se encuentra formalmente definida en los procesos institucionales.
(6)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación, y supervisa la calidad de dichos programas.
(7)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha gestionado/aprobado el presupuesto anual para el funcionamiento del establecimiento y asegura la asignación efectiva de los recursos necesarios para cumplir con la misión institucional.
(8)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha designado formalmente a la persona titular de la dirección o gerencia general del establecimiento, según aplique.
(9)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento evalúa el desempeño de la persona titular de la dirección o gerencia general, conforme al proceso que tengan definido.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional de misión y visión aprobado por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Evidencia de difusión de la misión institucional (carteles, comunicados, página web, inducción al personal).
- Manual de organización del establecimiento, validado y vigente.
- Actas o minutas de sesiones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento donde consten aprobaciones relevantes.
- Políticas, programas o planes operativos anuales aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Presupuesto anual aprobado, con desglose de recursos asignados.
- Nombramiento oficial de la persona titular de la dirección o gerencia general del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/4. Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

1. Guía.

El liderazgo efectivo es un componente esencial para asegurar que el establecimiento de hemodiálisis funcione de manera eficiente, ética y con base en la legislación aplicable vigente. La persona titular de la dirección o gerencia general es responsable del funcionamiento cotidiano del establecimiento, lo cual incluye, entre otras funciones, garantizar el abasto de suministros esenciales, la operación administrativa, el mantenimiento de la infraestructura, la gestión de recursos humanos, financieros, tecnológicos, entre otros, y la gestión efectiva de los procesos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente.

Esta persona debe contar con la formación, experiencia y competencias necesarias para ejercer el cargo, y debe asumir una conducción estratégica, técnica y administrativa que esté alineada con la misión institucional.

La persona titular de la dirección o gerencia general trabaja en coordinación con los equipos directivos y operativos para definir, implementar y supervisar políticas, procedimientos y servicios clínicos, vinculados a la misión. Una vez aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección, es su responsabilidad garantizar su implementación efectiva en todo el establecimiento.

Asimismo, entre sus funciones esenciales se encuentran:

a) Asegurar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
b) Coordinar la atención y seguimiento a informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
c) Los procesos de administración y supervisión de los recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos, entre otros, del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) La persona titular de la dirección o gerencia gestiona el funcionamiento operativo diario del establecimiento.

(2) La persona titular de la dirección o gerencia general cuenta con la formación, experiencia y competencias requeridas para ejercer sus responsabilidades, conforme al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.

(3) La persona titular de la dirección o gerencia participa en la formulación y recomendación de políticas institucionales al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)La persona titular de la dirección o gerencia asegura la implementación efectiva de las políticas y procesos aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
(5)La persona titular de la dirección o gerencia verifica y garantiza el cumplimiento de la legislación aplicable vigente en todos los ámbitos de operación del establecimiento.
(6)La persona titular de la dirección o gerencia coordina la atención y seguimiento de informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
(7)La persona titular de la dirección o gerencia administra los recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos, entre otros, del establecimiento de forma eficiente y conforme a los principios del MOCEBPASS.

(A). Referencia de apoyo.

- Descripción del perfil del puesto o documento institucional que establezca las funciones, competencias y requisitos para la persona titular de la dirección o gerencia general.
- Currículum, constancias o certificaciones que evidencien la formación, experiencia y competencias de la persona titular del cargo.
- Documento de nombramiento o designación oficial.
- Evidencia documental de políticas institucionales propuestas o formuladas en colaboración con el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Registro de implementación de políticas y procesos aprobados (actas, planes operativos, indicadores de seguimiento).
- Bitácoras o reportes de atención y respuesta a informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
- Documentos que respalden la gestión de recursos humanos, materiales, financieros, tecnológicos, entre otros. (informes anuales, matrices de control, indicadores administrativos).

d. Estándar 4/4. Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.

1. Guía.

La definición de los servicios clínicos y de apoyo que brindará un establecimiento de hemodiálisis debe realizarse con base en el análisis de las necesidades de la población atendida, el contexto operativo y la misión institucional. Esta planeación garantiza que los servicios

SIN VALIDEZ OFICIAL

ofrecidos sean pertinentes, viables y estén alineados con la capacidad resolutiva y con la razón de ser del establecimiento.
El personal clínico y no clínico que ejerce funciones de liderazgo, tienen la responsabilidad de identificar y planear el tipo, alcance, capacidad y complejidad de los servicios que se prestarán para brindar atención integral, ya sea de manera directa, o mediante subrogación o referencia a otros establecimientos.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los planes institucionales documentan los servicios clínicos y de apoyo que se ofrecerán en el establecimiento de hemodiálisis.
(2)Los servicios definidos son coherentes con la misión institucional, la población atendida y la capacidad resolutiva del establecimiento.
(3)Las personas responsables de áreas participan en la identificación y planeación de los servicios que prestará el establecimiento, de forma directa o subrogada, conforme a las responsabilidades definidas por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional o plan estratégico del establecimiento que incluya la descripción de los servicios clínicos y de apoyo que se brindarán.
- Documentos que acrediten el análisis de necesidades de la población atendida (censo de pacientes, prevalencia de enfermedades renales, demanda histórica, etc.).
- Evidencia de reuniones, minutas o actas donde se documente la participación del liderazgo institucional en la planeación de los servicios.
- Manuales operativos, cartera de servicios, perfiles de atención o catálogos institucionales aprobados.
- Documentación que demuestre la alineación entre la misión institucional y los servicios planeados (por ejemplo, mapa estratégico, misión-visión y su vinculación con programas asistenciales).
- Informes técnicos o diagnósticos situacionales que respalden la justificación clínica, operativa o económica de los servicios definidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

B. GOBERNANZA INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/11. Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.

1. Guía.

El cumplimiento efectivo de la misión institucional requiere de la participación, coordinada y corresponsable de los distintos liderazgos presentes en el establecimiento de hemodiálisis. Estos liderazgos pueden ser formales (como las personas titulares de direcciones clínicas, administrativas, de enfermería, calidad u otras jefaturas) o bien derivarse del reconocimiento institucional por su experiencia, antigüedad o contribución al funcionamiento del establecimiento.

Cada líder debe asumir, en el ámbito de su responsabilidad, el compromiso de trabajar de forma articulada con el resto del equipo directivo y operativo para garantizar el cumplimiento de la misión institucional. Esto incluye participar en la elaboración de planes, políticas y procedimientos que reflejen los principios institucionales y asegurar su correcta implementación.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas líderes del establecimiento de hemodiálisis colaboran de forma activa y coordinada para cumplir con la misión del establecimiento.

(2) Las personas líderes del establecimiento participan, de manera colectiva, en la elaboración de los planes, políticas y procedimientos necesarios para el cumplimiento de la misión, así como, aseguran la implementación y cumplimiento efectivo.

(A). Referencia de apoyo

- Actas, minutas o reportes de reuniones donde se documente la participación del liderazgo institucional en la definición o revisión de la misión, políticas, planes y procedimientos.
- Planes institucionales, manuales o programas operativos en cuya elaboración hayan participado personas que ejercen funciones de liderazgo.
- Listado o estructura organizacional que identifique a las personas con roles de liderazgo formal dentro del establecimiento.
- Documentación que evidencie la coordinación entre áreas para el cumplimiento de la misión (cronogramas, reportes de avance, esquemas de implementación).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de seguimiento o indicadores de cumplimiento de políticas institucionales aprobadas.
- Informes internos o auditorías que reflejen el involucramiento del liderazgo en la gestión estratégica.

b. Estándar 2/11. Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.

1. Guía.

La consolidación de una cultura organizacional orientada a la calidad y la seguridad del paciente requiere un liderazgo visible, comprometido y activo desde los niveles más altos del establecimiento.

Para ello, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ubica en la estructura organizacional una persona responsable con las competencias necesarias para coordinar de manera continua las actividades de calidad y seguridad. Esta figura debe depender directamente de la dirección o gerencia general del establecimiento, y contar con funciones definidas y nivel jerárquico que permita facilitar el despliegue de acciones transversales.

Su rol es clave para impulsar el cumplimiento del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente; debe liderar, en conjunto con los diferentes líderes clínicos y no clínicos, la implementación de estrategias institucionales de mejora, el monitoreo de procesos, la formación del personal y la consolidación de una cultura de prevención de riesgos centrada en la calidad y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento ha designado formalmente en la estructura organizacional una persona responsable de coordinar las actividades de calidad y seguridad en la atención.

(2) La persona responsable de calidad y seguridad depende directamente de la alta dirección o gerencia general del establecimiento, y cuenta con el respaldo institucional para desempeñar sus funciones en coordinación con los líderes del establecimiento.

(3) Las funciones y responsabilidades de la persona responsable de calidad y seguridad están documentadas y se encuentran claramente definidas.

(4) La persona responsable del área de calidad cumple con el perfil y las competencias establecidas por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Organigrama institucional que identifica formalmente la persona responsable de la calidad y seguridad en la atención.
- Documento de nombramiento o designación oficial de la persona responsable del área de calidad y seguridad.
- Evidencia de actividades coordinadas por la persona responsable de calidad (por ejemplo: actas de comités, planes de trabajo, informes de seguimiento).
- Constancias, certificados o evidencia de formación y capacitación en calidad y seguridad del paciente.

c. Estándar 3/11. Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, la seguridad de los pacientes depende en gran medida del uso adecuado y oportuno de equipamiento médico, medicamentos y demás insumos esenciales para los tratamientos sustitutivos de la función renal, de diagnóstico y de referencia. Para garantizar una atención segura, efectiva y conforme a la normatividad vigente, el establecimiento debe asegurar que los recursos utilizados estén respaldados por las recomendaciones de autoridades sanitarias y organizaciones profesionales especializadas.

Cada establecimiento debe identificar los equipos médicos, insumos y medicamentos necesarios para operar con calidad y seguridad, de acuerdo con los servicios que ofrece y a su población de pacientes.

Los insumos y recursos deben estar disponibles tanto para la atención programada como para la respuesta a urgencias, en condiciones óptimas de funcionamiento, conservación y trazabilidad.

En caso de que el establecimiento decida incorporar tecnología médica, medicamentos o insumos que no estén formalmente autorizados para uso generalizado (experimentales), deberá contar con un procedimiento formal de revisión y aprobación, así como obtener el consentimiento informado del paciente previo a su utilización. Este proceso debe resguardar los principios éticos, regulatorios y de seguridad clínica aplicables.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica las recomendaciones emitidas por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales respecto al uso de equipos, insumos y medicamentos necesarios para los servicios planeados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Los equipos, insumos y medicamentos recomendados han sido adquiridos conforme a las necesidades clínicas y operativas del establecimiento y se utilizan de acuerdo con las recomendaciones identificadas, las políticas institucionales y los lineamientos aplicables.

(3)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para revisar y aprobar, antes de su uso, cualquier equipo, insumo o medicamento de carácter experimental, conforme al alcance de sus atribuciones. Incluyendo el proceso de obtención del consentimiento informado.

(A). Referencia de apoyo.

- Referencias normativas y técnicas aplicables, guías nacionales de práctica clínica, lineamientos de autoridades sanitarias y organizaciones profesionales especializadas.
- Evidencia de adquisición de los recursos recomendados (órdenes de compra, contratos, facturas, inventarios).
- Protocolos o manuales de uso clínico que indiquen el empleo correcto de los equipos, insumos y medicamentos.
- Procedimiento institucional para la revisión y aprobación de tecnología, insumos o medicamentos considerados experimentales.
- Formatos o registros de consentimiento informado específicos para el uso de equipos, insumos o medicamentos experimentales.

d. Estándar 4/11. Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

1. Guía.

Uno de los propósitos fundamentales de un establecimiento de hemodiálisis es ofrecer atención segura, efectiva y centrada en los pacientes, aplicando principios de mejora continua de la calidad. Para lograrlo, es indispensable que las personas con roles de liderazgo clínico y no clínico estén capacitadas y comprometidas activamente con la implementación de estas estrategias.

Esto incluye a las personas líderes médicas, de enfermería, técnicas, administrativas u operativas, según corresponda al tamaño y estructura del establecimiento. Su formación debe abarcar: conocimientos sobre los principios de calidad, seguridad del paciente, enfoque sistémico, gestión del riesgo, cultura justa y análisis de eventos, conceptos y metodologías para la mejora continua.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Además de la capacitación formal, participan de manera activa en las iniciativas institucionales de mejora: comités, análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas, elaboración de planes de mejora, implementación de acciones correctivas, evaluación de procesos, entre otros.

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas que ejercen funciones de liderazgo clínico y no clínico en el establecimiento han recibido formación o cuentan con conocimientos documentados sobre los principios básicos de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(2)Las personas líderes participan de forma activa en procesos institucionales relacionados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Constancias, diplomas, registros de asistencia o certificados de formación en calidad, mejora continua y seguridad del paciente.
- Contenidos o materiales de las capacitaciones impartidas (internas o externas), incluidos programas, módulos o temas cubiertos.
- Evidencia de participación en procesos de mejora: actas de comités, reportes de análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas, contribución en planes de mejora, seguimiento de indicadores, etc.
- Manuales institucionales o documentos normativos que indiquen la responsabilidad del liderazgo en la implementación de estrategias de calidad y seguridad.

e. Estándar 5/11. Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.

1. Guía.

La capacidad de un establecimiento de hemodiálisis para brindar atención segura y continua depende en gran medida de su talento humano capacitado y competente. Por ello, el liderazgo institucional (incluyendo al cuerpo de gobierno, la alta dirección y a las personas responsables de área) debe participar activamente en la planeación estratégica del personal, promoviendo acciones que aseguren el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la educación continua del equipo de trabajo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta participación incluye la colaboración en el diseño e implementación de procesos que permitan fortalecer el sentido de pertenencia, reducir la rotación y promover el desarrollo profesional del personal clínico y no clínico.

En los casos en que el proceso de reclutamiento, contratación o desarrollo dependa de una instancia externa o centralizada, el establecimiento debe participar conforme a su nivel de responsabilidad institucional: aportando información sobre necesidades, perfiles requeridos, seguimiento del personal o evaluaciones de desempeño, según aplique.

Un entorno organizacional que valora el desarrollo del personal favorece la estabilidad operativa, la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El liderazgo del establecimiento colabora, según su nivel de responsabilidad institucional, en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.

(2) El liderazgo del establecimiento participa en la planeación e implementación de estrategias para la retención del personal, incluyendo acciones que promuevan el sentido de pertenencia y la mejora del clima laboral.

(3) El liderazgo del establecimiento colabora activamente en la planeación del desarrollo profesional y la educación continua del personal clínico y no clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Evidencia de participación del liderazgo en la identificación de necesidades de personal (formatos de requerimientos, solicitudes justificadas, perfiles propuestos).
- Actas o reportes de reuniones en las que se aborden estrategias de reclutamiento, retención o desarrollo del personal.
- Planes de retención o mejora del ambiente laboral con participación de responsables locales.
- Programas de capacitación o desarrollo profesional diseñados con participación del liderazgo del establecimiento.
- Indicadores de rotación, ausentismo, satisfacción laboral o cumplimiento de programas de educación continua.
- Registro de acciones o estrategias locales implementadas para fortalecer la estabilidad del personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Correspondencia institucional con áreas centrales relacionada con la gestión de personal (cuando el proceso sea externo al establecimiento).

f. Estándar 6/11. Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.

1. Guía.

En un establecimiento de hemodiálisis, las personas que ejercen funciones de liderazgo (clínicas y no clínicas) tienen una responsabilidad fundamental tanto con el establecimiento como con los pacientes. Estas responsabilidades incluyen:

a) Favorecer la comunicación efectiva entre los equipos de trabajo.
b) Participar en la elaboración y actualización de políticas que guían la atención clínica, considerando el contexto social y cultural de la población atendida.
c) Promover el ejercicio ético y profesional en sus actividades.
d) Supervisar la calidad de la atención y contribuir a su mejora continua.
e) Estimular la participación activa de los pacientes en su autocuidado y en la toma de decisiones sobre su salud.

Para poder cumplir con estas funciones, se debe colaborar en el diseño e implementación de una estructura organizacional efectiva, que permita coordinar responsabilidades, líneas de autoridad y mecanismos de supervisión de forma clara y funcional. Esta estructura debe:

i. Incluir a todas las personas que participan en la atención clínica.
ii. Estar alineada con la misión y estructura del establecimiento.
iii. Ser proporcional a la complejidad del servicio y la cantidad de personal profesional involucrado.
iv. Es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

La estructura organizacional debe estar documentada mediante un organigrama actualizado, que represente las relaciones jerárquicas y funcionales.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con una estructura organizacional documentada que incluye al personal de salud con funciones de liderazgo, tanto clínico como no clínico, y que respalda sus

SIN VALIDEZ OFICIAL

responsabilidades y nivel de autoridad; y se encuentra representada en un organigrama institucional.

(2)La estructura organizacional es adecuada al tamaño, complejidad y operación del establecimiento de hemodiálisis.

(3)La estructura y los procesos organizacionales respaldan el cumplimiento de las funciones del liderazgo, incluyendo:

(3.1) La comunicación efectiva entre equipos.

(3.2) La planeación de servicios y elaboración de políticas.

(3.3) La supervisión de aspectos éticos.

(3.4) La supervisión de la calidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Organigrama institucional actualizado, que identifique a las personas o áreas con funciones de liderazgo (clínico y no clínico).
- Documentos que describan la estructura organizacional, roles y niveles de autoridad (manuales de organización, perfiles de puesto, reglamentos internos).
- Evidencia de reuniones, comités o grupos de trabajo en los que el personal líder participe activamente en la planeación, elaboración de políticas o coordinación de procesos.
- Actas, minutas o reportes donde se aborden temas de comunicación, ética, calidad o planificación de servicios.
- Políticas institucionales que describan las funciones de liderazgo y sus mecanismos de colaboración o supervisión.
- Registros de acciones coordinadas entre áreas (por ejemplo, entre enfermería, calidad, dirección médica, administración) que evidencien la aplicación de la estructura.

g. Estándar 7/11. Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.

1. Guía.

El desempeño de cada área o servicio dentro de un establecimiento de hemodiálisis (ya sea clínico, técnico, administrativo o de apoyo) incide directamente en la calidad y seguridad de la atención. Por esta razón, cada área debe contar con al menos una persona responsable, calificada para ejercer funciones de dirección, supervisión o coordinación, de acuerdo con las necesidades y estructura del establecimiento.

La persona designada debe tener la formación, experiencia y competencias necesarias para liderar el área, facilitar la toma de

SIN VALIDEZ OFICIAL

decisiones, garantizar el cumplimiento de procesos y coordinar con otras funciones operativas. En servicios con mayor complejidad o carga operativa, puede haber más de una persona responsable, siempre que las funciones estén definidas y documentadas claramente para evitar ambigüedad en la ejecución.

i. Requerimiento auditable.

(1)Cada área o servicio del establecimiento cuenta con una persona designada para su dirección o coordinación, que posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para ejercer dicha función.

(2)Cuando existe más de una persona responsable del área o servicio, las funciones y responsabilidades de cada una están claramente definidas y documentadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentación oficial de designación de personas responsables de áreas o servicios (oficios, nombramientos, contratos, actas internas, resoluciones).
- Perfiles de puesto o descripciones de funciones que correspondan a las personas designadas.
- Currículo vitae, constancias de estudios, certificados o evidencias de formación, experiencia o competencias de las personas responsables.
- Manuales de organización, reglamentos internos u organigramas institucionales que reflejen la asignación de responsabilidades.
- Informes o registros de actividades realizadas por las personas responsables (seguimiento de procesos, reportes operativos, participación en comités).

h. Estándar 8/11. Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.

1. Guía.

Las personas responsables de cada área o servicio deben asegurarse de que todo el personal que integra su equipo reciba una inducción al ingresar, y la capacitación necesaria para realizar sus funciones de forma segura y con calidad.

La inducción debe cubrir aspectos esenciales como:

a) La misión del establecimiento, visión y objetivos del área o servicio.

b) Las funciones y responsabilidades del puesto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) El alcance de los servicios que se prestan.
d) Las políticas y procesos institucionales, especialmente aquellos vinculados con la calidad y la seguridad del paciente.

Asimismo, siempre que se integren nuevas personas al equipo, o cuando se implementen cambios relevantes en procesos o protocolos, se debe asegurar que el personal reciba la capacitación correspondiente, adaptada a sus funciones y nivel de responsabilidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio han establecido un programa de inducción para el personal bajo su responsabilidad.
(2) Todo el personal de nuevo ingreso ha cumplido con el programa de inducción correspondiente a su área o servicio.
(3) El contenido del programa de inducción incluye aspectos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente acorde a las funciones y nivel de responsabilidad del personal.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describa el programa de inducción vigente.
- Listas de asistencia, constancias o formatos de cumplimiento de inducción para el personal de nuevo ingreso.
- Contenido temático del programa de inducción (presentaciones, manuales, checklists, materiales informativos).
- Evidencia de que los temas de calidad, seguridad del paciente están incluidos en la inducción.
- Registros de actualización o reinducción del personal ante cambios relevantes en políticas, procesos o protocolos.
- Roles o responsables designados para impartir o coordinar la inducción dentro de cada área o servicio.

i. Estándar 9/11. Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

Las personas responsables de cada área o servicio deben participar activamente en la ejecución del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Esta participación es clave para asegurar que las estrategias del plan se apliquen de forma efectiva en cada proceso o servicio prestado.

La implementación del plan debe considerar:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Los riesgos y problemas específicos de cada área o servicio, según corresponda.
b) Los resultados de la evaluación de procesos de atención a través del análisis de los indicadores, quejas o evaluaciones de satisfacción o experiencia del paciente.
c) La evaluación del personal y su desempeño.
d) La evaluación de los servicios subrogados, cuando aplique.

Cada persona responsable debe colaborar desde su ámbito de competencia para que las acciones de mejora se lleven a cabo, se evalúen correctamente y contribuyan a fortalecer la calidad y seguridad de los servicios prestados.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.
(2) Las personas responsables de área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención, incluyendo el análisis de indicadores, resultados de encuestas de satisfacción, quejas o retroalimentación de pacientes.
(3) Las personas responsables de área o servicio participan en la evaluación del desempeño del personal asignado a sus servicios.
(4) Cuando existen servicios subrogados bajo su responsabilidad, las personas responsables de área participan en su supervisión y en el seguimiento de su desempeño.

(A). Referencia de apoyo.

- Evidencia de participación de personas responsables de área en la identificación de riesgos y problemas (actas de reunión, reportes, listas de priorización, matrices de riesgos).
- Documentos que demuestren su colaboración en el análisis de indicadores, encuestas de satisfacción, quejas o reportes de eventos (reportes trimestrales, comités, tableros de indicadores).
- Registros de evaluación de desempeño del personal bajo su coordinación (formatos de evaluación).
- Informes o checklists de supervisión de servicios subrogados realizados por responsables de área.
- Planes de mejora en los que se identifique claramente la participación de personas responsables de área en acciones específicas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Minutas o evidencia de reuniones del COCASEP u otros espacios institucionales donde los responsables de área presenten, discutan o den seguimiento a temas del plan.

j. Estándar 10/11. Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.

1. Guía.

El respeto y la promoción de los derechos y obligaciones de los pacientes debe ser impulsado desde la más alta estructura de liderazgo institucional. En los establecimientos de hemodiálisis, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de asegurar que existan mecanismos claros, efectivos y documentados que garanticen su cumplimiento en todos los procesos clínicos y de gestión.

Estos derechos y obligaciones están establecidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y deben formar parte integral de la cultura organizacional.

El liderazgo institucional debe asegurar que estén formalmente adoptados, difundidos y supervisados, y que se traduzcan en políticas, procesos y acciones concretas que involucren a todo el establecimiento. Esto incluye:

a) Informar a los pacientes y sus cuidadores primarios desde su ingreso, mediante canales comprensibles y accesibles, tomando en cuenta su idioma y/o lengua, nivel educativo, nivel de comprensión, edad, discapacidad o contexto cultural.
b) Difundir y capacitar a todo el personal, desde su inducción y formación continua, sobre los derechos y obligaciones, así como su rol en la protección, respeto y promoción.
c) Implementar procesos para atender conflictos o vulneraciones.
d) Vigilar su cumplimiento a través de mecanismos de evaluación y mejora.

El establecimiento debe contar con materiales visibles y herramientas adaptadas (por ejemplo, formatos visuales, intérpretes o traductores) cuando la comunicación verbal o escrita no resulte efectiva, asegurando que todos los pacientes comprendan sus derechos y obligaciones. La promoción institucional es una estrategia clave para fortalecer la confianza de los pacientes, mejorar la calidad de la atención, y consolidar una cultura organizacional centrada en la persona.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con el Decálogo de Derechos y Obligaciones de Pacientes en formatos visibles, accesibles, idioma comprensible y adaptados al público.

(2)Existen acciones implementadas para asegurar el respeto, promoción y cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes durante la atención.

(3)Se cuenta con un proceso definido, implementado y documentado para informar a los pacientes y los cuidadores primarios sobre sus derechos y obligaciones mediante medios accesibles y comprensibles, desde el ingreso y durante su estancia.

(4)Dentro del proceso se incluye cuando la comunicación directa no es efectiva o adecuada, el establecimiento utiliza estrategias alternativas para asegurar que los pacientes comprendan sus derechos y obligaciones.

(5)El personal ha sido capacitado sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y su rol en su protección, respeto y promoción dentro del proceso de atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Carteles de derechos y obligaciones de los pacientes.
- Guía de información para pacientes o algún medio de difusión.
- Manuales o procesos de difusión de obligaciones y derechos de los pacientes.

k. Estándar 11/11. Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.

1. Guía.

El respeto al marco cultural de los pacientes (compuesto por sus valores personales, costumbres de su comunidad o familiares y creencias espirituales o filosóficas) es una responsabilidad institucional que debe ser impulsada y garantizada por el liderazgo del establecimiento de hemodiálisis.

Cada persona interpreta la salud, la enfermedad, el tratamiento y la muerte desde su propio contexto cultural. Estos elementos pueden influir significativamente en la toma de decisiones, la adherencia al tratamiento y la relación con el equipo de salud. Por ello, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe asegurar que existan políticas y procesos institucionales que promuevan activamente la identificación, respeto y consideración del marco cultural de los

SIN VALIDEZ OFICIAL

pacientes, no sólo como una práctica clínica, sino como un principio transversal de gestión organizacional.

La identificación del marco cultural debe realizarse desde el ingreso, como parte de la valoración clínica y ser documentada en el expediente del paciente. Esta información debe actualizarse cuando existan cambios relevantes en la situación del paciente o en sus preferencias.

El proceso institucional debe considerar los siguientes aspectos:

a) Valores: autonomía en la toma de decisiones; respeto por la vida; dignidad ante el dolor o la muerte; valor del tiempo en familia; decisiones compartidas con la comunidad; preferencia por cuidados paliativos o medidas agresivas; honestidad como valor central en la relación clínica.
b) Costumbres: horarios de alimentación o de descanso; uso de remedios tradicionales o herbolarios; presencia de familiares en el proceso de atención; rituales cotidianos como rezos, música o vestimenta especial en el hospital; prácticas de autocuidado vinculadas a su entorno cultural.
c) Creencias: religiosas, espirituales o filosóficas que influyen en decisiones clínicas (por ejemplo, rechazo a transfusiones, ayuno, uso de símbolos o rituales), creencias sobre el alma, el cuerpo y la muerte.

El establecimiento debe contar con un proceso formal para responder a necesidades relacionadas con estos aspectos, incluyendo el acompañamiento por personal capacitado. Todo el personal debe ser capacitado sobre su rol en la identificación y respeto del marco cultural, a fin de que su actuación sea congruente con el enfoque centrado en la persona. El respeto por este marco cultural se debe realizar alineado al cumplimiento de la legislación sanitaria vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso institucional para identificar, registrar y actualizar el marco cultural del paciente como parte del expediente clínico.
(2) Existen mecanismos institucionales para respetar y considerar los valores, costumbres y creencias de los pacientes en la atención, cuando corresponde.
(3) El personal está capacitado sobre su rol en la identificación y respeto del marco cultural de los pacientes durante el proceso de atención, y cuenta con su constancia de capacitación en interculturalidad en salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento institucional para el registro del marco cultural en el expediente clínico.
- Formatos, secciones o campos dentro del expediente que documentan valores, costumbres y creencias.
- Documentación de adecuaciones realizadas en la atención con base en el marco cultural del paciente.
- Procesos o redes de apoyo que contemplen derivaciones a líderes religiosos, guías espirituales o intérpretes culturales.
- Registros de capacitación al personal sobre diversidad cultural, trato respetuoso y enfoque centrado en la persona.
- Manuales, lineamientos o códigos institucionales que establezcan políticas de respeto a la diversidad cultural.

C. TRANSPARENCIA

a. Estándar 1/4. Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.

1. Guía.

La implementación del MOCEBPASS requiere el compromiso activo del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento. Esta figura directiva (sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o titular del establecimiento) tiene la responsabilidad de supervisar el funcionamiento general del establecimiento de hemodiálisis y garantizar que cuente con los recursos necesarios para ofrecer servicios seguros y de calidad a la población usuaria.

Entre sus funciones se incluyen la definición, supervisión y cumplimiento de objetivos institucionales relacionados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Para asegurar su impacto y efectividad, dichas responsabilidades deben estar claramente definidas y formar parte de un proceso estructurado de evaluación del desempeño, basado en criterios específicos y alineado con el MOCEBPASS.

La evaluación del desempeño del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento no sólo permite verificar el cumplimiento de sus atribuciones, sino que también fortalece la rendición de cuentas, la mejora continua de la gestión directiva y la toma de decisiones estratégicas informadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido por escrito las responsabilidades del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento, incluyendo aquellas relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente.

(2)Se realiza al menos una evaluación anual documentada del desempeño de las personas que integran el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento

(3)La evaluación del desempeño incluye aspectos vinculados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define las responsabilidades del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento
- Informe o instrumento de evaluación anual del desempeño.
- Evidencia de que la evaluación incluye criterios relacionados con calidad y seguridad.
- Actas, reportes o minutas que documenten el análisis de resultados de la evaluación.

b. Estándar 2/4. Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis pueden complementar su operación mediante servicios subrogados, que son provistos por terceros ajenos al establecimiento. Estos servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, patología, servicios de ambulancia, mantenimiento de equipos biomédicos, limpieza y desinfección especializada, recolección de residuos peligrosos, recolección y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, servicios de esterilización, lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, control de plagas, tecnologías de la información o soporte de sistemas. La responsabilidad de supervisar los servicios subrogados corresponde al cuerpo de gobierno del establecimiento, a la alta dirección y a las personas responsables de área, según la estructura jerárquica y operativa de cada establecimiento de hemodiálisis.

La calidad de los servicios subrogados tiene un impacto directo en la experiencia de las personas usuarias, si ellos fallan en suministrar productos y/o servicios que cumplan con lo requerido (plazos de entrega, requisitos normativos, etc.) pueden impactar en la seguridad del paciente. Por ello, aunque el proveedor ejecute el servicio, la

SIN VALIDEZ OFICIAL

responsabilidad sobre la calidad del resultado final sigue siendo del establecimiento.

Cada establecimiento debe definir formalmente los criterios y especificaciones de calidad que se espera cumplir en cada servicio subrogado y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor. Estos criterios deben incluir, como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP).

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la supervisión de los servicios subrogados. La periodicidad de esta supervisión será definida por el establecimiento, en función del tipo y la criticidad del servicio, pero deberá documentarse al menos una vez al año. Dicho proceso debe incluir la evaluación del cumplimiento de las especificaciones establecidas, el registro de los resultados y la implementación de acciones correctivas o de mejora cuando se identifiquen desviaciones

Los resultados de la supervisión deben ser comunicados tanto a los responsables internos como a las personas proveedoras del servicio, y formar parte del ciclo de mejora continua del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la supervisión de los servicios subrogados.

(2) Para cada servicio subrogado, se han definido por escrito las especificaciones de calidad, las cuales incluyen al menos los elementos señalados en los incisos a) a d) descritos en la guía.

(3) El establecimiento realiza la supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado, y documenta esta supervisión al menos una vez al año.

(4) Los resultados de la supervisión se comunican a las personas responsables internas y a los proveedores del servicio, y se toman acciones correctivas o de mejora cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describa el proceso de supervisión de servicios subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listado de servicios subrogados activos, con responsables asignados para su seguimiento.
- Autorizaciones sanitarias de los servicios subrogados.
- Registros de supervisiones realizadas (formatos de verificación, listas de cotejo, evidencias documentales de cumplimiento).
- Informes de supervisión con resultados y análisis de cumplimiento.
- Evidencia de comunicación de resultados a líderes internos y personas proveedoras (actas, correos institucionales, reportes de retroalimentación).
- Registros de acciones correctivas o de mejora implementadas como resultado de la supervisión.
- Contratos, convenios o acuerdos con proveedores que incluyan criterios de calidad o cláusulas de cumplimiento.

c. Estándar 3/4. Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.

1. Guía.

Para garantizar que se cuente con espacios físicos adecuados, equipo funcional, personal suficiente u otros recursos esenciales estén disponibles conforme a las necesidades reales de operación, es indispensable que las personas responsables de cada área o servicio participen activamente en la identificación y recomendación de los recursos necesarios.

Esto incluye la evaluación periódica de los requerimientos en cuanto a infraestructura, mobiliario, tecnología médica, número y perfil del personal, y cualquier otro recurso relevante para la operación del área. Estas recomendaciones deben comunicarse a los niveles directivos o administrativos responsables de la gestión de recursos.

Adicionalmente, dado que en ocasiones los recursos disponibles no cubren completamente las necesidades o pueden verse afectados por factores externos (como escasez, fallas técnicas o rotación de personal), cada área debe contar con un proceso definido para actuar ante situaciones de insuficiencia de recursos, de forma que se preserve la seguridad y continuidad de la atención a los pacientes.

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas responsables de cada área o servicio identifican y comunican los recursos necesarios para prestar servicios, incluyendo:

(1.1) Espacio físico

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1.2) Equipamiento médico
(1.3) Personal requerido (cantidad y competencias)
(1.4) Otros recursos específicos según la naturaleza del servicio.

(2)Las personas responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso definido, documentado e implementado para actuar ante situaciones de escasez de recursos, con el fin de preservar la seguridad y continuidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos, formatos o reportes mediante los cuales las personas responsables de áreas o servicios comunican sus necesidades de espacio, equipo, personal o recursos específicos (oficios, minutas, sistemas de solicitud interna).
- Listados de requerimientos técnicos u operativos por área, firmados o validados por las personas responsables.
- Evidencia de participación en reuniones de planeación o comités donde se aborden necesidades de recursos (actas, presentaciones, correos institucionales).
- Procesos institucionales para la gestión de escasez de recursos, incluidos planes de contingencia o rutas críticas.
- Manuales o lineamientos internos que definan el proceso de evaluación y solicitud de recursos operativos.

d. Estándar 4/4. Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, es importante que el personal profesional que forma parte de cada área o servicio cuente con la preparación, experiencia y competencias necesarias para realizar sus funciones de manera segura y efectiva.

Por eso, las personas responsables de cada área o servicio deben participar en la definición de los criterios que debe cumplir el personal que se integra a sus equipos. Esto incluye aspectos como nivel educativo, conocimientos técnicos, habilidades prácticas, experiencia previa y otros requisitos relevantes para cada función.

Cuando el proceso de contratación no depende directamente del establecimiento, esta participación puede darse a través de la emisión de criterios, revisión de perfiles, entrevistas o recomendaciones, según aplique en el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas responsables de cada área o servicio participan en la definición o validación de los criterios que debe cumplir el personal profesional que integrará su equipo, incluyendo nivel educativo, conocimientos, habilidades y experiencia.

(2)El establecimiento considera estos criterios para la selección o recomendación del personal profesional asignado a cada área.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos institucionales que describan los criterios de selección del personal profesional por área o servicio (perfiles de puesto, matrices de competencias, lineamientos internos, etc.).
- Evidencia de participación de personas responsables de área en la definición o validación de estos criterios (actas de reunión, correos institucionales, reportes de planeación de personal).
- Registros de procesos de selección o recomendación en los que se haya aplicado o considerado la opinión técnica de los responsables de área.
- Solicitudes o propuestas justificadas de incorporación de personal elaboradas por responsables de área.
- Instrumentos de evaluación o entrevistas técnicas aplicadas en procesos de selección con participación del liderazgo del área.

D. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/7. Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.

1. Guía.

Como parte de su responsabilidad institucional, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección y liderazgo del establecimiento deben asegurar que la planificación y organización de los servicios esté alineada con las características, necesidades y contexto sociocultural de la población a la que atienden.

Para ello, el establecimiento de hemodiálisis debe contar con un diagnóstico actualizado de su comunidad de referencia, que considere datos demográficos (edades, género, nivel socioeconómico, escolaridad, entre otros), epidemiológicos (como prevalencia de enfermedades crónicas o infecciosas, factores de riesgo asociados, entre otros) y culturales relevantes que pueden influir en el acceso o

SIN VALIDEZ OFICIAL

aceptación de los servicios, así como grupos prioritarios (incluyendo grupos étnicos y poblaciones en situación de vulnerabilidad), barreras de acceso y condiciones sociales que incidan en la salud de la población usuaria.

Este diagnóstico debe orientar las decisiones estratégicas sobre la oferta de servicios y estar acompañado por una estrategia de comunicación institucional activa y continua con la comunidad, a través de medios adecuados al contexto (digitales, impresos, presenciales o comunitarios), para:

a) Informar sobre los servicios disponibles, horarios, y proceso para obtener la atención.
b) Informar sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y organizaciones que reciben o envían pacientes.
c) Fortalecer la relación institucional con actores clave de la comunidad.

La responsabilidad de garantizar este vínculo estratégico con la comunidad debe recaer en el gobierno y liderazgo del establecimiento, quienes deben integrar estos elementos en la planeación institucional, en coherencia con la misión y el compromiso social del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido su área geográfica de influencia y los grupos de población y actores clave que atiende.
(2) Se cuenta con un diagnóstico documentado que describe las características demográficas, epidemiológicas, culturales y sociales de la población que atiende.
(3) Existe una estrategia de comunicación institucional vigente, orientada a la comunidad y adecuada a su contexto.
(4) Se proporciona información clara y accesible sobre los servicios, horarios y proceso para obtener la atención.
(5) El establecimiento comunica de forma periódica información relacionada con la calidad de los servicios prestados.

(A). Referencia de apoyo.

- Diagnóstico de salud de la comunidad elaborado con base en datos demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales actualizados.
- Registros o reportes de actividades de participación comunitaria o vinculación con actores clave (autoridades locales, organizaciones comunitarias, grupos prioritarios).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Plan o estrategia de comunicación institucional dirigida a la comunidad, que incluya medios de difusión, públicos objetivo, mensajes clave y periodicidad.
- Materiales informativos utilizados para comunicar a la comunidad sobre los servicios, horarios y proceso de atención (folletos, carteles, redes sociales, sitio web, etc.).
- Evidencia de divulgación de resultados de calidad (boletines, informes, presentaciones públicas) orientados a población usuaria y organizaciones vinculadas.
- Registros de interacción o retroalimentación comunitaria, tales como encuestas de percepción, buzones comunitarios, entre otros.

b. Estándar 2/7. Medición de la cultura de seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

La cultura de seguridad del paciente es un componente esencial en la consolidación de organizaciones seguras, resilientes y comprometidas con la mejora continua. En los establecimientos de hemodiálisis, medir esta cultura permite identificar fortalezas y áreas de oportunidad para fortalecer el cuidado, reducir riesgos y tomar decisiones estratégicas basadas en evidencia.

La cultura de seguridad del paciente se define como el producto de valores, percepciones, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y colectivos que reflejan el compromiso institucional y la manera en que el establecimiento gestiona la seguridad del paciente. Una cultura positiva se caracteriza por la existencia de comunicación fundamentada en la confianza mutua, percepción compartida de la importancia de la seguridad y reconocimiento de la eficacia en las medidas preventivas.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe asegurar que esta cultura se mida, al menos una vez al año, conforme a lo establecido en la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente (AESP 8) mediante instrumentos validados. Uno de los instrumentos de referencia es la encuesta desarrollada por la Agencia para la Investigación en Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ), o la versión adaptada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), las cuales permiten:

a) Sensibilizar al personal sobre la importancia de la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad en el establecimiento
c) Identificar áreas de fortaleza y mejora de la cultura de seguridad del paciente.
d) Medir los cambios en la cultura institucional a lo largo del tiempo.
e) Evaluar el impacto de intervenciones y estrategias implementadas para la seguridad del paciente.
f) Comparar resultados dentro del propio establecimiento o con otras instituciones similares.

La aplicación de esta medición debe considerar a personal clínico y no clínico, incluir todos los turnos y representar a las distintas funciones operativas. Los resultados obtenidos deben analizarse y utilizarse para priorizar áreas de mejora y definir las estrategias para mejorar las prioridades identificadas. La información obtenida se toma en cuenta para el diseño de los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS, en especial al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para medir y analizar la cultura de seguridad del paciente.
(2) Se ha definido el cuestionario validado que será utilizado para llevar a cabo la medición.
(3) Se ha determinado una muestra representativa, que incluye personal clínico y no clínico de todos los turnos.
(4) El cuestionario se aplica conforme a la periodicidad definida en la AESP 8.
(5) Los resultados de la medición se analizan de manera documentada anualmente.
(6) Se identifican prioridades de mejora con base en el análisis de los resultados.
(7) Se diseñan e implementan acciones y estrategias institucionales dirigidas a mejorar dichas prioridades.
(8) La información obtenida se vincula con los procesos clínicos y de gestión, y se integra al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que avale la implementación de la AESP 8.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Encuesta AHRQ u otro instrumento validado de medición de cultura de seguridad.
- Procedimiento documentado para la medición.
- Criterios de selección de muestra.
- Resultados analizados de las mediciones anteriores.
- Planes de mejora derivados de las prioridades identificadas.
- Registro de acciones implementadas.

c. Estándar 3/7. Implementación de un programa de cultura justa.

1. Guía.

La cultura justa reconoce que los errores en los procesos de atención a la salud son en gran parte resultado de sistemas complejos e inseguros, y que las personas, aun actuando con buena intención, pueden cometer errores. Promueve un equilibrio en la responsabilidad individual y de la organización, el tratamiento que se le da a los actos cometidos (considera tanto las circunstancias como la intención), los conocimientos entre otros, para determinar las acciones ya sean individuales o institucionales, en un entorno de aprendizaje y mejora continua.

Un establecimiento con cultura justa distingue entre conductas humanas aceptables e inaceptables. No se castigan los errores derivados de decisiones razonables o de fallos del sistema; sin embargo, se actúa de forma proporcional ante conducta temeraria, incumplimientos intencionales o conductas de riesgo no justificadas.

El objetivo del programa de cultura justa es generar un ambiente de confianza en el que las personas puedan reportar errores, incidentes o condiciones inseguras sin temor a represalias. Esta apertura permite analizar los factores contribuyentes, fortalecer los procesos y prevenir daños futuros.

El programa de cultura justa debe estar formalmente adoptado, implementado por personas calificadas, y contener directrices claras sobre la clasificación de conductas (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria) y sus respectivas respuestas organizacionales. Su implementación debe formar parte integral del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

El programa debe contemplar al menos los siguientes elementos:

a) Declaratoria de compromiso del liderazgo: Documento firmado y difundido institucionalmente en el que el liderazgo asume públicamente su compromiso con la cultura justa, promueve su

SIN VALIDEZ OFICIAL

adopción y garantiza su sostenibilidad mediante apoyo operativo, técnico y simbólico.

b) Análisis de resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente y de cultura justa: El programa parte de los hallazgos de la evaluación institucional de la cultura de seguridad y de cultura justa, utilizando sus resultados para identificar oportunidades de fortalecimiento y orientar las actividades de sensibilización, formación y ajuste de procesos.
c) Capacitación en cultura justa y gestión organizacional del error: Formación obligatoria y documentada para todo el personal (clínico y no clínico), enfocada en los principios de la cultura justa, tipos de conducta, toma de decisiones seguras y el rol de los sistemas en la ocurrencia de errores.
d) Fortalecimiento del enfoque no punitivo en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad: Integración explícita de los principios de cultura justa en el sistema institucional de notificación, garantizando la confidencialidad, protección del personal notificante y una respuesta centrada en el análisis sistémico y el aprendizaje, no en la sanción.
e) Evaluar las conductas del personal de salud y respuestas organizacionales: Inclusión de un marco formal que permita clasificar la conducta involucrada en un incidente relacionado con la seguridad (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria), con criterios claros para la aplicación de medidas tanto individuales como organizacionales de forma proporcional y ética.
f) Proporcionar apoyo a las segundas víctimas: Definición de un mecanismo institucional formal para brindar apoyo emocional, psicológico y organizacional al personal de salud que ha estado involucrado en un evento relacionado con la seguridad del paciente y que experimenta impacto emocional o afectación funcional como resultado del mismo.
g) Indicadores del programa: Definición y monitoreo de indicadores específicos relacionados con el programa, como el número de reportes gestionados con enfoque justo, resolución de casos según tipificación de conductas o percepción del personal sobre la equidad organizacional.
h) Reevaluación periódica del programa: Evaluación formal y documentada de la implementación, efectividad y áreas de mejora del programa, con base en los resultados de sus indicadores, los eventos gestionados y la percepción del personal, con ajustes programados según necesidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha adoptado formalmente un programa de cultura justa como parte del modelo de gestión de calidad y seguridad del paciente.

(2)Existe una declaratoria institucional de compromiso del liderazgo con la cultura justa, firmada y difundida.

(3)El programa de cultura justa utiliza los resultados de la evaluación institucional de la cultura de seguridad del paciente y cultura justa para definir sus prioridades y acciones.

(4)El personal del establecimiento ha recibido capacitación sobre los principios de cultura justa, gestión del error y tipos de conducta.

(5)El sistema institucional de notificación de eventos adversos y cuasifallas ha incorporado principios de cultura justa que fortalecen el enfoque no punitivo.

(6)El programa incluye un marco de evaluación de conductas (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria) y establece respuestas individuales y organizacionales proporcionales.

(7)Se han definido e implementado indicadores específicos para el seguimiento del programa.

(8)Se realiza una evaluación periódica documentada del programa, con base en sus indicadores, y se aplican ajustes conforme a los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del programa de cultura justa, vigente y aprobado formalmente.
- Declaratoria firmada de compromiso del liderazgo institucional con la cultura justa (circulares, comunicados, actas de sesión, medios internos de difusión).
- Informe de resultados de la evaluación institucional de la cultura de seguridad del paciente y la cultura justa, así como evidencia de su uso en el diseño del programa.
- Listas de asistencia, constancias y contenidos de capacitación impartida sobre cultura justa, gestión del error y toma de decisiones seguras.
- Procedimiento o evidencia de adecuación del sistema de notificación de eventos adversos con incorporación del enfoque no punitivo.
- Documento que describe la tipificación de conductas (error humano, conducta riesgosa, negligencia intencional) y las acciones organizacionales asociadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de indicadores específicos del programa y reportes de monitoreo.
- Informe de evaluación periódica del programa y plan de mejora derivado de dicha revisión.
- Indicadores definidos por el establecimiento, que pueden incluir, entre otros:
  - Porcentaje de incidentes con clasificación de conducta temeraria o riesgosa.
  - Resultados de la evaluación periódica de la cultura justa y la cultura de seguridad.
  - Porcentaje de incidentes en los que la organización respaldó una decisión clínica bajo circunstancias adversas que no le permitieron tomar la conducta ideal.
  - Número de casos identificados como segundas víctimas y porcentaje de ellos que recibieron apoyo formal.
  - Comparativo de implementación del programa entre áreas clínicas, para identificar oportunidades de mejora y madurez organizacional.

d. Estándar 4/7. Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.

1. Guía.

Situar a la persona usuaria en el centro del sistema de salud implica comprender su experiencia de manera integral. La experiencia del paciente abarca no solo la atención clínica recibida, sino también el entorno físico, la comunicación, la coordinación de los servicios y la interacción con todo el personal a lo largo del proceso de atención, incluso puede abarcar la experiencia antes y después del contacto con el establecimiento.

Según la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la experiencia del paciente se refiere a todas las interacciones que un paciente tiene con el sistema de atención, incluyendo el acceso, la atención recibida y el trato de las y los profesionales de la salud. Por ejemplo, medir la experiencia puede incluir: obtención de citas oportunas, facilidad para comprender la información brindada, continuidad de la atención entre visitas o sesiones, participación del paciente en la toma de decisiones de su tratamiento

A diferencia de la satisfacción, que expresa una percepción subjetiva, la experiencia del paciente se basa en elementos tangibles y medibles de la atención médica. Es importante distinguir entre satisfacción del paciente y experiencia del paciente, ya que, aunque ambos términos

SIN VALIDEZ OFICIAL

suelen usarse indistintamente, en realidad se refieren a conceptos distintos. La satisfacción expresa el nivel de complacencia respecto a la atención recibida y está influida por expectativas individuales; en cambio, la experiencia del paciente se centra en aspectos objetivos del proceso de atención. Una persona puede sentirse satisfecha a pesar de haber tenido una experiencia negativa, o puede haber tenido una experiencia positiva, aunque sus expectativas no hayan sido totalmente cumplidas.

Medir la experiencia del paciente permite al establecimiento identificar fortalezas y áreas de mejora desde la perspectiva de quienes reciben la atención. La medición puede realizarse mediante encuestas validadas, entrevistas estructuradas, grupos focales u otros métodos definidos por el establecimiento, considerando su contexto, población atendida y recursos disponibles. La clave está en utilizar la información recolectada para analizar causas, rediseñar procesos y aplicar estrategias que mejoren la experiencia del paciente de forma continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes.

(2) La experiencia del paciente se mide de forma regular durante todo el año mediante una herramienta estandarizada, adecuada al contexto del establecimiento.

(3) La información recolectada sobre la experiencia del paciente se analiza para identificar oportunidades de mejora en los procesos y se utiliza para implementar estrategias institucionales de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describa el proceso para la medición de la experiencia del paciente.
- Instrumento estandarizado utilizado para la medición (encuesta validada, guía de entrevista, formato de grupo focal, etc.).
- Evidencia de aplicación periódica del instrumento (cronograma, registros de aplicación, muestras aplicadas).
- Bases de datos o reportes generados con los resultados de las mediciones realizadas.
- Análisis de resultados y reportes de oportunidades de mejora derivadas de la evaluación de la experiencia del paciente.
- Documentación de estrategias implementadas en respuesta a los hallazgos (planes de mejora, acciones correctivas, campañas, rediseños de procesos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Actas de reuniones, comités o equipos que analicen o tomen decisiones en función de los resultados.

e. Estándar 5/7. Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.

1. Guía.

La coordinación e integración de servicios es fundamental para ofrecer una atención segura y de calidad en un establecimiento de hemodiálisis. Cuando los equipos multidisciplinarios trabajan de forma organizada y colaborativa, los procesos fluyen con mayor eficiencia, se evitan errores o duplicaciones, y se optimiza el uso de los recursos disponibles.

Esto implica que haya comunicación clara y efectiva entre las personas responsables de los distintos servicios (por ejemplo: rehabilitación, nutrición, trabajo social, entre otros), cada profesional debe contribuir al cuidado de la persona usuaria desde su rol específico, pero siempre de manera articulada con el resto del equipo.

La coordinación multidisciplinaria es particularmente crítica en establecimientos de hemodiálisis, donde el trabajo conjunto de diversos equipos (que incluyen personal clínico y no clínico) es indispensable para garantizar la continuidad y seguridad del tratamiento, el cumplimiento de los protocolos de atención y la satisfacción de los pacientes.

Esta coordinación debe darse tanto al interior de cada servicio o área (entre sus integrantes), como entre diferentes servicios, promoviendo una visión de sistema que elimine la fragmentación, fomente la corresponsabilidad y mejore la eficiencia organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se evidencia la coordinación y la integración del trabajo entre las personas que conforman cada servicio o área del establecimiento.

(2) Se evidencia la coordinación y la integración entre distintos servicios o áreas del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos que describan los procesos de coordinación interna entre servicios (protocolos de atención, manuales operativos).
- Actas, minutas o evidencias de reuniones periódicas entre equipos clínicos y no clínicos para la toma de decisiones conjuntas o seguimiento de casos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de comunicación institucional entre servicios o áreas (correos institucionales, formatos de referenciación interna, reportes de coordinación).
- Evidencia de actividades o proyectos que involucren colaboración entre distintos servicios (planes de mejora, comités multidisciplinarios, capacitaciones conjuntas).
- Indicadores o reportes que reflejen mejoras asociadas a la coordinación entre áreas (reducción de duplicidades, continuidad del tratamiento, cumplimiento de protocolos).

f. Estándar 6/7. Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis tienen la responsabilidad ética y legal de asegurar que todas sus acciones (clínicas, administrativas y comerciales) se lleven a cabo con integridad, equidad y respeto a los derechos de los pacientes, su personal y su comunidad. Para lograrlo, el establecimiento debe contar con un marco institucional para el manejo ético, que oriente la conducta de su personal y garantice la protección de los pacientes.

Este marco debe incluir principios y lineamientos para:

a) La resolución de conflictos de interés (comerciales, contractuales, profesionales, entre otros).
b) La divulgación clara y honesta de los servicios que ofrece el establecimiento.
c) Políticas claras para la admisión, transferencia y alta.
d) La mercadotecnia institucional, sin prácticas engañosas o que generen falsas expectativas.
e) La facturación y cobro de servicios de forma precisa y transparente.
f) La resolución de conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

Además, el marco ético debe respaldar la toma de decisiones clínicas en situaciones complejas o dilemas éticos, ofreciendo al personal mecanismos de consulta y apoyo.

Para ello, el establecimiento debe contar (directamente o a través de instancias regionales o institucionales) con un grupo interdisciplinario o comité que tenga las siguientes funciones:

i. Analizar, orientar y apoyar en la toma de decisiones sobre dilemas éticos relacionados con la atención.
ii. Resolver conflictos que puedan comprometer el bienestar de los pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iii. Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas en atención y gestión.

Este marco debe estar alineado con la normatividad aplicable y ser conocido por el personal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un marco institucional para el manejo ético que protege los derechos de los pacientes y guía la atención clínica y la gestión administrativa.

(2) El marco ético contempla políticas claras y documentadas sobre admisión, transferencia, alta, facturación, mercadotecnia, divulgación de servicios y resolución de conflictos de interés.

(3) El marco ético institucional incluye políticas claras y documentadas sobre los lineamientos descritos en los incisos a) a f).

(4) El establecimiento implementa acciones para cumplir con los lineamientos contenidos en los incisos a) a f), incluyendo mecanismos de resolución y supervisión.

(5) Existe un equipo o mecanismo interdisciplinario responsable de analizar, discutir y dar seguimiento a situaciones éticas relacionadas con la atención.

(6) El personal que enfrenta dilemas éticos en la atención clínica cuenta con respaldo institucional y tiene acceso oportuno a mecanismos de orientación, consulta o apoyo.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el marco ético vigente (manual, código, política o lineamiento ético-institucional).
- Políticas o procesos específicos sobre admisión, transferencia, alta, facturación, mercadotecnia y divulgación de servicios.
- Documentación sobre la resolución de conflictos de interés o situaciones éticamente sensibles (actas, oficios, reportes de análisis).
- Actas, informes o evidencias del funcionamiento del comité o grupo interdisciplinario que da seguimiento a temas éticos.
- Registros de orientación brindada al personal ante dilemas éticos (consultas documentadas, acompañamiento de casos, asesoría ética).
- Materiales de difusión interna del marco ético (carteles, correos institucionales, sesiones informativas, capacitaciones).
- Registro de actualización del marco ético alineado con la normatividad aplicable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/7. Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, los pacientes y sus cuidadores primarios tienen el derecho a expresar libremente sus quejas, desacuerdos o preocupaciones relacionadas con la atención recibida. Estas manifestaciones no deben considerarse como confrontación, sino como oportunidades para mejorar la calidad del servicio, fortalecer la confianza institucional y asegurar una atención centrada en la persona.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional que:

a) Informe a los pacientes y cuidadores primarios sobre cómo presentar una queja o expresar una diferencia de opinión.
b) Incluya mecanismos de análisis, seguimiento y resolución de manera oportuna de las quejas, conflictos o desacuerdos, siempre que sea posible.
c) Permita la participación de los pacientes y sus cuidadores primarios en el proceso de resolución, cuando corresponda.
d) Defina tiempos específicos de respuesta, conforme a los compromisos institucionales de calidad y trato digno, y toma como referencia los lineamientos aplicables vigentes.

Este proceso debe estar alineado con la cultura de derechos del paciente, con un enfoque no punitivo, y debe incluir mecanismos para identificar patrones y tendencias que puedan ser objeto de mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para que los pacientes y sus cuidadores primarios puedan expresar quejas, conflictos o diferencias de opinión sobre la atención recibida.
(2) Se informa a los pacientes y cuidadores primarios, de forma accesible y comprensible, sobre este proceso desde el inicio de la atención.
(3) El proceso contempla tiempos de respuesta, los cuales son conocidos por los usuarios y supervisados por el establecimiento.
(4) El establecimiento investiga y da seguimiento las quejas, conflictos y diferencias de opinión con base en el proceso definido y, de ser posible, se resuelven dichas situaciones de forma oportuna.
(5) El paciente y su cuidador primario participan en el proceso de resolución, cuando así lo requieran o sea pertinente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional documentado para la recepción, análisis, seguimiento y resolución de quejas, conflictos o diferencias de opinión.
- Formatos, buzones físicos o digitales, plataformas o medios establecidos para la recepción de quejas (formularios, correos, códigos QR, etc.).
- Materiales informativos visibles y accesibles para los pacientes y cuidadores primarios (carteles, trípticos, señalética, videos institucionales).
- Registro o bitácora de quejas, conflictos o diferencias de opinión, con fechas, descripciones, responsables asignados y resolución final (cuando aplique).
- Evidencia de que se informa a los pacientes sobre este proceso desde su ingreso (checklist de ingreso, hoja de derechos, formatos de orientación).
- Indicadores de cumplimiento de tiempos de respuesta y reportes de supervisión sobre el proceso.
- Actas, minutas o reportes de reuniones de seguimiento de quejas o comités relacionados.
- Registros que evidencien la participación del paciente y su cuidador primario en la resolución de sus inconformidades (cuando corresponda).
- Análisis de tendencias, reportes consolidados o acciones de mejora derivadas de las quejas recibidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

VII. EJE ESTRUCTURAL: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

La administración efectiva de la información es fundamental para la toma de decisiones clínicas, operativas y estratégicas. Este eje estructural evalúa la capacidad del establecimiento para gestionar datos de manera segura, accesible, íntegra y útil, garantizando su disponibilidad oportuna y el cumplimiento de normativas aplicables en materia de protección de datos y sistemas de información.

Componente	Estándar	
A. Gestión de datos e información institucional	1	Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.
	2	Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.
	3	Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.
	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.
	5	Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.
	6	Conservación de los datos e información institucional.
	7	Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.
	8	Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.
	9	Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.
B. Gestión documental y sistemas de información	1	Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.
	2	Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.
	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.
	4	Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención
	5	Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.
	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.
C. Monitoreo y análisis de información	1	Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.
	2	Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.
	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente		Estándar
C. Monitoreo y análisis de información	4	Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.
D. Comunicación y acceso a la información	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.
	2	Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.
	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.
	4	Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.
	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.
	6	Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

A. GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/9. Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.

1. Guía.

La información generada en un establecimiento de hemodiálisis es clave para brindar atención segura, coordinar al equipo de trabajo y tomar decisiones efectivas. Para asegurar que esta información, que incluya tanto los datos clínicos como los administrativos y operativos, sea útil, confiable y accesible, el establecimiento debe contar con un proceso institucional para su gestión.

Este proceso debe incorporar los aportes y necesidades de diferentes fuentes, tales como:

a) El personal clínico y no clínico que genera y consulta datos en la atención diaria.
b) Las personas líderes responsables de las áreas y servicios.
c) Y los actores externos que requieren información institucional, como aseguradoras, autoridades sanitarias, servicios subrogados u otros prestadores.

Además, el proceso debe tomar en cuenta:

i. La misión y servicios que ofrece el establecimiento.
ii. El nivel de complejidad y tamaño del establecimiento.
iii. Los recursos humanos y tecnológicos disponibles, asegurando usabilidad, accesibilidad y utilidad en todos los niveles de operación.
iv. La necesidad de facilitar la comunicación efectiva entre los equipos multidisciplinarios.
v. La legislación aplicable vigente.

Finalmente, es necesario definir qué datos e información deben gestionarse de forma estandarizada para que puedan agruparse, categorizarse y analizarse, facilitando la identificación de patrones y tendencias.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido los datos e información que deben ser gestionados de forma estandarizada, de acuerdo con su relevancia clínica y operativa.

(2)Se cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la gestión de datos e información.

(3)El proceso para la gestión de la información toma en cuenta las necesidades de las fuentes mencionadas en los incisos a) a la c).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El proceso considera la misión, los servicios ofrecidos, los recursos disponibles, el nivel de complejidad del establecimiento y la legislación aplicable vigente.
(5)El proceso permite organizar y analizar la información para identificar patrones, tendencias y oportunidades de mejora.

(A) Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define los datos e información que deben gestionarse de forma estandarizada.
- Documento institucional que defina el proceso para la gestión de información clínica y administrativa.
- Evidencia de participación del personal clínico y no clínico en el diseño del proceso de información.
- Ejemplos de informes institucionales que reflejan la agrupación, categorización o análisis de datos.
- Indicadores o reportes que muestran el uso de la información para la mejora de procesos o la toma de decisiones.

b. Estándar 2/9. Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.

1. Guía.

La información generada y utilizada en un establecimiento de hemodiálisis puede contener datos sensibles que requieren medidas específicas de protección. Esta información incluye tanto contenidos clínicos como administrativos, operativos, financieros o relacionados con el personal, cuya difusión o uso indebido puede afectar los derechos de los pacientes o del equipo de salud.

El establecimiento debe identificar, a través de un análisis multidisciplinario, qué información será considerada confidencial. Esto puede incluir:

a) Los expedientes clínicos.
b) Información sobre el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
c) Datos personales, financieros o contractuales del personal o de los pacientes.
d) Información generada por proyectos de investigación, entre otros.

Con base en esta identificación, el establecimiento debe definir un proceso documentado que regule el acceso, manejo, almacenamiento y protección de dicha información. Este proceso debe contemplar tanto medidas técnicas como administrativas y debe alinearse con la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Asimismo, se debe establecer un mecanismo para garantizar que los pacientes puedan acceder, de forma segura y controlada, a su propia información, asegurando la confidencialidad de otros pacientes o terceros.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado, mediante un análisis multidisciplinario, qué datos clínicos y no clínicos son considerados confidenciales.

(2) Se define un proceso institucional documentado e implementado para proteger la confidencialidad de esta información, conforme a la legislación aplicable.

(3) El establecimiento supervisa el cumplimiento del proceso para garantizar su aplicación.

(4) El personal conoce y aplica las medidas establecidas para garantizar la confidencialidad de la información.

(5) El establecimiento ha definido un proceso documentado, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que los pacientes puedan acceder a su información.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que identifica y clasifica los tipos de información confidencial en el establecimiento.
- Procedimiento documentado que regula el acceso, manejo, almacenamiento y resguardo de la información confidencial.
- Registros de sesiones de capacitación al personal sobre confidencialidad y manejo de información sensible.
- Evidencia de implementación de medidas técnicas y administrativas para garantizar la confidencialidad (controles de acceso, resguardo físico/digital, autorizaciones).
- Auditorías, supervisiones o reportes institucionales que verifiquen el cumplimiento del proceso de protección de la confidencialidad.
- Procedimiento documentado para garantizar que los pacientes puedan acceder a su información clínica.
- Registros de solicitudes y respuestas de acceso a información por parte de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/9. Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.

1. Guía.

La seguridad de la información es una responsabilidad fundamental en los establecimientos de hemodiálisis. Para garantizar que los datos no se alteren, pierdan o utilicen de forma indebida, el establecimiento debe definir e implementar medidas que aseguren la integridad y protección de toda la información generada.

Estas medidas deben establecer qué datos son sensibles o críticos, quién puede acceder a ellos y qué condiciones deben cumplirse para su consulta, modificación o resguardo. El acceso debe definirse con base en el perfil del personal, su función específica y su nivel de responsabilidad, incluyendo al personal en formación.

El proceso debe especificar:

a) Qué datos e información tiene acceso el personal.
b) Las responsabilidades del personal sobre el resguardo, integridad y manejo de los datos e información.
c) Y las acciones que se deben seguir en caso de una violación a la confidencialidad, seguridad o integridad de los datos e información.
d) Las medidas toman en cuenta todos los datos e información que genera el establecimiento, incluyendo lo relacionado con el plan de mejora de calidad y seguridad del paciente.

Un aspecto importante es asegurar que solo el personal autorizado pueda ingresar información al expediente clínico, y que exista trazabilidad sobre cada acceso o modificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido procesos institucionales documentados para garantizar la seguridad e integridad de los datos e información generados, incluyendo niveles diferenciados de seguridad según su clasificación.

(2) Se identifican las personas autorizadas para acceder a cada tipo de información, conforme a su función, y se garantiza que el acceso esté restringido según los niveles definidos.

(3) El proceso está implementado y cuenta con mecanismos de supervisión periódica para verificar su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para la gestión de la seguridad e integridad de la información clínica y no clínica.
- Matriz de clasificación de la información por niveles de sensibilidad o acceso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de personal autorizado para acceder a cada categoría de información, conforme a funciones o perfiles.
- Evidencia de restricciones técnicas y administrativas de acceso a sistemas (bitácoras, contraseñas, roles, permisos).
- Registros de capacitación al personal sobre manejo seguro de información y protección de datos.
- Informes o actas de supervisión interna del seguimiento del proceso de seguridad e integridad de la información.

d. Estándar 4/9. Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis están obligadas a proteger la información personal que recaban, almacenan o transfieren durante la prestación de servicios, conforme a la legislación aplicable vigente.

Deben garantizar el respeto a los principios de licitud, consentimiento, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad en el uso de la información de sus pacientes, personal y otros actores relacionados con su operación. Para garantizar este cumplimiento, el establecimiento debe establecer un marco institucional para la protección de datos personales, con base en un análisis multidisciplinario, que contemple:

i. La identificación de manera multidisciplinaria de los procesos, momentos, responsables y áreas involucradas en el tratamiento de datos personales.

ii. La elaboración y difusión del aviso de privacidad, en formato físico o electrónico, conforme a los principios legales de información, consentimiento y finalidad, conforme a la legislación aplicable vigente. Incluye los siguientes datos:

   a) La identidad y domicilio del responsable.
   b) Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, identificando aquéllos que son sensibles.
   c) Las finalidades del tratamiento de datos personales, distinguiendo aquéllas que requieren el consentimiento de la persona titular.
   d) Las opciones y medios que el responsable ofrezca a las personas titulares para limitar el uso o divulgación de los datos.
   e) Los mecanismos, medios y procesos para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), de conformidad con lo dispuesto en esta Ley.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) El procedimiento y medio por el cual el responsable comunicará a las personas titulares de cambios al aviso de privacidad, de conformidad con lo previsto en esta Ley.

iii. Las medidas administrativas y técnicas para asegurar el control, supervisión y evaluación de la seguridad, confidencialidad, conservación y destrucción controlada de la información.

iv. El consentimiento libre, específico e informado de las personas para el tratamiento de su información, cuando sea requerido por ley.

Este marco forma parte de una cultura organizacional que promueva activamente el respeto al derecho a la autodeterminación informativa de los pacientes, respeto a la privacidad y el uso ético de los datos personales.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un aviso de privacidad vigente, accesible y visible, que incluye lo mencionado en los incisos de a) al f), conforme a la legislación aplicable.

(2)Se ha realizado un análisis institucional para identificar procesos y responsables involucrados en el tratamiento de datos personales.

(3)Existen mecanismos documentados de control y supervisión para garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales en materia de protección de datos personales.

(A). Referencia de apoyo.

- Aviso de privacidad vigente en formato impreso y/o digital, disponible para pacientes y personal.
- Documento de análisis institucional o mapeo de procesos que involucran tratamiento de datos personales.
- Manuales, protocolos o políticas internas de cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
- Registros de capacitación del personal sobre protección de datos personales y derechos ARCO.
- Informes de evaluación o auditoría interna del cumplimiento normativo.

e. Estándar 5/9. Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.

1. Guía.

La información clínica y datos personales de los pacientes, que se documentan en formato físico, electrónico o híbrido, es importante para la continuidad, seguridad y calidad de la atención a lo largo del

SIN VALIDEZ OFICIAL

tiempo. Esta información debe ser tratada como confidencial en todas las fases de su manejo, garantizando su resguardo y uso exclusivo por personas autorizadas.

El establecimiento debe implementar políticas y procesos que aseguren la confidencialidad, protección y seguridad, en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

Estas políticas deben incluir:

a) La difusión de la clasificación formal de la información clínica como confidencial.
b) Información clara para los pacientes sobre cómo se protege su información, en qué casos puede ser divulgada y bajo qué mecanismos se solicita su autorización.
c) Medidas para evitar divulgaciones no autorizadas en entornos públicos o digitales.
d) Capacitación continua del personal clínico y no clínico sobre la confidencialidad, protección y seguridad de la información clínica y datos personales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento informa a los pacientes sobre las medidas para garantizar la confidencialidad de su información, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El establecimiento solicita y documenta la autorización expresa de los pacientes para la divulgación de información no amparada por la legislación aplicable vigente.

(3) La información clínica del paciente está clasificada y protegida como confidencial, y su acceso está regulado por mecanismos formales de control.

(4) El personal ha sido capacitado sobre el resguardo y uso responsable de la información clínica confidencial.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas o procesos institucionales que incluyan acciones sobre confidencialidad, resguardo y divulgación de la información clínica, vigente y aprobado formalmente.
- Materiales informativos dirigidos a pacientes sobre la protección de sus datos personales y los derechos relacionados con su expediente clínico (folletos, carteles, sección en la hoja de ingreso, etc.).
- Formatos de consentimiento informado o autorizaciones específicas firmadas por el paciente para divulgar información en casos no previstos por la normativa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documento que clasifique la información clínica como confidencial y regule su acceso (política de privacidad, manual de gestión de la información clínica, etc.).
- Listados de control de acceso a expedientes clínicos físicos o electrónicos (roles autorizados, bitácoras de acceso, permisos en sistemas informáticos).
- Evidencia de capacitación al personal clínico y no clínico sobre la confidencialidad, seguridad y protección de la información (constancias, listas de asistencia, contenidos de capacitación).
- Reportes o registros de supervisión interna o auditoría sobre el cumplimiento de las políticas de confidencialidad.
- Actas de comités, reportes de incidentes o acciones correctivas en casos de vulneración de la confidencialidad (cuando aplique).

f. Estándar 6/9. Conservación de los datos e información institucional.

1. Guía.

La información generada en los establecimientos de hemodiálisis (como los expedientes clínicos, reportes administrativos, registros operativos o bases de datos) debe conservarse por un periodo que permita para cumplir con la legislación aplicable vigente, así como con los requerimientos institucionales (incluyendo fines de investigación y educación), operativos y de seguimiento clínico (como el respaldo a la atención de los pacientes).

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la conservación de la información, que establezca:

a) Los tiempos de conservación de cada tipo de dato o documento, conforme a la legislación aplicable vigente (por ejemplo, cinco años para expedientes clínicos a partir del último acto médico).

b) Las medidas necesarias para resguardar su confidencialidad y seguridad durante ese periodo.

c) Y los criterios y pasos para su destrucción segura una vez que se cumpla el periodo establecido.

Este proceso debe aplicarse tanto a la información física como digital, considerando los riesgos de pérdida, daño o acceso indebido.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para la conservación de los datos e información que genera.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El proceso establece los tiempos de conservación de los datos e información, de acuerdo con las necesidades institucionales y a la legislación aplicable vigente.
(3)Se implementan medidas de seguridad y confidencialidad durante el periodo de conservación.
(4)La información se destruye de forma controlada y segura al finalizar el periodo establecido, conforme a criterios institucionales.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado sobre conservación, resguardo y destrucción de información clínica y no clínica.
- Tablas o registros de tiempos de conservación por tipo de documento.
- Evidencia de aplicación de medidas de seguridad y confidencialidad durante el almacenamiento.
- Registros o actas de eliminación segura de documentos físicos o electrónicos.

g. Estándar 7/9. Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.

1. Guía.

Los datos e información que genera y utiliza un establecimiento de hemodiálisis (tanto en formato físico como electrónico) deben estar protegidos en todo momento frente a riesgos de pérdida, destrucción, alteración o acceso no autorizado. Para ello, el establecimiento debe contar con una política o proceso documentado que defina los mecanismos, responsables, medidas preventivas y acciones correctivas en caso de incidentes relacionados con la seguridad de la información. Esto incluye información clínica, administrativa, financiera y operativa, cuya integridad y disponibilidad son fundamentales para asegurar la continuidad de la atención y el cumplimiento normativo.

La protección debe contemplar medidas técnicas y organizativas como:

a) Controles de acceso físico a espacios donde se resguarda información sensible (por ejemplo, expedientes clínicos o bases de datos administrativas).
b) Controles de acceso a la información digital con medidas de seguridad electrónica, como el uso de contraseñas, cifrado, respaldos automáticos o restricciones de acceso por rol.
c) Condiciones ambientales apropiadas para almacenamiento físico, que prevengan daño por agua, fuego, humedad o calor excesivo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Supervisión y monitoreo del cumplimiento de las medidas implementadas.

Estas acciones deben formar parte de una estrategia integral de seguridad de la información, conforme a la legislación aplicable vigente y principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado que establece las medidas que protegen los datos y la información contra pérdidas o destrucción, tanto en formato físico como electrónico.

(2) El establecimiento cuenta con un proceso documentado e implementado que establece las medidas para evitar la alteración, el acceso o el uso no autorizados de los datos e información bajo su resguardo.

(3) Se supervisa periódicamente el cumplimiento de estas medidas, y se cuenta con mecanismos de respuesta ante incidentes de seguridad de la información.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas o lineamientos institucionales sobre seguridad de la información y protección de datos.
- Evidencia de controles físicos: puertas de acceso restringido, archivadores cerrados, videovigilancia.
- Evidencia de controles digitales: contraseñas, sistemas con acceso por perfil, registros de actividad.
- Procesos de respaldo y recuperación ante pérdida de datos (Backups).
- Registros de capacitación al personal sobre seguridad de la información.
- Bitácoras o informes de supervisión interna sobre cumplimiento de medidas de protección.

h. Estándar 8/9. Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.

1. Guía.

Las organizaciones de salud deben garantizar que las personas usuarias de la información (ya sean internas o externas al establecimiento) accedan a los datos necesarios para cumplir con sus funciones, tomar decisiones informadas o ejercer sus derechos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El formato y los métodos de difusión de datos e información deben adaptarse para facilitar su comprensión y aplicación por parte de cada usuario. Las estrategias institucionales para la difusión de información incluyen:

a) Proporcionar únicamente los datos e información que el usuario solicite o necesite.
b) Presentar los datos en un formato útil que facilite su uso en la toma de decisiones.
c) Proporcionar informes de manera oportuna y con la frecuencia que el usuario requiera.
d) Definir los tiempos de respuesta del establecimiento a las solicitudes de los usuarios.
e) Vincular datos provenientes de diferentes fuentes, cuando sea necesario consolidar información.
f) Ofrecer interpretación o aclaración de datos para apoyar su comprensión adecuada.

Asimismo, el establecimiento debe definir y documentar los tiempos de respuesta institucionales para atender solicitudes de información, considerando criterios de urgencia clínica, requerimientos administrativos o normativos. Estos tiempos deben ajustarse periódicamente en función del desempeño, la retroalimentación de los usuarios y los cambios en los procesos de atención.

Estas estrategias no deben comprometer la seguridad ni confidencialidad de la información.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento asegura la difusión oportuna de datos e información a las personas usuarias, conforme a sus necesidades, incluyendo tiempos de respuesta definidos institucionalmente y ajustados al tipo de solicitud.
(2) Los usuarios internos y externos reciben los datos e información en el formato que facilita su uso y aplicación.
(3) La información se proporciona con la frecuencia requerida y se interpreta o aclara, cuando corresponde.
(4) El personal del establecimiento tiene acceso a los datos e información necesarios para el cumplimiento de sus funciones

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos documentados de acceso, entrega y difusión de información clínica y administrativa.
- Solicitudes de información atendidas (internas y externas) con evidencia de oportunidad y formato adecuado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de entrega periódica de reportes o informes a áreas clínicas, administrativas o de gestión.
- Instrumentos de identificación de necesidades de información por tipo de usuario.
- Reportes o formatos de interpretación de datos para usuarios no técnicos.
- Auditorías o controles de acceso a información relevante para funciones operativas.

i. Estándar 9/9. Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.

1. Guía.

La tecnología utilizada para gestionar la información clínica y administrativa en un establecimiento de hemodiálisis representa una inversión estratégica que debe responder a las necesidades operativas, clínicas y de gestión del establecimiento. Su selección, integración y utilización debe realizarse con base en criterios de viabilidad, funcionalidad, sostenibilidad y alineación con los procesos de manejo de la información existentes.

Para lograrlo, es fundamental que participe un equipo multidisciplinario, integrados por:

a) Personal clínico, que garantice que la tecnología sea útil para la atención y el seguimiento de los pacientes.
b) Personal no clínico, que asegure su funcionalidad en los procesos administrativos y de apoyo.
c) Personal directivo o responsable de las áreas o servicios, que evalúe la alineación con los objetivos estratégicos y la viabilidad técnica y financiera.

Esta participación conjunta permite seleccionar tecnologías que sean realmente útiles, que se integren sin fricciones a los flujos de trabajo, y que favorezcan la coordinación entre las áreas, evitando inversiones innecesarias o herramientas subutilizadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal clínico, no clínico, personal directivo o responsable de área o servicio participa en las decisiones relacionadas con la selección, integración o uso de tecnología para la gestión de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

(A). Referencia de apoyo.

- Actas o registros de reuniones donde se documente la participación de equipos clínicos, no clínicos y directivos en la selección de tecnología.
- Documentación de criterios de evaluación utilizados para seleccionar herramientas tecnológicas.
- Proyectos o reportes de implementación tecnológica donde se presente el enfoque multidisciplinario.
- Políticas o lineamientos institucionales para la adquisición e integración de sistemas de información.

B. GESTIÓN DOCUMENTAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

a. Estándar 1/6. Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.

1. Guía.

Los documentos institucionales constituyen un componente esencial para el funcionamiento ordenado, seguro y estandarizado de los establecimientos de hemodiálisis.

Estos documentos deben ser el resultado de un trabajo multidisciplinario y colaborativo, en el que participen personas responsables de las distintas áreas del establecimiento. Este enfoque garantiza que los documentos que sustentan los procesos clínicos, operativos y administrativos, respondan al contexto operativo real, sean y faciliten la implementación sistemática y estandarizada, control y mejora continua.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la elaboración, aprobación, revisión, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos, que asegure su vigencia, legibilidad, trazabilidad y disponibilidad en los puntos de uso. Este proceso debe estar alineado con la legislación aplicable vigente, el cual debe contemplar al menos:

a) La revisión y aprobación por personal autorizado antes de su publicación.
b) La frecuencia y mecanismos para su revisión y actualización continua.
c) Los controles para asegurar que sólo se utilicen y estén disponibles las versiones vigentes.
d) La trazabilidad de los cambios realizados en los documentos.
e) La conservación de la legibilidad e integridad del documento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) El control de documentos provenientes de fuentes externas al establecimiento.
g) La conservación de documentos obsoletos por el tiempo requerido por la legislación aplicable vigente, asegurando evitar su uso por error.
h) La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación.

El sistema de gestión documental debe permitir identificar cada documento por título, fechas de emisión, fecha de edición y/o revisión, número de páginas, responsable de su autorización, responsable de su revisión y, si corresponde, su registro en bases de datos o sistemas electrónicos.

Todos los documentos relacionados con la operación del establecimiento (incluidos los vinculados al MOCEBPASS) están vigentes y deben ajustarse al proceso definido.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la elaboración, aprobación, revisión, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos institucionales, que incluye al menos los incisos a) a h) descritos en la guía.

(2) Todos los documentos relacionados con el MOCEBPASS se encuentran vigentes y elaborados conforme al proceso institucional definido.

(A). Referencia de apoyo.

- Política o proceso institucional para la gestión documental.
- Matriz de control de documentos: registros de revisiones, responsables, versiones vigentes y fechas de actualización.
- Documentos vigentes relacionados con el MOCEBPASS (ej. planes, manuales, protocolos, lineamientos).
- Sistemas de gestión documental electrónicos o físicos utilizados por el establecimiento para asegurar trazabilidad y control.
- Evidencia de retiro seguro y controlado de documentos obsoletos, conforme al tiempo exigido por la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/6. Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.

1. Guía.

El uso estandarizado de códigos, símbolos, abreviaturas es fundamental para asegurar la claridad, precisión y consistencia de la información en los registros del establecimiento. Esta estandarización debe alinearse con la legislación aplicable vigente y permite la agrupación, análisis y la comparación de datos e información del establecimiento.

El establecimiento debe contar con un listado institucional documentado y actualizado que identifique:

a) Los códigos validados para su uso en diagnósticos y procedimientos.
b) Los símbolos autorizados (como los correspondientes a elementos químicos o signos vitales).
c) Las abreviaturas permitidas en los registros.

Todo código, símbolo o abreviatura que no esté explícitamente incluido en el listado institucional debe considerarse no autorizado para su uso. Esta medida promueve el uso seguro y claro del lenguaje técnico en el establecimiento y contribuye a la seguridad de la atención, reduciendo el riesgo de ambigüedad o errores de interpretación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado institucional documentado de códigos, símbolos y abreviaturas estandarizadas.
(2) Se emplean exclusivamente los códigos de diagnóstico y procedimientos contenidos en el listado institucional, y su uso está controlado.
(3) Se emplean exclusivamente los símbolos y abreviaturas contenidas en el listado institucional, y su uso está controlado.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional documentado y vigente de códigos de diagnóstico y procedimientos autorizados.
- Listado institucional de abreviaturas y símbolos autorizados.
- Evidencia de control del uso de abreviaturas y símbolos en los registros clínicos (por ejemplo, revisiones de expedientes o auditorías internas).
- Manual o política institucional sobre estandarización terminológica en registros clínicos y administrativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de capacitación o sensibilización al personal sobre el uso correcto de terminología técnica, abreviaturas y nomenclatura.
- Documentación de alineación del listado con sistemas de codificación estandarizados.

c. Estándar 3/6. Generación del expediente clínico para cada paciente atendido. – Indispensable –

1. Guía.

Toda persona que recibe atención médica en el establecimiento de hemodiálisis debe contar con un expediente clínico individual. Este documento constituye la base de registro, seguimiento y referencia de los procesos clínicos, y debe mantenerse disponible desde el primer contacto con el paciente.

El expediente clínico debe estar vinculado a un identificador único y exclusivo por paciente (ya sea un número de expediente o cualquier otro mecanismo validado institucionalmente) que permita ubicar fácilmente la documentación, evitar duplicidades y asegurar la trazabilidad de la información a lo largo del tiempo.

Este registro debe implementarse de manera uniforme en todos los servicios que presten atención clínica dentro del alcance del establecimiento, tanto en registros físicos como electrónicos, según el contexto operativo de cada organización. El expediente debe iniciar con el primer acto clínico y mantenerse actualizado acorde a la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento abre un expediente clínico individual para cada paciente que recibe atención en el establecimiento.

(2) Cada expediente clínico cuenta con un identificador único que permite su control, seguimiento y vinculación con la atención brindada.

(3) La apertura y actualización del expediente clínico se realiza a partir del primer acto clínico y durante todo el proceso de atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional de apertura, registro y control del expediente clínico.
- Registro o sistema institucional para la asignación de identificadores únicos de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia documental o digital de expedientes clínicos abiertos para todos los pacientes atendidos.
- Procesos que aseguren la integridad y continuidad del expediente durante la atención del paciente.

d. Estándar 4/6. Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.

1. Guía.

El expediente clínico debe contener información suficiente y estructurada que permita identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso de la atención, y evaluar sus resultados del tratamiento. Esta información es esencial para asegurar la continuidad entre los distintos profesionales que intervienen en la atención del paciente dentro del establecimiento de hemodiálisis.

El contenido debe documentarse de forma clara y oportuna, conforme al perfil profesional de cada persona que presta atención clínica o de apoyo al paciente. Esto incluye, además del personal médico y de enfermería, las evaluaciones y registros de los profesionales como nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

El uso de formatos y campos estandarizados contribuye a mejorar la integración del expediente, promueve la continuidad de la atención y trazabilidad del cuidado, facilita la comunicación entre equipos multidisciplinarios que participan en la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)El expediente clínico incluye información suficiente para:
  (1.1) Identificar al paciente.
  (1.2) Apoyar el diagnóstico.
  (1.3) Justificar la atención y el tratamiento.
  (1.4) Documentar el curso y los resultados de la atención.

(2)Se encuentran documentadas las evaluaciones e intervenciones realizadas por todo el personal clínico o de apoyo que haya participado en la atención del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamientos para la integración y conservación del expediente clínico en establecimientos para la atención médica emitidos en la legislación aplicable vigente.
- Manual institucional de llenado del expediente clínico (formato físico o digital).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros clínicos del personal de apoyo (nutrición, trabajo social, psicología, etc.).
- Auditorías internas o externas del contenido del expediente clínico.
- Formatos estandarizados de notas médicas, de enfermería, interconsultas y evolución clínica.
- Sistemas electrónicos institucionales que integren de forma ordenada las intervenciones por profesional de salud.

e. Estándar 5/6. Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.

1. Guía.

El expediente clínico es una herramienta esencial para la continuidad en la atención de los pacientes en establecimientos de hemodiálisis. Por lo tanto, es indispensable establecer controles que aseguren que:

- Solo personal autorizado pueda ingresar información.
- Se cuente con criterios definidos sobre el contenido, formato, estructura y ubicación de la información ingresada por el personal autorizado, acorde a la legislación aplicable vigente.
- Todas las entradas en el expediente estén debidamente identificadas, fechadas y firmadas para garantizar la trazabilidad.

El establecimiento debe definir un proceso que incluya:

a) La identificación del personal con autorización para ingresar y registrar información en el expediente clínico, con base en su perfil profesional y sus responsabilidades.

b) Los contenidos mínimos obligatorios que deben integrar en los registros según el tipo de intervención (médica, de enfermería, nutricional, psicológica, etc.), acorde a la legislación aplicable vigente.

c) La obligación de incluir en cada registro clínico los siguientes elementos:

i. Nombre completo del profesional que la elabora.
ii. Fecha y hora de registro.
iii. Firma autógrafa o electrónica, conforme al medio utilizado (físico o digital).

Estas medidas garantizan la confiabilidad del expediente clínico, la trazabilidad de los actos médicos y el cumplimiento normativo aplicable.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido qué personal está autorizado para ingresar información en los expedientes clínicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se cuenta con lineamientos institucionales sobre el contenido, formato, estructura y ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.
(3)Cada registro en el expediente clínico contiene lo definido en los incisos i) a la iii).
(4)Se garantiza que sólo el personal autorizado registre información clínica, de acuerdo con lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamientos institucionales o manuales internos que definan:
- Perfiles profesionales con autorización para registrar en el expediente.
- Formato, estructura y ubicación de los registros.
- Protocolo de firmas (autógrafa o electrónica).
- Política de control de accesos a expedientes clínicos físicos y electrónicos.
- Auditorías internas o reportes de revisión que documenten la trazabilidad de entradas en los expedientes clínicos.

f. Estándar 6/6. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico. – Indispensable –

1. Guía.

Los expedientes clínicos, tanto físicos como electrónicos, son documentos oficiales que respaldan la atención proporcionada a las personas pacientes. Por tanto, su contenido, estructura y resguardo deben cumplir con la legislación aplicable vigente. Asimismo, deben integrarse los registros de los procesos clínicos y de gestión relacionados con el MOCEBPASS.

Cuando el establecimiento cuente con Expediente Clínico Electrónico (ECE), debe asegurarse que:

a) El sistema se encuentre certificado de acuerdo a la NOM-024-SSA-2012 o se encuentre en el proceso. En caso de estar en proceso el establecimiento deberá cumplir con la etapa 7: que consiste en el cumplimiento de los requisitos documentales (documentación para acreditar la constitución de una empresa o institución, documentación para acreditar la personalidad jurídica para presentación de actos, documentación que acredite la titularidad o derechos de comercialización y documento de índole fiscal); por lo que el nombre se debe encontrar en la lista publicada de los que están en seguimiento de Sistema de Información de Registro

SIN VALIDEZ OFICIAL

Electrónico para la Salud (SIRES) en proceso de certificación o SIRES certificados en la página: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/sires_certificacion_gobmx.html; en caso de instituciones públicas y sociales deberán comprobar haber realizado las acciones correspondientes para la gestión del trámite por la entidad responsable de su institución.

b) Se implementen medidas de seguridad para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información (acceso controlado, respaldo, trazabilidad y cifrado de datos).
c) El personal esté capacitado en el uso del sistema, así como en las obligaciones legales y éticas sobre el manejo de información clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los expedientes clínicos cumplen con los requisitos establecidos por la legislación aplicable vigente y/o haber iniciado las gestiones para el trámite correspondiente.
(2) Se documentan en los expedientes clínicos los registros requeridos por el MOCEBPASS.
(3) En caso de contar con expediente clínico electrónico, el sistema:
  (3.1) Cumple con los requisitos técnicos de la legislación aplicable vigente.
  (3.2) Está certificado o en proceso (etapa 7), conforme al procedimiento oficial de evaluación de la conformidad: http://www.dgis.salud.gob.mx/images/certificacion/LineaTiempo-PEC_20220804.svg
  (3.3) Garantiza la seguridad de la información mediante mecanismos como control de acceso, trazabilidad y cifrado.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional de operación del expediente clínico, y cuando aplique, expediente clínico electrónico.
- Evidencia de capacitación del personal en el uso del sistema del expediente clínico y manejo de información.
- Evidencia de los registros relacionados con los procesos clínicos y de gestión del MOCEBPASS.
- DGIS. Etapas del procedimiento de certificación: http://www.dgis.salud.gob.mx/images/certificacion/LineaTiempo-PEC_20220804.svg

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

C. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

a. Estándar 1/4. Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.

1. Guía.

La agrupación, categorización y análisis de los datos e información generados por el establecimiento de hemodiálisis son fundamentales para respaldar la toma de decisiones de los procesos clínicos y de gestión. Esto permite construir un perfil del establecimiento a lo largo del tiempo, identificar variaciones relevantes, y generar conocimiento útil para la mejora del desempeño institucional.

El establecimiento debe contar con un proceso institucional documentado que defina:

a) Qué datos e información deben agruparse y categorizarse.
b) Métodos y herramientas utilizados para el análisis de los datos e información para identificar patrones, tendencias, puntos críticos u oportunidades de mejora.
c) De qué manera se utilizan los resultados del análisis para la toma de decisiones, la evaluación de procesos y la mejora continua.

En particular, para los líderes del establecimiento, el análisis de datos agrupados y categorizados sobre la supervisión de procesos clínicos y de gestión de los servicios y los resultados del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente proporciona una base objetiva para comprender el desempeño institucional, identificar áreas de oportunidad y orientar acciones de mejora preventivas o correctivas basadas en evidencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para agrupar, categorizar y analizar los datos e información generados en el establecimiento.
(2) Los datos e información incluyen al menos, los procesos clínicos y de gestión relacionados con el MOCEBPASS, la supervisión de éstos y el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(3) El análisis permite identificar patrones, tendencias o variaciones que orienten la toma de decisiones y acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado del establecimiento para el análisis de datos clínicos, administrativos y de gestión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes o tableros institucionales donde se agrupen y analicen datos por proceso, periodo o categoría (por ejemplo: indicadores, semáforos, dashboards).
- Minutas de reuniones, actas de comités o reportes de áreas que muestren el uso del análisis para toma de decisiones.
- Ejemplos de acciones correctivas o preventivas implementadas a partir del análisis de datos institucionales.
- Documentación o informes del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente que muestren el uso de análisis por patrones o tendencias.
- Herramientas o formatos utilizados para la categorización, agrupación o visualización de datos (por ejemplo: matrices, herramientas estadísticas, software de análisis).

b. Estándar 2/4. Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.

1. Guía.

Comparar el desempeño institucional con otros establecimientos de atención similares es una estrategia clave para identificar oportunidades de mejora con base en evidencia. Los establecimientos de hemodiálisis pueden participar en bases de datos externas o consultar información proveniente de redes colaborativas, instituciones académicas, organismos públicos o entidades del sector salud.

El uso de estas fuentes externas debe integrarse a la gestión de la calidad institucional, particularmente en el marco del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estas bases de datos permiten contrastar resultados propios con estándares locales, nacionales o internacionales, contribuyendo a:

a) Detectar brechas de desempeño.
b) Analizar tendencias del sector.
c) Fortalecer procesos clínicos y de gestión.
d) Informar decisiones estratégicas institucionales.

El establecimiento debe identificar los datos que comparte o consulta a través de bases de datos externas, así como los criterios y frecuencia con los que se accede a esta información. En todos los casos, debe garantizar la confidencialidad, integridad y seguridad de los datos utilizados o proporcionados, conforme a la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o utilizar información proveniente de ellas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento contribuye o consulta datos e información, asegurando la confidencialidad y la seguridad de la información, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.
(3)La información obtenida de bases de datos externas se utiliza para comparar el desempeño institucional y apoyar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso para la participación o uso de bases de datos externas.
- Registro de bases de datos en las que participa el establecimiento o de las que obtiene información.
- Reportes comparativos de desempeño con análisis institucionales asociados.
- Evidencia de cumplimiento de normatividad en protección de datos (consentimientos, convenios, políticas).
- Minutas o reportes de comités donde se haya discutido el análisis comparativo.
- Acciones de mejora documentadas derivadas de los resultados comparados.

c. Estándar 3/4. Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.

1. Guía.

La revisión sistemática del contenido de los expedientes clínicos permite garantizar la calidad, legibilidad y coherencia de la información documentada en los establecimientos de hemodiálisis. Este proceso contribuye directamente a la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.

El establecimiento debe contar con un proceso de revisión que contemple:

a) La inclusión de expedientes clínicos abiertos (pacientes que reciben atención) y cerrados (pacientes dados de alta o baja por trasplante renal, cambio de institución, suspensión de tratamiento, fallecimiento, entre otros).
b) Una muestra representativa de expedientes clínicos que incluya: pacientes en reúso de dializadores, con serología positiva, particulares, subrogados, considerando las diferentes áreas, diversos turnos, disciplinas, entre otros.
c) La definición de la periodicidad conforme a la legislación aplicable vigente y lineamientos institucionales

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Un enfoque en la calidad del registro: completo, legible, oportuno, coherencia del manejo del paciente y continuidad de las acciones propuestas.
e) La revisión debe ser coordinada por un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico), conformado por personal médico, de enfermería y otros profesionales autorizados a ingresar información clínica al expediente.
f) La evaluación del cumplimiento de la legislación aplicable vigente y los requerimientos del MOCEBPASS.

Los resultados de esta revisión deben ser analizados para identificar patrones o tendencias, e integrarse al análisis de riesgos y problemas del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este proceso forma parte de las actividades de mejora del establecimiento y las áreas de oportunidad detectadas son base para definir e implementar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la revisión periódica del contenido de los expedientes clínicos, que incluye los incisos a) a f) de la guía.
(2) Los hallazgos se analizan para identificar patrones y tendencias. Los resultados del análisis se integran al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(3) Se implementan acciones de mejora con base en los resultados de la revisión.

(A). Referencia de apoyo.

- Actas del comité del expediente clínico.
- Evidencia de adaptación de la herramienta del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)

d. Estándar 4/4. Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.

1. Guía.

El personal clínico y no clínico del establecimiento de hemodiálisis que genera, recolecta, analiza y utiliza datos e información en sus funciones debe contar con la capacitación necesaria para participar de forma efectiva en la gestión de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta capacitación debe estar alineada a las funciones y responsabilidades de cada puesto, y abarcar tanto aspectos técnicos como éticos. Debe permitir que el personal:

a) Comprenda y aplique los principios de seguridad y confidencialidad de los datos y la información.
b) Utilice instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos.
c) Apoye en la interpretación de la información generada o recibida.
d) Emplee la información para la toma de decisiones.
e) Eduque y oriente a pacientes y familiares, con base en la información disponible, para facilitar su participación en los procesos de atención.
f) Use indicadores para evaluar procesos, identificar áreas de mejora y contribuir a la calidad de la atención.

La capacitación debe impartirse conforme a las responsabilidades, descripciones de puesto y necesidades de categorización y análisis de los datos e información institucional.

Un sistema efectivo de gestión de la información permite combinar datos provenientes de distintas fuentes para generar reportes útiles y facilitar la toma de decisiones. En particular, la consolidación de información clínica y de gestión permite a los líderes del establecimiento tomar decisiones coordinadas, planificar en conjunto y hacer planes en colaboración. De esta forma, se respaldan las decisiones, cambios y procesos definidos por los líderes mediante el análisis y monitoreo de tendencias y patrones a lo largo del tiempo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal que interviene en actividades relacionadas con la gestión de la información ha sido capacitado conforme a sus funciones y responsabilidades, en concordancia con los incisos a) al f) de la guía.

(2) Los datos e información clínica y de gestión se integran, según corresponda, para respaldar la toma de decisiones.

(A). Referencia de apoyo.

- Programas y contenidos de capacitación sobre gestión de datos, análisis de información, seguridad y confidencialidad.
- Registros de participación, constancias de asistencia y evaluaciones del personal.
- Evidencia documental de uso institucional de indicadores, reportes, evaluaciones de procesos o análisis de datos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales de apoyo (manuales, presentaciones, instrumentos) usados en las sesiones de formación.

D. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

a. Estándar 1/6. Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe establecer una comunicación institucional efectiva con la comunidad y la población a la que presta servicios. Esta comunicación busca facilitar el acceso a la atención, promover el uso informado de los servicios disponibles y fortalecer el vínculo con los pacientes y otras partes interesadas.

El establecimiento debe:

a) Identificar con claridad su población de influencia y grupos comunitarios de interés.

b) Diseñar e implementar una estrategia de comunicación acorde al contexto sociocultural.

c) Difundir información clara, actualizada y útil sobre:

   i. Los servicios que ofrece el establecimiento, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.

   ii. La calidad de los servicios prestados, incluyendo logros, resultados o mejoras implementadas.

Esta comunicación puede realizarse de forma directa o a través de medios de comunicación con la comunidad y organizaciones que reciben o envían pacientes, y debe mantenerse de forma continua, con enfoque en la inclusión, el respeto sociocultural y la transparencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado a la comunidad y población de interés a la que brinda servicios.

(2) El establecimiento implementa una estrategia activa de comunicación con dicha población, adaptada a su contexto sociocultural.

(3) El establecimiento proporciona información clara y accesible sobre sus servicios, horarios de atención y procesos para acceder a la atención.

(4) El establecimiento informa de forma continua y sistemática sobre aspectos relacionados con la calidad de los servicios brindados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documentación que demuestre la identificación de la población objetivo y comunidad de influencia.
- Estrategia o plan de comunicación institucional (incluyendo cronograma, medios, responsables).
- Ejemplos de materiales de comunicación: folletos, carteles, publicaciones digitales, mensajes comunitarios, etc.
- Evidencia de difusión de horarios, servicios y procesos de atención (en medios físicos o digitales).
- Reportes, boletines o evidencias de comunicación sobre logros, avances o calidad de los servicios.

b. Estándar 2/6. Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.

1. Guía.

Una comunicación clara, empática y oportuna con los pacientes y sus cuidadores primarios es esencial para fortalecer la confianza, mejorar la experiencia en la atención y garantizar un acceso informado y seguro a los servicios del establecimiento.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que los pacientes y sus cuidadores primarios reciban información comprensible, culturalmente pertinente y completa sobre:

a) Cómo acceder a los servicios que presta el establecimiento.
b) Los procesos de atención que se llevarán a cabo durante su estancia o tratamiento.
c) Las opciones disponibles cuando la atención requerida esté fuera del alcance del establecimiento o de su misión institucional.

Se entiende por cuidador primario a la persona designada formal o informalmente por el paciente para acompañar, asistir o tomar decisiones compartidas durante el proceso de atención. Esta persona puede ser un familiar, representante legal, tutor o acompañante significativo, según las condiciones del paciente y el contexto de atención.

La información debe entregarse desde el primer contacto con el establecimiento, mantenerse disponible durante toda la atención, y adaptarse al nivel de comprensión, contexto sociocultural y necesidades particulares del paciente y de su cuidador primario. Cuando el establecimiento no pueda brindar un servicio específico, se debe orientar sobre alternativas de atención disponibles, facilitando así la continuidad del cuidado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Los pacientes y sus cuidadores primarios reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios que brinda el establecimiento.

(2)Los pacientes y sus cuidadores primarios reciben información clara y comprensible sobre los procesos de atención que se realizarán durante su estancia o tratamiento.

(3)Cuando el establecimiento no puede proporcionar un servicio requerido, se brinda a los pacientes y cuidadores primarios información sobre alternativas de atención disponibles.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos o lineamientos institucionales para la orientación a pacientes y cuidadores.
- Materiales informativos: folletos, carteles, videos, formatos digitales o impresos dirigidos a pacientes y cuidadores primarios.
- Registros de entrega de información, consentimientos informados u hojas de ingreso.
- Evidencia de orientación brindada al paciente y su cuidador primario en procesos de derivación o cuando se identifique que la atención excede la capacidad del establecimiento.
- Documentación que demuestre la adaptación cultural y lingüística de la información entregada (por ejemplo, materiales en lenguas indígenas, braille, pictogramas, etc.).

c. Estándar 3/6. Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.

1. Guía.

La comprensión de la información es indispensable para que los pacientes participen activamente en su proceso de atención y tomen decisiones informadas. Por ello, el establecimiento debe asegurar que toda comunicación y actividad educativa dirigida a los pacientes y sus cuidadores primarios se proporcione en un formato accesible, lenguaje e idioma comprensibles, adaptada a su contexto sociocultural.

Esto implica adecuar la información según el nivel educativo, idioma, edad, costumbres, capacidades cognitivas y cualquier otra condición que pueda influir en la comprensión. Pueden emplearse recursos como materiales impresos, audiovisuales, pictogramas, demostraciones, y apoyo verbal con retroalimentación para validar la comprensión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cuando existan barreras de idioma, puede que sea necesario el apoyo de los cuidadores primarios o de intérpretes o traductores institucionales o externos, garantizando la confidencialidad. Solo en casos excepcionales y de urgencia se podrá recurrir a menores como traductores, reconociendo sus limitaciones para comunicar información crítica o compleja.

Estas medidas deben aplicarse tanto en el proceso clínico como en la comunicación de información general sobre derechos, deberes, protocolos de atención, medidas de seguridad y participación activa en el cuidado por parte del paciente y su cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento proporciona información y educación a los pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles, adaptados a su contexto sociocultural.

(2) La comunicación y la educación se realizan en un lenguaje e idioma comprensible por los pacientes o sus cuidadores primarios.

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos adaptados al contexto sociocultural (folletos, pictogramas, videos, carteles en lengua indígena, etc.).
- Registros de uso de intérpretes o personal bilingüe.
- Guías de comunicación inclusiva y validación de comprensión.
- Protocolos institucionales de educación al paciente.
- Evidencia de acciones para pacientes con barreras cognitivas, lingüísticas o sensoriales.

d. Estándar 4/6. Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.

1. Guía.

La comunicación efectiva es un elemento transversal que impacta la calidad y seguridad de la atención de los pacientes en un establecimiento de hemodiálisis. Es responsabilidad del liderazgo institucional establecer las condiciones, estructuras y canales necesarios para garantizar flujos de información claros, oportunos, bidireccionales y accesibles.

La comunicación debe facilitarse:

a) Entre áreas y servicios del establecimiento.
b) Entre personal clínico, no clínico y directivo.
c) Con pacientes, cuidadores primarios y familiares.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Con otras instituciones u organizaciones con las que se vincule el establecimiento.

Los líderes del establecimiento deben servir de modelo en prácticas de comunicación efectiva, asegurando que la misión, visión, estrategias, políticas y planes operativos se comuniquen adecuadamente a todo el personal. Asimismo, deben garantizar la existencia de procesos formales que permitan compartir información relevante sobre la operación, riesgos, decisiones institucionales, indicadores de desempeño o iniciativas de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha implementado mecanismos institucionales para comunicar de manera clara y oportuna la información relevante en todos los niveles del establecimiento.

(2) Se evidencia comunicación efectiva entre las distintas áreas, servicios, personal clínico y no clínico del establecimiento.

(3) Se mantiene comunicación efectiva y documentada con instituciones externas, según el contexto operativo.

(4) Se mantiene comunicación efectiva con los pacientes y sus cuidadores primarios.

(5) La misión institucional, políticas, objetivos y planes se comunican a todo el personal por parte de los líderes del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas y procesos institucionales de comunicación interna y externa.
- Plan de comunicación institucional, que incluya flujos, medios y responsables.
- Actas, minutas o evidencias de reuniones institucionales entre líderes y personal operativo.
- Boletines informativos, comunicados oficiales o carteles institucionales (impresos o digitales).
- Evidencia de sesiones informativas dirigidas a personal clínico y no clínico (presenciales o virtuales).
- Registros de comunicación con instituciones externas, como oficios, correos oficiales, convenios o reportes.
- Materiales de inducción o capacitación institucional que incluyan misión, visión, objetivos o políticas clave.
- Protocolos de comunicación con pacientes y cuidadores, incluyendo formatos, instructivos o materiales explicativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/6. Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.

1. Guía.

La coordinación efectiva entre áreas y servicios clínicos y no clínicos es fundamental para brindar una atención segura, continua y centrada en el paciente. En los establecimientos de hemodiálisis, esto requiere establecer canales de comunicación claros entre los equipos y personas responsables de los procesos de atención y de apoyo.

El liderazgo institucional debe establecer una cultura de colaboración y cooperación entre profesionales y servicios, fomentando canales de comunicación formales (comités operativos, reuniones clínicas multidisciplinarias, comunicación estructurada entre turnos, entre otros) e informales (boletines informativos digitales o impresos de difusión interna).

Una coordinación adecuada permite alinear las intervenciones con la misión institucional y promueve una visión sistémica de la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas líderes aseguran la existencia de mecanismos efectivos de comunicación y coordinación entre las áreas y los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento, así como entre el personal que los integra.

(2) Se promueve la comunicación efectiva entre las áreas y servicios durante la prestación de los servicios clínicos, incluyendo la atención multidisciplinaria y los procesos de transición o continuidad del cuidado.

(A). Referencia de apoyo.

- Actas o minutas de reuniones clínicas, comités o espacios de coordinación entre áreas o servicios.
- Protocolos o guías de comunicación estructurada entre servicios (clínicos y de apoyo).
- Manuales operativos o flujogramas que ilustren la colaboración entre servicios.
- Boletines, minutas u otros medios de comunicación interna que fomenten la integración de servicios.
- Evidencia de participación de las personas líderes del establecimiento en iniciativas para mejorar la coordinación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f. Estándar 6/6. Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.

1. Guía.

El expediente clínico es una herramienta esencial para documentar y comunicar el proceso de atención del paciente en los establecimientos de hemodiálisis. Su acceso oportuno y su actualización continua permiten dar seguimiento a la evolución clínica del paciente, garantizar la continuidad del tratamiento, y facilitar la toma de decisiones.

El establecimiento debe definir qué personal está autorizado para acceder al expediente clínico y asegurarse de que dicha información esté disponible durante todas las etapas de la atención en el establecimiento. Esto incluye el tratamiento regular, las interconsultas, los procedimientos programados y las emergencias que se atiendan dentro del alcance del establecimiento.

Además, debe garantizarse que el expediente clínico esté completo y actualizado, incluyendo las notas médicas, de enfermería, resultados de estudios, hojas de tratamiento y cualquier otra información relevante, asegurando que esta se encuentra disponible para todos los involucrados en la atención del paciente. Todo lo anterior debe implementarse conforme a la legislación aplicable vigente, incluyendo tanto medios físicos como digitales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido qué personal está autorizado para acceder al expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El expediente clínico está disponible de forma oportuna para el personal autorizado involucrado en la atención.

(3) El expediente clínico se encuentra actualizado, asegurando la comunicación de la información más reciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual o política institucional de manejo del expediente clínico.
- Registros de control de acceso al expediente clínico.
- Evidencia de actualización de notas médicas, de enfermería, controles de tratamiento y resultados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

VIII. EJE ESTRUCTURAL: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

La planificación y gestión de recursos efectiva permite a los establecimientos definir mecanismos formales, estructurados y efectivos para planear, organizar, asignar, supervisar y optimizar sus recursos (humanos, financieros, tecnológicos, materiales, infraestructurales, entre otros) de manera alineada con su misión, su capacidad operativa y las necesidades de la población atendida, garantizando la sostenibilidad operativa y orientación estratégica. Además, este eje estructural también articula la planeación institucional con un enfoque de análisis de riesgos, permitiendo identificar y priorizar aquellos procesos, servicios o áreas que requieren una asignación específica de recursos para asegurar el cumplimiento de los objetivos de calidad y seguridad en la atención.

Componente	Estándar	
A. Planeación y definición de procesos	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).
	2	Comunicación efectiva (AESP 2).
	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).
	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).
	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).
	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).
	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.
	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
	9	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.
	10	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen.
	11	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.
	12	Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.
	13	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
	14	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.
	15	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento.
	16	Proceso que guía la atención para pacientes con enfermedades infectocontagiosas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
A. Planeación y definición de procesos	17	Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.
	18	Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.
	19	Proceso que guía la atención para pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	20	Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.
	21	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.
	22	Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio.
	23	Proceso que guía la atención para el manejo de la anemia en pacientes en hemodiálisis.
B. Gestión de recursos	1	Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas.
	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.
	3	Otorgamiento de privilegios clínicos.
	4	Reclutamiento y selección de personal.
	5	Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.
	6	Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.
	7	Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.
	8	Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.
	9	Formación del personal médico de primer contacto en establecimientos de hemodiálisis.
	10	Formación del personal de enfermería en establecimientos de hemodiálisis.
	11	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.
	12	Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.
	13	Personal con competencias en soporte vital avanzado.
	14	Programa de salud y seguridad para el personal.
	15	Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.
	16	Programa académico para recurso humano en formación.
	17	Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.
	18	Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.
	19	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.
	20	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Gestión de recursos	21	Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos.
	22	Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos.
	23	Programa para la gestión integral del equipo médico.
	24	Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
	25	Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.
	26	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.
	27	Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.
	28	Acceso oportuno a medicamentos no disponibles en el inventario.
	29	Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.
	30	Almacenamiento seguro de medicamentos especiales.
	31	Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.
	32	Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.
	33	Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.
	34	Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.
C. Gestión de riesgos	1	Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión.
	2	Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.
	3	Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento.
	4	Protección contra agresiones físicas a los pacientes.
	5	Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
	6	Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
	7	Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.
	8	Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.
	9	Programa para el manejo de emergencias externas.
	10	Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control en establecimientos de hemodiálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
C. Gestión de riesgos	11	Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención.
	12	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos.
	13	Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso.
	14	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.
	15	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.
	16	Reducción del riesgo de infección mediante mantenimiento y control de ingeniería de infraestructura crítica.
	17	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los alimentos para la prevención de infecciones.
	18	Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.
	19	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.
	20	Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte.
	21	Control de la calidad del agua para terapia de hemodiálisis.
	22	Garantía de la calidad del agua para procedimientos de hemodiálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

A. PLANEACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROCESOS

a. Estándar 1/23. Identificación correcta de los pacientes (AESP 1). – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, la identificación correcta de los pacientes es una medida fundamental para disminuir la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención. Su adecuada implementación previene de exponer a los pacientes a riesgos innecesarios relacionados con el paciente equivocado, con consecuencias severas que van desde cuasifallas y eventos adversos hasta eventos centinela.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional, con participación multidisciplinaria, que estandarice la forma en que los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento clínico o de apoyo. Este proceso debe establecer como obligatoria la utilización de al menos dos identificadores, siendo el nombre completo y la fecha de nacimiento, tal como lo indica la legislación aplicable vigente. No se deben utilizar como identificadores la ubicación, número de reposet o sillón, el padecimiento, el servicio tratante, ni el nombre del profesional tratante.

Los medios de identificación pueden incluir brazaletes, pulseras, tarjetas de cabecera o pie de reposet o sillón, gafetes o cualquier otro recurso definido institucionalmente y acorde al contexto operativo. Estos medios deben estar visibles y disponibles para que puedan ser consultados en todo momento. Si deben retirarse por algún procedimiento, se recolocan de manera inmediata al finalizarlo.

El proceso de identificación debe aplicarse antes de todos los momentos críticos definidos por el establecimiento, en los que se incluyen al menos:

a) Administración de medicamentos.
b) Administración de infusiones intravenosas.
c) Transfusión de sangre y hemocomponentes.
d) Realizar procedimientos médicos-quirúrgicos.
e) Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
f) Realización de estudios de laboratorio, imagenología o gabinete.
g) Traslados dentro o fuera del establecimiento.
h) Dotación de dietas.
i) Inicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
j) Procedimientos invasivos o de alto riesgo que defina el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Además, el proceso debe incluir criterios claros para la identificación de pacientes con alteración del estado de conciencia, con limitaciones auditivas o lingüísticas, menores de edad o pacientes desconocidos. En estos casos, los datos deben validarse con el cuidador primario, familiar o mediante documentos clínicos disponibles. Ningún procedimiento debe realizarse hasta que la identidad haya sido confirmada de manera segura. Solamente, en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se deberá priorizar la atención antes de la identificación del paciente.

Todos los documentos del expediente clínico, los dispositivos médicos, medicamentos o soluciones administradas deben portar de forma legible los identificadores correspondientes.

El establecimiento debe asegurar que el proceso de identificación del paciente sea supervisado y monitoreado de forma sistemática, para analizar la efectividad de las barreras de seguridad. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado, con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso de identificación del paciente con al menos dos datos obligatorios: nombre completo y fecha de nacimiento.

(2) El proceso se aplica antes de todos los momentos críticos de atención definidos por el establecimiento, incluyendo los señalados en los incisos de la a) a la j) de la guía.

(3) El establecimiento ha definido medios físicos de identificación, como brazaletes, tarjetas de cabecera, pie de reposet o sillón, gafetes u otros equivalentes, disponibles y visibles en todo momento.

(4) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso de identificación del paciente y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de identificación del paciente.
- Listado documentado de momentos críticos definidos por el establecimiento para aplicar el proceso de identificación.
- Formato de brazalete, tarjeta, gafete u otro medio de identificación utilizado institucionalmente.
- Hoja de auditoría o supervisión del cumplimiento del proceso de identificación (observacional o documental).
- Resultados de análisis de cumplimiento del proceso de identificación.
- Materiales de sensibilización o capacitación al personal sobre la identificación del paciente.
- Actas o minutas de comités donde se hayan revisado hallazgos del proceso de identificación.
- Formato de expediente clínico que incluya los dos identificadores obligatorios en todas sus hojas.

b. Estándar 2/23. Comunicación efectiva (AESP 2). – Indispensable –

1. Guía.

La comunicación clara, estructurada y oportuna durante el proceso de atención médica en los establecimientos de hemodiálisis es esencial para la continuidad segura del cuidado. Las órdenes e indicaciones verbales o telefónicas, así como la transmisión de resultados clínicos por estos medios, conllevan un mayor riesgo de error en comparación con las órdenes escritas o electrónicas.

Por ello, el establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional, elaborado con participación multidisciplinaria, que minimice los riesgos derivados de estas formas de comunicación, mediante la aplicación del proceso de seguridad: escuchar–escribir–leer–confirmar, que consiste en:

a) Escuchar completamente la indicación o el resultado del emisor (por ejemplo: personal médico o personal de laboratorio, entre otros).
b) Escribir la información tal como fue recibida (indicación o resultado de laboratorio o gabinete), ya sea en papel o en un medio electrónico.
c) Leer la indicación o el resultado en voz alta, tal como se escribió.
d) Confirmar con el emisor que la información es correcta y coincide con lo transmitido.

En casos donde este proceso no sea factible (por ejemplo, situaciones de urgencia, procedimientos invasivos o de alto riesgo), el

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecimiento puede aplicar la alternativa escuchar–repetir–confirmar, siempre asegurando que exista un registro documentado de la indicación.

El establecimiento debe definir un lugar estandarizado específico donde se registre toda información recibida mediante esta barrera de seguridad, con el fin de evitar pérdidas o transcripción incorrecta de información. Es indispensable que la información sea firmada por el personal responsable y competente de la emisión de las órdenes verbales y/o telefónicas.

Las barreras de seguridad que incluyen la comunicación efectiva también se implementan:

i. Durante la transferencia de pacientes.
ii. En las prescripciones médicas y las anotaciones en documentos.
iii. En la referencia y/o contra referencia del paciente.
iv. Al egreso del paciente.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas donde exista riesgo asociado a la comunicación oral. El establecimiento debe asegurar que el proceso de comunicación efectiva sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado las áreas, servicios y situaciones donde pueden recibirse indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete de forma verbal o telefónica.

(2) Se ha definido, documentado e implementado un proceso institucional que incluye el uso del mecanismo de escuchar–escribir–leer–confirmar.

(3) El establecimiento ha definido un lugar estandarizado para registrar las indicaciones y resultados verbales o telefónicos.

(4) Se aplica el proceso de escuchar–escribir–leer–confirmar en las situaciones en que se recibe información clínica por vía verbal o telefónica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)En situaciones en que no es posible aplicar el proceso completo, se utiliza el proceso alternativo escuchar–repetir–confirmar, conforme a lo definido institucionalmente.
(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso de comunicación efectiva, y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de comunicación efectiva verbal o telefónica.
- Listado institucional de áreas o situaciones clínicas donde se reciben indicaciones o resultados verbales o telefónicos.
- Formato estandarizado de registro para indicaciones y resultados verbales (orden médica verbal, hoja de indicaciones telefónicas, etc.) dentro del expediente clínico.
- Bitácoras o registros institucionales que demuestren el uso del formato para indicaciones verbales.
- Reportes de auditorías u observaciones clínicas donde se evalúe la aplicación del proceso de comunicación segura.
- Materiales de capacitación y sensibilización al personal clínico y de apoyo sobre la comunicación segura y el uso de las barreras.
- Evidencia de sesiones educativas, talleres o capacitaciones documentadas (listas de asistencia, presentaciones, diplomas) sobre este proceso.
- Minutas de comités donde se hayan analizado hallazgos derivados de fallas en la comunicación verbal.
- Planes de mejora o acciones correctivas derivados del análisis de fallas en la comunicación verbal o telefónica.
- Documentación que demuestre supervisión periódica y retroalimentación al personal respecto al cumplimiento del proceso definido.

c. Estándar 3/23. Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3). – Indispensable –

i. Guía.

La gestión de la medicación es un componente esencial para la seguridad del paciente en los establecimientos de hemodiálisis. Involucra todos los procesos relacionados con la farmacoterapia, desde la selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y preparación, hasta la administración y monitoreo. En

SIN VALIDEZ OFICIAL

este entorno, el uso de medicamentos de alto riesgo (como electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes por vía parenteral) se asocian frecuentemente a eventos adversos graves o centinela.

El establecimiento debe realizar un análisis de riesgo que identifique todas las áreas en las que se preparan y administran estos medicamentos de alto riesgo. Como estrategia para prevenir errores graves, debe diseñar e implementar un proceso que abarque, al menos, los siguientes elementos clave:

a) Ubicación y almacenamiento seguro de medicamentos de alto riesgo: Los electrolitos concentrados no deben almacenarse de forma continua en áreas de atención directa al paciente, salvo que sea clínicamente indispensable y así lo justifique la práctica médica. Las áreas o servicios que los requieran deberán contar con espacios de almacenamiento claramente identificados y alejados de los demás medicamentos, con controles documentados de su uso y supervisión continua. Cuando se autorice su almacenamiento, debe haber una justificación clínica y validación institucional.
b) Identificación visual de medicamentos de alto riesgo: Cada frasco, ampolleta o presentación de medicamentos de alto riesgo debe portar una alerta visual, definida por el establecimiento y colocada adicionalmente a la etiqueta del fabricante. Esta alerta visual tiene como objetivo reforzar la conciencia del personal sobre el riesgo asociado.
c) Doble verificación: La doble verificación debe realizarse en los momentos de preparación y administración de los medicamentos anestésicos y de alto riesgo, como electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes parenterales. Esta verificación debe ser realizada por dos personas competentes y capacitadas, en el momento inmediato a la acción. Se exceptúan las situaciones de urgencia, debiendo documentarse posteriormente la justificación correspondiente.
d) Medicamentos LASA (*Look-Alike / Sound-Alike*): El establecimiento debe contar con un listado actualizado de medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA), identificado a partir del análisis de los eventos adversos, eventos centinela y cuasifalla relacionados con los procesos de medicación, las recomendaciones nacionales e internacionales, y el contexto clínico del establecimiento. Se deben implementar al menos dos barreras de seguridad para minimizar el riesgo de confusión, tales como etiquetas diferenciadas, almacenamiento separado, alertas visuales, estandarización de nombres o concentración, entre otras.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) La implementación de barreras de seguridad dentro de los procesos:
   i. Adquisición de medicamentos de alto riesgo.
   ii. Almacenamiento de medicamentos, incluyendo los de alto riesgo.
   iii. Prescripción de medicamentos, incluyendo medicamentos LASA, medicamentos de alto riesgo y las solicitudes de nutrición parenteral total.
   iv. Transcripción de medicamentos, cuando aplique.
   v. Dispensación de medicamentos.
   vi. Recepción de medicamentos.
   vii. Preparación de medicamentos.
   viii. Administración de medicamentos.

f) Capacitación y sensibilización del personal: Todo el personal involucrado en el proceso de prescripción, preparación y administración de medicamentos debe recibir capacitación periódica en temas de seguridad del paciente, doble verificación, manejo de medicamentos LASA y procedimientos específicos del establecimiento.

La seguridad en el proceso de medicación también incluye la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas relacionados.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas donde se administren medicamentos de alto riesgo. El establecimiento debe asegurar que el proceso sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

ii. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la gestión segura de medicamentos de alto riesgo.

(2) El proceso incluye al menos lo definido en los incisos de la a) a la f) de la guía.

(3) La doble verificación se realiza conforme a lo definido por el establecimiento y está documentada. En situaciones de urgencia, se documenta la omisión con justificación clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se lleva a cabo la medición y el análisis de los datos derivados de la implementación del proceso de medicación segura, incluyendo eventos adversos, cuasifallas y medidas correctivas implementadas.

(5)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria, que analiza los hallazgos y genera acciones de mejora con base en los datos obtenidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Listado institucional actualizado de medicamentos LASA y sus barreras de seguridad.
- Bitácoras o formatos de doble verificación de electrolitos, insulinas y anticoagulantes.
- Registros de capacitación al personal clínico y de farmacia sobre medicamentos de alto riesgo y LASA.
- Actas de los Comités donde se analicen eventos relacionados a errores de medicación.
- Registros de supervisión directa o auditorías sobre cumplimiento del proceso.
- Reportes o gráficas de indicadores de seguridad en medicación (eventos adversos, cuasifallas).

d. Estándar 4/23. Seguridad en los procedimientos (AESP 4). – Indispensable –

1. Guía.

Los procedimientos realizados de forma incorrecta son una causa frecuente de eventos adversos en los establecimientos de hemodiálisis. Estos errores pueden ser resultado de diversos factores, entre ellos, fallas de comunicación entre el personal, a la participación limitada del paciente, a la ausencia de protocolos de seguridad previos al procedimiento o una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario.

Para prevenir estos eventos, el establecimiento debe diseñar, implementar y mantener el protocolo universal que estandarice el proceso de seguridad en todos los procedimientos invasivos o de alto riesgo. Este protocolo debe ser construido mediante análisis multidisciplinario, estar documentado y aplicarse sistemáticamente.

El protocolo universal incluye tres componentes esenciales:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Marcado del sitio quirúrgico: cuando aplique, se debe realizar con una marca estandarizada e inequívoca sobre la piel, definida por el establecimiento, visible incluso después de la preparación del paciente. Debe evitarse el uso de la letra "X". El marcado debe realizarse preferentemente con el paciente despierto y con la participación de este o de su cuidador primario cuando no se encuentre en condiciones que le permitan participar en el proceso.
   La marca debe permanecer después de la asepsia y antisepsia y debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento.
   El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples o niveles múltiples. Si el procedimiento se realiza en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel, se podrá realizar un marcaje documental.
b) Verificación pre-procedimiento: se lleva a cabo antes del procedimiento para confirmar:
   i. Identificación del paciente correcto (de acuerdo con la AESP 1).
   ii. Procedimiento correcto.
   iii. Disponibilidad y verificación de documentos clínicos relevantes y que estén identificados.
   iv. Presencia y funcionamiento adecuado de los equipos y/o dispositivos médicos a utilizar.
   v. Presencia de alergias o riesgo de sangrado.
   vi. Filtro correcto y, en caso de reúso, confirmación que corresponde al paciente.
   vii. Identificación y funcionalidad del acceso vascular.
c) Tiempo fuera: es el momento inmediatamente previo al procedimiento, donde el equipo clínico confirma verbalmente los datos esenciales. Permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia. En este momento de verificación, lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos.
   La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En procedimientos unipersonales, se debe involucrar a un segundo colaborador clínico en la validación y documentar conforme al procedimiento definido por el establecimiento.

El establecimiento debe definir, de manera multidisciplinaria, qué procedimientos requieren la aplicación obligatoria del protocolo universal o al menos el componente de tiempo fuera, considerando procedimientos como:

- Terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: procedimiento, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular.
- Colocación de accesos vasculares.
- Toma de biopsias.
- Colocación o retiro de dispositivos (catéteres, sondas).
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo definidos por el establecimiento.

La verificación de los filtros dializadores antes del inicio de la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis siempre debe llevarse a cabo, para asegurarse que sea el filtro prescrito y, si corresponde, que sea el filtro del paciente en caso de reúsos.

Cada establecimiento, de acuerdo con su contexto puede determinar si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera.

Adicionalmente, el establecimiento debe educar a pacientes y cuidadores sobre el protocolo universal, su utilidad y su participación en el proceso.

El establecimiento debe asegurar que el proceso del protocolo universal sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un Protocolo Universal y/o aplicación de Tiempo Fuera que garantiza

SIN VALIDEZ OFICIAL

la seguridad del procedimiento, del paciente y del sitio quirúrgico correcto.

(2)El Protocolo Universal y/o aplicación de Tiempo Fuera incluye los tres componentes esenciales de los incisos a) al c) de la guía.

(3)El establecimiento ha identificado los procedimientos que requieren la aplicación del protocolo universal o del componente tiempo fuera, según su nivel de riesgo.

(4)El procedimiento del tiempo fuera se documenta conforme a lo definido por el establecimiento.

(5)Se brinda educación a pacientes y cuidadores respecto al protocolo universal o tiempo fuera, con evidencia de su participación informada.

(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del protocolo universal, analiza los hallazgos de cumplimiento e implementa acciones de mejora derivadas del análisis.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional documentado sobre el uso del protocolo universal y/o aplicación del tiempo fuera.
- Lista de verificación institucional para la realización de procedimientos invasivos o de alto riesgo.
- Formatos institucionales que documenten el marcaje del sitio quirúrgico cuando corresponda.
- Evidencia de capacitación al personal clínico sobre la implementación del protocolo universal, el marcaje del sitio quirúrgico y la realización del tiempo fuera.
- Registros de auditoría o supervisión sobre el cumplimiento del protocolo universal (observaciones directas o revisión de expedientes).
- Actas de comités en las que se analicen hallazgos derivados de la supervisión de este proceso y se definan acciones de mejora.

e. Estándar 5/23. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5). – Indispensable –

1. Guía.

La prevención y el control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son esenciales para garantizar la seguridad del paciente en establecimientos de hemodiálisis, debido al contacto frecuente con dispositivos invasivos y a la vulnerabilidad de la población atendida. La higiene adecuada de manos representa la principal medida para evitar

SIN VALIDEZ OFICIAL

la transmisión cruzada de agentes infecciosos durante la atención clínica.

El establecimiento debe diseñar e implementar un programa integral de higiene de manos como barrera de seguridad primaria para prevenir las IAAS. Este programa debe desarrollarse con enfoque de sistema, participación multidisciplinaria y basarse en las recomendaciones vigentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo los cinco momentos para la higiene de manos.

El programa integral de higiene de manos debe contemplar, al menos:

a) Monitoreo periódico de la calidad del agua, especialmente la medición del cloro residual, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Abasto de insumos necesarios: jabón, gel con base de alcohol, toallas desechables, dispensadores y puntos de higiene.
c) Educación a pacientes, cuidadores y visitantes sobre el rol de la higiene de manos como medida de seguridad.
d) Capacitación sistemática al personal clínico, no clínico, recurso humano en formación, visitantes y personal subrogado, sobre técnica adecuada de higiene de manos.
e) Evaluación, monitorización y análisis periódico de los datos relacionados con la implementación del programa.

El programa se debe incorporar como parte del sistema para la prevención y control de infecciones del establecimiento.

El establecimiento debe asegurar que el programa sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado, con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso, considerando la aplicación de herramientas validadas para la prevención y reducción de las IAAS e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa integral de higiene de manos que forma parte del sistema para la prevención y control de infecciones.

(2) El programa incluye, al menos, los componentes del inciso a) al e) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se encuentra documentada evidencia de la implementación del programa, incluyendo registros de capacitación, materiales educativos, listas de verificación, bitácoras de supervisión y actas de revisión de resultados.

(4)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del programa integral de higiene de manos, analiza los hallazgos de cumplimiento y genera acciones de mejora para reforzar su implementación efectiva.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa integral de higiene de manos implementado por el establecimiento.
- Documento institucional con los resultados de medición del cloro residual en agua, conforme a la legislación aplicable vigente.
- Registros de capacitación al personal clínico, no clínico, en formación, subrogado y visitantes en temas de higiene de manos.
- Materiales de sensibilización dirigidos a pacientes, familiares y cuidadores sobre la importancia de la higiene de manos.
- Bitácoras de supervisión o auditoría sobre disponibilidad de insumos para higiene de manos (agua, jabón, gel base alcohol, toallas).
- Evidencia de retroalimentación y análisis de los datos generados por la implementación del programa integral de higiene de manos.
- Minutas o reportes de comités donde se discutan acciones preventivas relacionadas con IAAS.
- Cédula única de gestión de paquetes de acciones para la Prevención de IAAS, si aplica según el tipo de establecimiento.

f. Estándar 6/23. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6). – Indispensable –

1. Guía.

Las caídas constituyen una de las causas más frecuentes de daño evitable en los establecimientos de atención médica. En el contexto de un establecimiento de hemodiálisis, la evaluación y reevaluación sistemática del riesgo de caídas es fundamental debido a los cambios fisiológicos que experimentan los pacientes antes, durante y después de la terapia de reemplazo renal, como hipotensión, debilidad muscular o desequilibrio, que aumentan su vulnerabilidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional estandarizado para la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, diseñado a través de un análisis multidisciplinario y con base en el perfil de los pacientes atendidos. Este proceso debe contemplar al menos los siguientes componentes:

a) La aplicación de una herramienta validada o criterios clínicos definidos por el establecimiento, adecuados a la población y contexto.
b) La evaluación al ingreso del paciente al establecimiento como parte de la valoración clínica inicial.
c) La reevaluación en momentos críticos: cambio de turno, cambios de estado fisiológico, cambios de área o finalización del tratamiento.
d) El registro del resultado de cada evaluación en el expediente clínico, de modo que facilite su reevaluación y el seguimiento periódico.
e) El uso de un sistema de alerta visual (como etiquetas o marcadores en la ficha o en el entorno físico) que indique el nivel de riesgo identificado.
f) La comunicación al paciente de o cuidador primario sobre el nivel de riesgo de caída y las medidas de seguridad para prevenirlas.

A partir del resultado de la evaluación, deben implementarse medidas preventivas individualizadas y documentadas. Estas pueden incluir asistencia para la movilización, ajustes en el entorno, barreras físicas, educación al paciente, entre otras.

Además, el establecimiento debe promover activamente la participación del paciente y/o cuidador primario mediante acciones de educación y comunicación clara sobre las medidas de prevención, fomentando la corresponsabilidad en la seguridad durante su atención.

El establecimiento debe asegurar que el proceso sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estandarizado para la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas en todos los pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El proceso contempla los componentes mencionados en el inciso a) al f) de la guía.
(3)El establecimiento ha definido quién es el personal responsable de la evaluación y reevaluación, así como de implementar las medidas de reducción del riesgo.
(4)Se implementan medidas de prevención individualizadas conforme al nivel de riesgo identificado.
(5)Se proporciona educación al paciente y/o cuidador primario sobre las medidas de prevención de caídas.
(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que defina el proceso de evaluación y reevaluación de caídas.
- Formato o herramienta de evaluación del riesgo de caídas.
- Bitácoras, listas de verificación o registros de supervisión del proceso de evaluación de riesgo de caídas.
- Actas o minutas de reuniones de los comités donde se analicen datos sobre caídas.
- Materiales educativos para el paciente y cuidador primario sobre prevención de caídas.
- Reporte de análisis de datos de implementación de la barrera de seguridad.

g. Estándar 7/23. Integración del sistema de gestión del talento humano. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un sistema de gestión del talento humano, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos relacionados con el personal clínico (personal médico, enfermería, nutrición, técnicos de diálisis, entre otros) y no clínico (personal de intendencia, ingeniería, mantenimiento, seguridad, administrativo, entre otros). Este sistema tiene como propósito garantizar que todo el personal cuente con las competencias, habilidades, conocimientos necesarios para brindar servicios seguros, en alineación con los objetivos institucionales y las necesidades de los pacientes.

Los líderes del establecimiento son responsables de definir las competencias, habilidades, conocimientos, educación y demás

SIN VALIDEZ OFICIAL

requisitos necesarios para otorgar los servicios de atención y responder a las necesidades de los pacientes, considerando las características del establecimiento, la complejidad de los servicios, los procesos críticos y las tecnologías utilizadas. Para proyectar las necesidades del personal, los líderes deben considerar al menos los siguientes factores:

- La filosofía del establecimiento (misión, visión y valores).
- El tipo de pacientes que atiende el establecimiento, la complejidad y gravedad de sus condiciones.
- Los servicios que ofrece.
- Las barreras de seguridad implementadas en los procesos.
- La tecnología utilizada en la atención al paciente.
- La estructura organizacional indispensable para la operación segura y continua.

El sistema debe contemplar al menos los siguientes procesos:

- Definición de funciones o privilegios.
- Reclutamiento y selección del personal.
- Asignación y reasignación.
- Orientación e inducción.
- Capacitación continua.
- Evaluación del desempeño.
- Reconocimiento del personal.
- Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.

El objetivo del sistema es alinear los procesos clínicos y de gestión con la capacitación, la evaluación del desempeño y la retroalimentación del personal, fortaleciendo así la seguridad y calidad del establecimiento. Dado que los servicios de salud son brindados por personas a personas, la mejora en el desempeño del personal impacta directamente en el desempeño organizacional. La implementación de procesos seguros requiere personal competente y consciente de su rol en el cumplimiento oportuno y correcto de las barreras de seguridad.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de los procesos, con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados con el desempeño del personal y la operación del establecimiento.
b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad relacionados con la gestión del talento humano.
c) Capacitación continua del personal responsable de coordinar y ejecutar los procesos del sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de los resultados de los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

La supervisión del sistema debe ser realizada por personas o grupos con las competencias necesarias, y no es responsabilidad exclusiva del área de recursos humanos, sino un compromiso institucional que involucra a todas las áreas del establecimiento y a sus procesos clínicos y de gestión.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un sistema de gestión de del talento humano, adecuado a su misión, al tipo de pacientes que atiende, los servicios ofrecidos, las barreras de seguridad, la tecnología utilizada y la estructura indispensable para la operación del establecimiento; y toma en cuenta las competencias, habilidades, conocimientos, educación y demás requisitos definidos por los líderes.

(2) El sistema integra, al menos, los siguientes procesos:
- (2.1) Definición de funciones y privilegios
- (2.2) Reclutamiento y selección del personal
- (2.3) Asignación y reasignación
- (2.4) Orientación e inducción
- (2.5) Capacitación continua
- (2.6) Evaluación del desempeño
- (2.7) Reconocimiento del personal
- (2.8) Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal

(3) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos de la a) al g) en la guía.

(4) El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario, que involucra a todo el personal clínico y no clínico y todas las áreas clínicas, administrativas y de apoyo.

(5) La supervisión se realiza de manera integral y abarca todos los procesos y áreas del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de gestión del talento humano

(A). Referencia de apoyo.

- Plan documentado del sistema que establece cómo se desarrolla, implementa, supervisa y mejora el sistema de competencias y capacitación.
- Matriz de competencias por perfil de puesto, con los requisitos definidos (educación, conocimientos, habilidades, experiencia). Evidencia de procesos de reclutamiento, selección, asignación y reasignación del personal (convocatorias, entrevistas, actas de comisión, formatos de asignación).
- Programas de inducción y orientación al personal de nuevo ingreso, clínico y no clínico.
- Planes o cronogramas de capacitación continua, específicos por rol o área (clínica, administrativa, técnica).
- Registros de capacitación, incluyendo listas de asistencia, contenidos impartidos, evaluaciones de aprendizaje o impacto.
- Instrumentos y reportes de evaluación del desempeño del personal.
- Política o protocolo de reconocimiento institucional al personal.
- Documentación de acciones para la atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal (por ejemplo: vacunación, vigilancia epidemiológica, manejo de riesgos laborales).
- Minutas, actas o reportes de supervisión multidisciplinaria del sistema, que evidencien participación activa de áreas clínicas y administrativas.
- Indicadores de desempeño del sistema (por ejemplo: porcentaje de personal con inducción completada, cobertura de capacitación, cumplimiento de planes de mejora).

h. Estándar 8/23. Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con la funcionalidad, mantenimiento y seguridad del entorno físico. Este sistema tiene como propósito garantizar espacios seguros, funcionales y confiables, que

SIN VALIDEZ OFICIAL

respalden la atención clínica y administrativa, protejan a pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y aseguren la continuidad operativa del establecimiento. El sistema debe adecuarse al tamaño, complejidad, riesgos y contexto del establecimiento, e integrarse en todas las actividades que puedan impactar la seguridad estructural, ambiental y operativa. El sistema puede abarcar los enfoques, según las características del establecimiento, áreas y procesos como:

i. Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
ii. Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
iii. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
iv. Gestión del equipo médico.
v. Servicios prioritarios para la operación: (energía eléctrica, agua, gases medicinales, ventilación, etc.).
vi. Manejo de emergencias externas y continuidad operativa.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de cada componente del sistema con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados.
b) Implementación de procesos seguros y mecanismos de control o respuesta, adecuados a cada área y servicios involucrados
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado, según sus funciones.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y a cargo de un equipo multidisciplinario con las competencias adecuadas.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área de mantenimiento o ingeniería biomédica. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, adecuado

SIN VALIDEZ OFICIAL

al tamaño, ubicación, complejidad, servicios ofrecidos y tipo de pacientes que atiende.

(2) El sistema integra, al menos, las siguientes áreas clave del entorno físico:
  (2.1) Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
  (2.2) Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
  (2.3) Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
  (2.4) Gestión y mantenimiento del equipo médico.
  (2.5) Servicios prioritarios para la operación (energía eléctrica, agua, gases medicinales, ventilación, etc.).
  (2.6) Manejo de emergencias externas y continuidad operativa.

(3) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos del inciso a) al g) de la guía.

(4) El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario y con la participación activa de las áreas clínicas, técnicas y administrativas.

(5) La supervisión del sistema abarca todas las instalaciones y servicios involucrados, según el contexto del establecimiento.

(6) El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan documentado del sistema que describa su estructura, componentes, responsables, procesos de supervisión y mejora.
- Mapa o inventario de infraestructura crítica, incluyendo servicios prioritarios (electricidad, agua, ventilación, gases medicinales, etc.).
- Protocolos y procesos operativos estándar relacionados con seguridad estructural, ambiental y operativa.
- Bitácoras o registros de inspección, monitoreo y mantenimiento de infraestructura, servicios esenciales y equipo médico.
- Evidencia de capacitaciones al personal clínico y no clínico, específicamente sobre aspectos de seguridad e infraestructura.
- Reportes técnicos de supervisión integral, firmados por personal competente y equipos multidisciplinarios.
- Registros de análisis de riesgos y problemas detectados, con sus respectivas medidas de control o respuesta implementadas.
- Minutas o reportes de reuniones con áreas clínicas, administrativas y técnicas, que evidencien participación activa en el sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Informes periódicos dirigidos al liderazgo del establecimiento, sobre avances, hallazgos, mejoras o necesidades de inversión.
- Indicadores de desempeño del sistema, como cumplimiento de mantenimiento programado, tiempo de respuesta a fallas, número de incidentes estructurales reportados, resultados de los simulacros realizados, etc.
- Evidencia de mejora continua, como proyectos de intervención, corrección o rediseño implementados con base en hallazgos del sistema.

i. Estándar 9/23. Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con procesos de seguridad definidos e implementados en los servicios de radiología e imagen propios, incluyendo modalidades como radiología convencional, ultrasonido, u otros cuando corresponda. Estos procesos deben garantizar la protección del personal, los pacientes y el entorno, alineándose con los riesgos identificados, la legislación aplicable y los procesos clínicos y de gestión de los sistemas del modelo.

Deben considerar, al menos lo siguiente:

a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal (EPP), acorde a las prácticas realizadas, los riesgos y problemas identificados.
b) Capacitación y orientación del personal sobre procesos y prácticas de seguridad en imagenología.
c) Seguimiento clínico y dosimétrico al personal ocupacionalmente expuesto a radiación.
d) Manejo de residuos peligrosos, incluyendo su manipulación, almacenamiento temporal y disposición final, cuando aplique.

Para su implementación, el establecimiento debe considerar:

i. Planeación preventiva basada en análisis de riesgos y problemas identificados.
ii. Implementación de procesos seguros.
iii. Capacitación del personal.
iv. Monitorización y supervisión integral de los procesos.
v. Participación en programas internos y externos de aseguramiento de calidad.

Cuando los servicios son subrogados, estos procesos deben estar contemplados dentro de las especificaciones de calidad acordadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido, documentado e implementado procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen que incluyen, al menos del inciso a) a la d) de la guía.

(2)Los procesos de seguridad están implementados en los servicios de radiología e imagen.

(3)Se monitorizan periódicamente los procesos mediante indicadores definidos y se documenta dicha supervisión.

(4)El personal ha sido capacitado formalmente en materia de seguridad radiológica y ocupacional.

(5)Existe equipo de protección personal adecuado y disponible según los estudios realizados y riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de seguridad para servicios de imagen.
- Procesos operativos estándar sobre protección radiológica y prácticas seguras.
- Registros de capacitación en seguridad para el personal de imagenología.
- Bitácoras de seguimiento dosimétrico del personal expuesto.
- Indicadores institucionales de seguridad en imagenología.
- Informes de supervisión y monitoreo documentado.
- Registros y etiquetas de residuos peligrosos generados.
- Inventario y disponibilidad de EPP y dispositivos de protección.

j. Estándar 10/23. Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe contar con procesos definidos e implementados para garantizar la seguridad del paciente durante la atención en los servicios de radiología e imagen, ya sean propios o subrogados. Estos procesos deben estar alineados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento, así como con AESP cuando apliquen.

Los procesos deben incluir, al menos:

a) Identificación correcta del paciente conforme a la AESP 1, mediante el uso de dos datos institucionalmente definidos, aplicados en la solicitud, verificación antes del procedimiento e informe de resultados.

b) Prevención de caídas durante la estancia en sala de espera, traslado, posicionamiento y egreso del paciente AESP 6.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Manejo inmediato de reacciones adversas al medio de contraste, cuando se utilicen en procedimientos invasivos. Esto incluye la disponibilidad de equipo, medicamentos y un protocolo estandarizado de respuesta.
d) Vigilancia de las condiciones clínicas del paciente durante su permanencia en áreas de espera, preparación y realización del estudio.

La implementación de estos procesos es obligatoria tanto en servicios propios como subrogados, por lo que en este último caso deben integrarse en las especificaciones de calidad formalizadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado
(2)en los servicios de radiología e imagen, vinculados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(3)Los procesos contemplan al menos los elementos a) al d) descritos en la guía.
(4)Los servicios subrogados de radiología e imagen cuentan con cláusulas contractuales que incorporan estos procesos y son objeto de verificación.
(5)El cumplimiento de estos procesos se supervisa periódicamente mediante indicadores definidos, y se cuenta con evidencia documentada de su seguimiento e implementación de acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales de seguridad del paciente en radiología e imagen.
- Protocolo para el manejo de reacciones adversas al medio de contraste (incluye medicamentos, EPP, entrenamiento).
- Bitácoras o reportes de incidentes relacionados con identificación errónea o caídas en áreas de imagen.
- Supervisiones documentadas del cumplimiento en servicios subrogados.
- Evidencia de inclusión de estos procesos en las especificaciones de calidad contractuales.
- Formatos de verificación de identificación del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

k. Estándar 11/23. Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio

1. Guía.

El establecimiento debe contar con procesos de seguridad implementados en los servicios de laboratorio propios, alineados a los riesgos y problemas del área. Para los laboratorios subrogados, estos elementos pueden incluirse dentro de las especificaciones de calidad definidas contractualmente.

Los procesos de seguridad en el laboratorio deben contemplar la protección del personal, los pacientes y la infraestructura, y abarcar las etapas preanalítica, analítica y postanalítica. Deben estar integrados al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, al sistema de gestión del talento humano, y considerar la aplicación de las acciones esenciales de seguridad del paciente, cuando corresponda.

El programa debe considerar al menos lo siguiente:

a) Manipulación y desecho seguro de materiales, sustancias y residuos peligrosos e infecciosos.
b) Disponibilidad y uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal (EPP) adecuados para los riesgos identificados.
c) Capacitación y orientación del personal del laboratorio en procesos, prácticas seguras y materiales peligrosos.
d) Actualización y educación ante nuevos procesos o materiales recientemente adquiridos o reconocidos como peligrosos.
e) Aplicación del programa de control interno de calidad para todos los estudios realizados que incluya la etapa preanalítica, analítica y postanalítica.
f) Participación en al menos un programa de control externo de calidad, de acuerdo con las pruebas realizadas.

La integración e implementación del programa de seguridad debe contemplar:

i. Planeación basada en análisis de riesgos y problemas.
ii. Implementación de procesos seguros.
iii. Capacitación del personal.
iv. Monitorización y supervisión integral de los procesos.
v. Participación en programas internos y externos de aseguramiento de calidad.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de seguridad en los servicios de laboratorio propios,

SIN VALIDEZ OFICIAL

que considera al menos los elementos definidos en los incisos a) a f) de la guía.

(2) El programa está alineado al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, al sistema de gestión del talento humano y a las acciones esenciales para la seguridad del paciente, cuando corresponda.

(3) El programa contempla la planeación basada en análisis de riesgos y problemas identificados en el laboratorio, y documenta la priorización de dichos riesgos.

(4) Se han implementado procesos seguros en las etapas preanalítica, analítica y postanalítica.

(5) El personal del laboratorio cuenta con capacitación documentada en procesos de seguridad, uso de EPP y manejo de materiales peligrosos, conforme a sus funciones.

(6) El laboratorio aplica un programa de control interno de calidad para todos los estudios que realiza, con evidencia de seguimiento y acciones ante desviaciones detectadas.

(7) El laboratorio participa en al menos un programa de control externo de calidad, acorde con los estudios que realiza, y se cuenta con evidencia de los resultados obtenidos y acciones derivadas.

(8) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión y monitoreo multidisciplinario del programa de seguridad del laboratorio, y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del programa de seguridad del laboratorio.
- Listado y evidencia de dispositivos de seguridad y EPP disponibles.
- Bitácoras o reportes de supervisión y monitorización de prácticas de seguridad.
- Registros de capacitación del personal en temas de bioseguridad y seguridad ocupacional.
- Registros de participación en control interno y externo de calidad.
- Procesos operativos estándar de seguridad y manejo de residuos.
- Informes de evaluación de riesgos específicos del área de laboratorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

I. Estándar 12/23. Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con procesos definidos e implementados para el manejo seguro y trazable de muestras biológicas, que garanticen la integridad diagnóstica, la seguridad del personal, la identificación del paciente y la continuidad operativa del laboratorio.

Estos procesos aplican tanto a los servicios de laboratorio propios como subrogados, por lo que, en el caso de servicios contratados, deben estar incluidos en las especificaciones de calidad.

La cadena de manejo de muestras incluye al menos los siguientes procesos:

a) Solicitud de análisis, con los datos de identificación del paciente y del análisis requerido.
b) Recolección e identificación de muestras, asegurando el uso de los dos identificadores institucionales y prácticas seguras.
c) Transporte, almacenamiento y conservación, garantizando las condiciones definidas para cada tipo de muestra (temperatura, contención, tiempo, etc.).
d) Recepción e ingreso al sistema, con asignación de código, registro y trazabilidad desde el punto de origen.
e) Rastreo institucional de las muestras, desde la solicitud hasta el resultado, incluyendo procesos intermedios cuando aplica (como reenvío a laboratorio subrogado o pruebas adicionales).

El cumplimiento de estos procesos permite minimizar errores preanalíticos, prevenir pérdidas o deterioro de muestras, y asegurar la validez clínica del resultado.

Cuando se utilizan servicios subrogados, el establecimiento debe verificar que estos procesos estén incluidos como parte de la entrega del servicio, con mecanismos de supervisión establecidos.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos sobre la cadena de manejo de muestras que incluyen del inciso a) al e) de la guía.

(2)Cuando se utilizan servicios subrogados, el establecimiento supervisa que estos procesos se realicen conforme a las especificaciones de calidad acordadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos operativos estándar para solicitud, recolección, transporte, almacenamiento, recepción y rastreo de muestras.
- Registros o bitácoras de trazabilidad de muestras biológicas.
- Ejemplares de formularios o sistemas de solicitud de análisis.
- Protocolos de identificación de muestras con dos identificadores.
- Evidencia documental de supervisión a servicios subrogados (reportes, actas, minutas).
- Manuales o instructivos de bioseguridad aplicables al manejo de muestras.
- Auditorías o revisiones internas sobre cumplimiento del proceso.

m. Estándar 13/23. Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con sistema para la gestión segura del uso de medicamentos, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con el manejo de medicamentos en todas las áreas o servicios. Este sistema tiene como propósito asegurar una farmacoterapia segura, efectiva y centrada en el paciente, que contribuya a la calidad de la atención y a la prevención de riesgos asociados al uso de medicamentos.

El sistema debe cubrir, al menos, las siguientes fases, conforme al contexto operativo del establecimiento:

i. Selección y adquisición
ii. Almacenamiento
iii. Prescripción
iv. Transcripción
v. Distribución / Dispensación
vi. Preparación
vii. Administración
viii. Control y monitorización

Todas las fases deben desarrollarse en apego a la legislación sanitaria vigente.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de cada fase con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados,

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad en cada fase del proceso de medicación.
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área farmacéutica. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un sistema integrado para la gestión del uso de medicamentos, que contempla las fases descritas cuando son aplicables al contexto, del inciso i) al viii) de la guía.
(2) La integración del sistema incluye, al menos, lo definido en los incisos a) a g) de esta guía.
(3) El desarrollo, operación y supervisión del sistema está documentado en un plan.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional que documenta la estructura, fases, responsables, procesos y metas del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
- Actas de reuniones multidisciplinarias sobre el sistema.
- Indicadores o métricas de desempeño del sistema (ej. errores de medicación reportados, adherencia a procesos).
- Informes anuales del sistema dirigidos al gobierno y líderes del establecimiento
- Procesos documentos para cada fase del proceso de medicación.
- Registros de capacitación del personal sobre los procesos institucionales y el uso seguro de medicamentos.
- Resultados de auditorías internas o externas relacionadas con el proceso de medicación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

n. Estándar 14/23. Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar la trazabilidad completa de los medicamentos e insumos para la salud, desde su adquisición hasta la administración al paciente, con el objetivo de:

i. Reducir el riesgo de uso de medicamentos falsificados, contaminados, alterados o vencidos.
ii. Asegurar la legitimidad del origen de los productos y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
iii. Facilitar la identificación y análisis de eventos adversos y errores de medicación.

Este proceso es particularmente importante en el contexto de los establecimientos de hemodiálisis, donde se manejan medicamentos de alto riesgo, cuya adecuada conservación, preparación y administración es esencial para la seguridad del paciente.

El sistema de trazabilidad debe contemplar, al menos, los siguientes elementos:

a) Validación de proveedores: El establecimiento debe adquirir medicamentos exclusivamente de proveedores que cuenten con licencia sanitaria, aviso de funcionamiento y responsable sanitario vigentes, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Recepción documentada: Todo medicamento o insumo recibido debe ir acompañado de documentos fiscales válidos (factura o remisión), firmados y fechados por personal capacitado, que acrediten la tenencia legítima del producto. El personal responsable de esta actividad debe haber recibido capacitación documentada.
c) Muestreo al ingreso: El establecimiento debe realizar verificaciones aleatorias o dirigidas de los productos recibidos, con criterios establecidos por el establecimiento, considerando tipo de producto, riesgo, historial del proveedor y volumen recibido.
d) Condiciones de almacenamiento: Los medicamentos deben organizarse en un espacio físico adecuado, identificado mediante un planograma o diagrama, que garantice condiciones de almacenamiento óptimas (temperatura, humedad, protección lumínica) y separación adecuada de productos con diferente clasificación o fecha de vencimiento.
e) Registro de entradas y salidas: El establecimiento debe mantener un sistema de control físico o digital que registre todas las entradas y salidas de medicamentos, incluyendo fecha, lote, caducidad y

SIN VALIDEZ OFICIAL

responsable. Este registro es clave para facilitar el seguimiento en caso de eventos adversos o retiro del producto.

f) Preparación y administración: Antes de preparar o administrar un medicamento, el personal clínico debe verificar y registrar el lote y fecha de caducidad, como una medida de seguridad obligatoria. Esta trazabilidad debe quedar asentada en el expediente clínico o formato correspondiente.

g) Cumplimiento normativo: Todo este sistema debe estar alineado con la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado acciones para garantizar la trazabilidad y el control de los medicamentos desde su adquisición hasta su administración al paciente.

(2) Las acciones implementadas contemplan, al menos, lo definido en los incisos a) a g) de la guía.

(3) El personal involucrado en el proceso cuenta con la capacitación documentada conforme a sus funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

(4) El establecimiento supervisa el cumplimiento del proceso de trazabilidad y control de medicamentos y, cuando corresponde, implementa acciones correctivas o de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Licencia sanitaria o aviso de funcionamiento vigente de los proveedores del establecimiento.
- Facturas, remisiones o vales firmados y fechados.
- Procesos para recepción, muestreo y almacenamiento de medicamentos.
- Plano físico o planograma del área de almacenamiento.
- Sistema de inventario con registros de entrada y salida que incluyan trazabilidad por lote y caducidad.
- Registros de capacitación del personal involucrado.
- Evidencias documentadas de trazabilidad en preparación y administración (formatos clínicos, hojas de enfermería, recetas, hojas de preparación, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

o. Estándar 15/23. Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento. – Indispensable –

1. **Guía.**

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un sistema de prevención y control de infecciones, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con la gestión del riesgo de infecciones. Este sistema tiene como propósito prevenir y reducir el riesgo de infecciones en pacientes, personal, cuidadores primarios, visitantes y otras personas expuestas durante los procesos de atención.
El sistema debe adecuarse al tamaño, complejidad, riesgos y contexto del establecimiento, e integrarse en todas las actividades que puedan influir en la seguridad clínica, epidemiológica y ambiental del establecimiento.
El sistema puede abarcar los enfoques, según las características del establecimiento, áreas y procesos como:

- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- Vigilancia epidemiológica
- Precauciones estándar y específicas en la atención
- Esterilización y desinfección
- Limpieza de instalaciones y equipos
- Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI)
- Manejo de ropa hospitalaria
- Alimentación
- Reúso de insumos desechables (si está permitido)
- Procesos de medicación (vinculados al sistema de gestión segura del uso de medicamentos)
- Salud y seguridad del personal
- Supervisión de calidad del agua
- Control y mantenimiento de infraestructura (vinculado al sistema de gestión y seguridad de infraestructura)
- Servicios de ambulancias (propio o subrogado)
- Vacunación para pacientes y personal
- Seguridad durante adecuaciones, remodelaciones y/o construcciones.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de las acciones de prevención y control con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad, adaptados a los servicios y áreas involucradas
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado, según sus funciones.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, por parte de un equipo competente, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área o servicio de epidemiología. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado e implementado un sistema de prevención y control de infecciones, adecuado al tamaño, ubicación, complejidad, servicios ofrecidos y tipo de pacientes que atiende.
(2) El sistema integra todas las áreas clínicas, administrativas y comunes en las que se brinda atención o donde circulan pacientes, personal o visitantes.
(3) El sistema incluye, conforme al contexto del establecimiento, al menos las siguientes áreas de enfoque:
- (3.1) Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
- (3.2) Vigilancia epidemiológica
- (3.3) Precauciones estándar y específicas en la atención
- (3.4) Esterilización y desinfección
- (3.5) Limpieza de instalaciones y equipos
- (3.6) Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI)
- (3.7) Manejo de Ropa hospitalaria
- (3.8) Alimentación
- (3.9) Reúso de insumos desechables (si está permitido)
- (3.10) Procesos de medicación (vinculados al Sistema de Gestión Segura del Uso de Medicamentos)
- (3.11) Salud y Seguridad del Personal
- (3.12) Supervisión de calidad del agua

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3.13) Control y mantenimiento de infraestructura (Vinculado al Sistema de Gestión y Seguridad de Infraestructura)
(3.14) Servicios de ambulancias (cuando corresponda)
(3.15) Vacunación para pacientes y personal
(3.16) Seguridad durante adecuaciones, remodelaciones y/o construcciones.

(4)La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos en los incisos a) al g) de la guía.

(5)El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario y con la participación activa de las áreas involucradas.

(6)El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de prevención y control de infecciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan de prevención y control de infecciones institucional.
- Política de control de IAAS y vigilancia epidemiológica.
- Registros de capacitación del personal en medidas de prevención y precauciones estándar.
- Listados y bitácoras de verificación de procesos críticos (desinfección, esterilización, limpieza).
- Informes de inspección de condiciones de agua, infraestructura, RPBI y alimentación.
- Actas del comité de vigilancia epidemiológica y reportes a personas líderes del establecimiento bitácoras de mantenimiento, monitoreo ambiental o de zonas críticas.
- Documentación del Programa Interno de Protección Civil, incluyendo planes ante brotes infecciosos.
- Plan o protocolo para evaluar riesgos de infección antes, durante y después de una adecuación, remodelación o construcción.

p. Estándar 16/23. Proceso que guía la atención para pacientes con enfermedades infectocontagiosas. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe definir un proceso claro, documentado y operativo para la atención de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, en particular aquellos seropositivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de Hepatitis B (VHB) y Virus de Hepatitis C (VHC), conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estos pacientes presentan necesidades clínicas especiales y representan un riesgo potencial de transmisión cruzada si no se aplican medidas diferenciadas de manejo. Al mismo tiempo, deben recibir atención digna, continua y sin discriminación. Por ello, el proceso definido por el establecimiento debe garantizar tanto la seguridad del entorno como la equidad en la atención.

Este proceso debe definirse a partir de un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, e incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención, considerando segmentación operativa (turnos o áreas específicas), asignación de equipos diferenciados y flujos seguros, así como las particularidades según tipo de agente infeccioso (VIH, VHB y VHC).
b) La documentación necesaria para que el equipo clínico actúe de forma coordinada, clara y con trazabilidad en todo momento.
c) El consentimiento informado, en el que se comunique de forma clara el tipo de atención diferenciada y la importancia de las medidas de bioseguridad, conforme a la legislación aplicable.
d) La monitorización del paciente durante cada sesión.
e) Las competencias requeridas del personal que atiende a estos pacientes, incluyendo manejo seguro de material punzocortante, aislamiento por contacto y universalización de precauciones.
f) La disponibilidad y uso obligatorio de insumos y equipo especializado, como máquinas de hemodiálisis dedicadas (cuando aplique), filtros nuevos, ropa y barreras de protección, así como protocolos específicos para el manejo de residuos peligrosos biológico-infecciosos (RPBI).

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, mediante un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso documentado e implementado para la atención de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, que incluye al menos los incisos del a) al f) de la guía.
(2) La atención a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas se brinda conforme al proceso definido por el establecimiento.
(3) Se documenta en el expediente clínico la condición infectocontagiosa, el consentimiento informado, la atención diferenciada y la trazabilidad de cada sesión.
(4) El personal involucrado ha sido capacitado en bioseguridad y protocolos para pacientes seropositivos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la atención de pacientes con VIH, VHB y VHC en hemodiálisis.
- Protocolos clínicos de segmentación operativa por tipo de agente infeccioso y medidas de prevención.
- Expedientes clínicos con registros de atención, monitoreo y evolución durante sesiones.
- Listados de turnos, equipos y máquinas asignadas a pacientes seropositivos.
- Capacitaciones al personal clínico y operativo sobre manejo seguro, universalización de precauciones y respeto a la confidencialidad.
- Inventario y disponibilidad de insumos (ej. filtros nuevos, guantes, cubrebocas, materiales exclusivos).

q. Estándar 17/23. Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que todos los pacientes reciban el mismo nivel de calidad en la atención, sin distinción por condición social, económica, día de la semana o turno de atención. Para lograr este principio de atención uniforme, los líderes del establecimiento deben planificar, coordinar y estandarizar los procesos de atención, asegurando su aplicación de manera consistente.

La atención dirigida a pacientes con condiciones clínicas similares debe planificarse y ser guiada por procesos estandarizados, definidos con enfoque multidisciplinario y alineados a la legislación aplicable vigente. Estos procesos deben aplicarse de forma transversal a todos los servicios y horarios operativos del establecimiento, garantizando que:

a) La atención y el tratamiento no depende de la condición social ni económica del paciente.
b) El nivel de atención se mantiene constante todos los días y turnos.
c) Las decisiones clínicas y la asignación de recursos se basan en el estado clínico del paciente.
d) Los pacientes con necesidades similares reciben niveles comparables de calidad.

Una atención planificada y estandarizada contribuye a disminuir la variabilidad no justificada, favorece el uso eficiente de los recursos institucionales y reduce los riesgos relacionados con diferencias en los procesos de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Los líderes del establecimiento colaboran para definir procesos estandarizados que aseguren el mismo nivel de calidad en la atención.

(2)Los procesos definidos están alineados con la legislación aplicable vigente.

(3)Los procesos se desarrollan con participación multidisciplinaria.

(4)La atención se proporciona de manera que:

(4.1)No depende de la condición social ni económica del paciente

(4.2)No varía entre turnos ni días de la semana.

(4.3)Se ajusta al estado clínico del paciente, asignando los recursos apropiados.

(4.4)Mantiene el mismo nivel de calidad para pacientes con necesidades clínicas equivalentes.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos clínicos, rutas de atención o guías internas documentadas.
- Actas o registros de reuniones donde se haya definido la estandarización con participación multidisciplinaria.
- Registros clínicos que evidencien la aplicación uniforme de procesos entre turnos.
- Evaluaciones internas o auditorías sobre consistencia en la atención.

r. Estándar 18/23. Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.

1. Guía.

El proceso de atención clínica en un establecimiento de hemodiálisis es dinámico y requiere la participación de diferentes profesionales de la salud. Para asegurar que dicha atención sea eficiente, continua y centrada en las necesidades del paciente, el establecimiento debe implementar mecanismos que garanticen la integración y coordinación efectiva de las actividades clínicas.

La integración implica que todas las acciones relacionadas con la atención del paciente estén articuladas entre sí y alineadas con su condición clínica. La coordinación asegura que las intervenciones se planifiquen, ejecuten y supervisen de manera conjunta entre las distintas áreas, turnos y niveles operativos.

Estas acciones son especialmente relevantes en pacientes con necesidades clínicas complejas, en quienes la atención fragmentada

SIN VALIDEZ OFICIAL

puede generar riesgos o pérdida de efectividad. Los líderes del establecimiento deben promover prácticas que favorezcan la colaboración clínica, como la revisión de casos por equipos multidisciplinarios, el uso compartido de información, o la elaboración de planes terapéuticos integrales.
Los procesos de coordinación e integración deben mantenerse durante toda la trayectoria del paciente, y sus conclusiones deben ser documentadas oportunamente en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido mecanismos que aseguran que la atención esté integrada y coordinada entre todas las áreas, servicios y turnos que intervienen en la atención del paciente.
(2)La atención clínica del paciente se coordina de manera continua entre entornos, equipos y servicios del establecimiento, especialmente cuando existe complejidad clínica.
(3)Los resultados, acuerdos o decisiones derivados de sesiones clínicas, juntas o actividades de revisión multidisciplinaria se documentan en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones documentadas institucionales para la coordinación de la atención.
- Programación de sesiones clínicas multidisciplinarias (semanales, mensuales o según complejidad del caso).
- Minutas o actas de sesiones multidisciplinarias, con registro de asistentes, fecha, resumen clínico y acuerdos tomados.
- Formato de hoja de resumen clínico multidisciplinario, con campos para cada área participante (medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, etc.).
- Auditorías clínicas internas que verifiquen continuidad y coherencia entre notas clínicas de distintas disciplinas.
- Evidencia en el expediente clínico de decisiones conjuntas documentadas tras sesiones multidisciplinarias.
- Reportes de análisis de casos complejos atendidos mediante integración de áreas clínicas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

s. Estándar 19/23. Proceso que guía la atención para pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

Los pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis se consideran un grupo de alto riesgo debido a sus condiciones clínicas, con múltiples comorbilidades, condiciones crónicas avanzadas y, en muchos casos, barreras sociales o de adherencia al tratamiento. Debido a esto, su atención debe ser cuidadosamente planeada, coordinada y supervisada por el establecimiento, con el objetivo de reducir riesgos, estandarizar prácticas y mejorar los resultados clínicos.

El establecimiento debe definir un proceso integral que guíe la atención de estos pacientes, basado en un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema. Este proceso debe estar formalmente documentado, ser conocido por el personal involucrado y ejecutado supervisado por los líderes del establecimiento.

El proceso definido por el establecimiento debe describir, al menos, los siguientes elementos:

a) La forma en que se otorgará la atención, incluyendo las consideraciones especiales para subgrupos clínicos como pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o C.
b) La documentación necesaria para asegurar una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención.
c) El procedimiento para la obtención del consentimiento informado antes de la sesión de hemodiálisis.
d) El procedimiento para la obtención del consentimiento informado cuando el paciente será incluido en un plan de reprocesamiento de filtros.
e) La monitorización del paciente durante cada sesión de hemodiálisis, incluyendo parámetros clínicos críticos.
f) El proceso a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia.
g) Las competencias requeridas del personal médico que prescribe la terapia dialítica y del personal de enfermería que brinda atención durante las sesiones.
h) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada, como filtros, catéteres, riñones artificiales, agujas para fístulas, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso integral de atención para los pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

(2)El proceso fue elaborado mediante análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que incluye los elementos del inciso a) al h) de la guía.

(3)Los pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis son atendidos conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento que describe el proceso de atención integral a pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
- Evidencia de participación multidisciplinaria en la elaboración del proceso (actas, firmas, roles).
- Formatos de consentimiento informado (inicial y para reprocesamiento de filtros).
- Expedientes clínicos con documentación de:
  - Monitorización durante sesiones.
  - Manejo de complicaciones.
  - Comunicación entre turnos o áreas.
- Descripción de competencias del personal médico y de enfermería involucrado.
- Registro del equipamiento e insumos disponibles para hemodiálisis (filtros, catéteres, riñones artificiales, etc.).
- Reportes de seguimiento o auditoría interna del cumplimiento del proceso.

t. Estándar 20/23. Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar una atención digna, respetuosa y centrada en la persona a los pacientes en situación terminal que continúan o han decidido continuar con terapia de reemplazo renal, o bien, que se encuentran en proceso de adecuación o retiro de dicha terapia.

Dada la complejidad clínica, emocional y ética de estos casos, el establecimiento debe definir un proceso que oriente al equipo multidisciplinario sobre cómo brindar cuidados enfocados en el confort,

SIN VALIDEZ OFICIAL

la comunicación con el paciente y su familia, y el respeto a su autonomía y valores.

Este proceso debe ser definido con base en un análisis multidisciplinario, considerando la legislación aplicable vigente, el contexto del establecimiento el proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal.

Puede aplicarse tanto en pacientes con enfermedades terminales de base (no renales), como en aquellos con enfermedad renal crónica en etapa terminal que han decidido no continuar con el tratamiento sustitutivo, o para quienes el equipo clínico ha determinado la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico.

El proceso debe contemplar, al menos:

a) La atención adecuada y proporcional de los síntomas más frecuentes en pacientes en etapa terminal (dolor, fatiga, náusea, ansiedad, entre otros).
b) La comunicación clara y compasiva con el paciente o cuidador primario, incluyendo educación sobre el pronóstico, las decisiones clínicas y el plan de atención.
c) La identificación de necesidades de apoyo para la familia o personas que cuidan del paciente.
d) El respeto a los valores, costumbres y creencias del paciente, que deben ser integrados al plan de atención.

El personal que participa en la atención de estos pacientes debe estar sensibilizado y, cuando sea posible, capacitado en los principios básicos de atención al final de la vida. Esto contribuye a reducir la variabilidad en el trato, evita medidas desproporcionadas y permite brindar una atención humana, aun en contextos con recursos limitados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que guía la atención de pacientes en situación terminal que reciben terapia de reemplazo renal.
(2) El proceso incluye, al menos, los incisos a) a d) de esta guía.
(3) La atención que se brinda a los pacientes terminales es coherente con lo definido en el proceso institucional.
(4) Se documenta en el expediente clínico la toma de decisiones compartida con el paciente o su familia en el contexto de atención terminal.
(5) El personal involucrado ha sido sensibilizado o capacitado respecto a la atención de pacientes en etapa terminal en el contexto de hemodiálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)Todo el personal cuenta con su constancia de capacitación en cuidados paliativos.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe el proceso de atención a pacientes terminales en establecimientos de hemodiálisis.
- Registros de capacitación o sensibilización del personal sobre atención al final de la vida.
- Notas clínicas o de evolución que evidencien evaluación de síntomas, comunicación con la familia, y adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Formatos o evidencia de respeto a creencias, voluntades anticipadas o planes de atención centrados en valores.
- Hoja de registro o plan de atención para pacientes en etapa terminal que continúan en terapia de hemodiálisis o han decidido suspenderla.
- Referencias o enlaces con programas externos de cuidados paliativos, si aplica.

u. Estándar 21/23. Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia. – Indispensable –

1. Guía.

Aunque los establecimientos de hemodiálisis no están formalmente habilitados como servicios de urgencias, por la naturaleza clínica de los pacientes y el tipo de procedimiento que se realiza, pueden presentarse situaciones críticas que requieran una atención inmediata, organizada y eficiente.

Una urgencia médica se define como toda condición aguda que pone en riesgo la vida, un órgano o una función, y que requiere atención inmediata. En el contexto de hemodiálisis, estas situaciones pueden incluir: pérdida súbita de conciencia, hipotensión grave, reacciones anafilácticas a medicamentos o materiales, sangrados activos, convulsiones, arritmias graves, entre otros.

Se ha observado que aquellos pacientes en situación de urgencia que reciben un abordaje sistematizado de manera temprana cuentan con mayor probabilidad de sobrevida y menos riesgo a desarrollar secuelas del evento, de ahí que se cuente con herramientas como la evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) la cual es un enfoque sistemático para la evaluación y el tratamiento inmediatos de pacientes en situación de urgencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta herramienta es aplicable a toda emergencia clínica. Los objetivos del enfoque ABCDE son:

i. Proporcionar un tratamiento que salve vidas
ii. Dividir situaciones clínicas complejas en partes más manejables
iii. Servir como algoritmo de evaluación y tratamiento iniciales.
iv. Establecer una conciencia situacional común entre todos los proveedores de tratamiento
v. Ganar tiempo para establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos.

El establecimiento debe definir un proceso para atender estas situaciones, adaptado a su contexto, infraestructura y competencias disponibles. Este proceso debe diseñarse mediante un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, e incluir, al menos, lo siguiente:

a) Identificación de situaciones clínicas específicas que puedan representar una urgencia dentro o fuera de las áreas clínicas, como paciente inconsciente en sala de espera, paciente en diálisis con sangrado activo o paciente con descompensación hemodinámica súbita.
b) Adaptación del enfoque de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) a las competencias del personal y al entorno físico del establecimiento.
c) Definición de cómo se brindará o solicitará la atención inicial en las áreas o cómo se alertará y activará el equipo responsable.
d) Proceso para la obtención de consentimiento informado, si aplica (ej. procedimientos invasivos o referencia urgente).
e) Identificación de las competencias requeridas por el personal responsable de la primera respuesta.
f) Insumos y equipos necesarios (ej. carro rojo, ambú, oxígeno, desfibrilador), así como su localización y accesibilidad inmediata.
g) Mecanismos definidos para movilizar al paciente dentro del establecimiento cuando no se encuentra en un área clínica.
h) Protocolo de traslado a otro establecimiento cuando el establecimiento no cuente con la capacidad para resolver la urgencia, incluyendo directorio de hospitales receptores, ambulancias o servicios de emergencia.

El objetivo de este estándar no es que todo el personal cuente con habilidades avanzadas en urgencias, sino que exista un proceso institucional organizado que permita identificar y actuar oportunamente, minimizando el riesgo y maximizando la supervivencia y recuperación funcional del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso documentado e implementado para la atención de pacientes en situación de urgencia, que incluye los incisos del a) al h) de la guía.

(2)La práctica observada es consistente con lo definido en el proceso institucional.

(3)El personal involucrado en la primera respuesta ha sido capacitado en el enfoque ABCDE y en los protocolos de actuación del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de atención a urgencias en el establecimiento de hemodiálisis.
- Capacitación del personal clínico y de apoyo en el enfoque ABCDE y activación de respuesta ante urgencias.
- Registro de simulacros o ejercicios de respuesta rápida en el establecimiento.
- Inventario y bitácora de revisión de insumos y equipo de respuesta inmediata (carro rojo, DEA, oxígeno, sueros, medicamentos).
- Directorio institucional de hospitales receptores, ambulancias o servicios de emergencia disponibles.
- Registros clínicos o administrativos de eventos críticos ocurridos y la aplicación del protocolo.
- Consentimientos informados documentados cuando aplica.

v. Estándar 22/23. Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe definir un proceso documentado que guíe la atención de pacientes que presenten un evento de paro cardiorrespiratorio, garantizando una respuesta inmediata, con personal competente y recursos disponibles.

El paro cardiorrespiratorio en el ámbito clínico puede tener múltiples causas y presentarse en cualquier momento, por lo que la supervivencia y la recuperación neurológica del paciente dependen de cuatro factores críticos:

i. Reconocimiento inmediato del evento
ii. Inicio oportuno del soporte vital básico

SIN VALIDEZ OFICIAL

iii. Acceso al soporte vital avanzado
iv. Atención post-reanimación adecuada

El proceso debe ser definido a partir de un análisis multidisciplinario, adaptado a la capacidad resolutiva del establecimiento. Este proceso debe incluir, al menos, lo siguiente:

a) Identificación de los equipos de reanimación, disponibles durante los horarios de atención del establecimiento.
b) Logística de activación del código de emergencia, incluyendo el personal clínico participante y su localización.
c) Proceso de atención inmediata con soporte vital básico, al momento de identificar el paciente con paro y ejecutable por el personal que detecta el evento.
d) Proceso para brindar soporte vital avanzado, conforme a las competencias del personal y con el respaldo de un sistema de traslado si el tratamiento definitivo es externo.
e) Proceso para brindar cuidados post reanimación, como estabilización, soporte ventilatorio, monitorización y decisiones clínicas basadas en el pronóstico, si aplica.
f) Insumos, medicamentos y equipamiento necesarios para la reanimación, así como la logística para su disponibilidad inmediata en todas las áreas operativas.

El establecimiento debe asegurar que el personal asignado a la atención de estos eventos cuente con las competencias necesarias en soporte vital básico y avanzado, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, conforme al tipo de población atendida y a los servicios prestados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, mediante un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso documentado e implementado que guía la atención de pacientes en paro cardiorrespiratorio.
(2) El proceso incluye los incisos del a) al f) de la guía.
(3) La práctica observada durante simulacros, eventos reales o auditorías clínicas es consistente con el proceso definido.
(4) El personal clínico asignado ha sido capacitado y validado en soporte vital básico (SVB) y soporte vital avanzado (SVA), conforme a su rol.
(5) El establecimiento cuenta con los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, disponibles y verificados mediante bitácoras.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)El establecimiento ha realizado al menos un simulacro documentado de reanimación en los últimos 12 meses.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado de reanimación (guía rápida, diagrama de flujo o política interna).
- Registros de capacitación del personal en SVB y SVA, con evidencias de certificación o entrenamiento interno.
- Bitácora de revisión del carro rojo, DEA y medicamentos para emergencias.
- Informe de simulacros o eventos reales, con cronograma, resultados y planes de mejora.
- Lista de equipo y medicamentos de emergencia adaptados al tipo de pacientes que atiende el establecimiento.
- Documentación clínica de eventos críticos, con tiempos de activación, maniobras realizadas y seguimiento post-evento.

w. Estándar 23/23. Proceso que guía la atención para el manejo de la anemia en pacientes en hemodiálisis.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar un abordaje sistemático, oportuno y seguro de la anemia como una de las complicaciones clínicas más frecuentes y relevantes en los pacientes con enfermedad renal crónica. La anemia no solo afecta la calidad de vida del paciente, sino que también incrementa el riesgo de hospitalización, transfusión y mortalidad.

Debido a su alta prevalencia, impacto clínico y complejidad en el tratamiento, el establecimiento debe definir un proceso institucional que guíe la atención de estos pacientes, basado en un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, y alineado con la legislación aplicable vigente, las recomendaciones nacionales e internacionales y la evidencia clínica disponible.

El proceso debe estar formalmente documentado, ser conocido por el personal involucrado, e incluir criterios de evaluación, seguimiento, intervención y continuidad, con mecanismos claros de comunicación entre los miembros del equipo clínico.

El proceso debe contemplar, al menos, los siguientes elementos:

a) Evaluación sistemática y periódica del estado hematológico del paciente, incluyendo hemoglobina, ferritina, saturación de transferrina, entre otros indicadores definidos por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Identificación oportuna de factores contribuyentes a la anemia (deficiencia de hierro, inflamación, pérdida de sangre, uso de ESA, etc.) con base en criterios clínicos y de laboratorio.
c) Definición de umbrales para intervención terapéutica (por ejemplo: suplementación con hierro, ajuste de ESA, derivación a valoración hematológica).
d) Indicaciones y contraindicaciones para la administración de hierro intravenoso, con base en evaluación clínica, tipo de acceso vascular y resultados de laboratorio.
e) Registro clínico completo y oportuno de los hallazgos y decisiones clínicas tomadas en relación con la anemia, incluyendo justificación de la estrategia terapéutica adoptada.
f) Proceso para la educación del paciente y cuidador primario sobre el tratamiento de la anemia, incluyendo adherencia a tratamiento, efectos esperados, y signos de alerta.
g) Evaluación de resultados del tratamiento implementado y ajustes según evolución clínica, conforme la periodicidad definida por el protocolo institucional.

El establecimiento debe asegurar la capacitación del personal clínico responsable del manejo de la anemia y contar con herramientas clínicas validadas para el seguimiento y toma de decisiones. El proceso debe ser supervisado de manera periódica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que guía la atención de la anemia en pacientes en hemodiálisis, alineado a recomendaciones clínicas nacionales e internacionales.
(2) El proceso contempla lo definido del inciso a) a la g) dentro de la guía.
(3) Se supervisa periódicamente la implementación del proceso, y se analizan los hallazgos para generar acciones de mejora.
(4) El personal clínico ha recibido capacitación documentada en el protocolo de atención de la anemia en pacientes en hemodiálisis.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo clínico institucional para el manejo de la anemia en pacientes en hemodiálisis.
- Formato o evidencia de seguimiento de anemia crónica en pacientes con enfermedad renal crónica en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

- Actas de comité o reuniones clínicas multidisciplinarias donde se analicen casos con anemia compleja o no controlada.
- Plan educativo para pacientes con anemia.
- Evidencia de capacitación al personal clínico: Lista de asistencia, constancias o registros de sesiones de capacitación en diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la anemia en pacientes en hemodiálisis.
- Informe de indicadores de control de anemia. (Por ejemplo: porcentaje de pacientes con hemoglobina dentro de rangos meta, tasa de uso de ESA, uso de hierro intravenoso y eventos adversos relacionados).

B. GESTIÓN DE RECURSOS

a. Estándar 1/34. Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con los recursos necesarios para desarrollar e implementar de forma efectiva los procesos clínicos y de gestión de los sistemas del MOCEBPASS, garantizando la calidad y seguridad del paciente. El cuerpo de gobierno y/o alta dirección y liderazgo del establecimiento son responsables de planear, proveer, supervisar y gestionar los recursos humanos, materiales, tecnológicos, financieros, entre otros, que permitan operar adecuadamente los procesos y barreras de seguridad en cada sistema. Esta asignación de recursos debe contemplar al menos los siguientes elementos:

a) Personal competente, capacitado y con funciones claramente definidas, que pueda llevar a cabo los procesos de cada sistema (por ejemplo: farmacovigilancia, control de infecciones, mantenimiento, capacitación, gestión de talento, etc.).
   La limitación de personal no debe ser un impedimento para una gestión efectiva, ya que el establecimiento puede estructurar estrategias de planeación, presupuestación y ejercicio eficiente de recursos que aseguren la continuidad operativa.
b) Insumos específicos requeridos por los procesos (por ejemplo: insumos para higiene de manos, seguridad eléctrica, medicamentos, materiales de señalización, materiales educativos, equipos de capacitación, entre otros).

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Infraestructura y equipamiento funcional, incluyendo espacios adecuados, señalización de seguridad, tecnología médica y condiciones ambientales seguras.
d) Sistemas de información y análisis de datos, que permitan recolectar, analizar y presentar resultados de los procesos clínicos y de gestión. El manejo de la información debe integrarse al sistema institucional de mejora continua, permitiendo tomar decisiones basadas en riesgo, sustentar planes de acción y evaluar los resultados alcanzados.
e) Capacitación continua y metodologías de evaluación del desempeño, alineadas a las necesidades del establecimiento y los hallazgos derivados de la supervisión o análisis de eventos. Estos procesos se pueden ofrecer de forma general o adaptarse por grupo de personal según las competencias, funciones o el turno para minimizar el impacto en la atención del paciente.
f) Gestión presupuestal que permita documentar, justificar y asignar recursos financieros, asegurando su alineación con objetivos institucionales.

Estos recursos deben estar disponibles en todos los turnos operativos, adaptados a la estructura y capacidad instalada del establecimiento. La evidencia de su disponibilidad debe evaluarse periódicamente y alinearse con el sistema de mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia para la asignación de recursos necesarios en todos los sistemas del modelo (medicación, control de infecciones, gestión de instalaciones y gestión del talento humano).
(2) Se cuenta con personal competente, con funciones definidas, y suficiente cobertura en todos los turnos operativos para operar los procesos y barreras de seguridad en cada sistema.
(3) El establecimiento proporciona los insumos, materiales y herramientas necesarios para la operación segura de los procesos clínicos y de gestión.
(4) Se dispone de infraestructura y equipamiento funcional que respalda el desarrollo de los sistemas del modelo, acorde a la capacidad instalada del establecimiento.
(5) El establecimiento cuenta con sistemas de información o medios documentales para recolectar, analizar y utilizar los datos derivados de los procesos, que respalde los sistemas del modelo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)El establecimiento proporciona tiempo suficiente para que todo el personal participe en los procesos relacionados con la capacitación de los procesos clínicos y de gestión.
(7)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección y los líderes del establecimiento gestionan recursos presupuestales para sustentar las necesidades operativas y de mejora continua de cada sistema.
(8)La asignación de recursos se documenta, supervisa y revisa periódicamente para asegurar su alineación con los objetivos de los sistemas del modelo.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe la estrategia de planeación y asignación de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros para el funcionamiento de los sistemas del modelo (manual, plan operativo anual, política interna, etc.).
- Inventario actualizado de insumos y materiales necesarios para la operación segura del sistema de medicación, control de infecciones, infraestructura y capacitación (fichas técnicas, listas de chequeo, bitácoras de abastecimiento).
- Evidencia del uso de sistemas de información o registros estructurados para recopilar y analizar datos de los procesos.
- Presupuesto anual o plan financiero, que documente la asignación de recursos específicos para el cumplimiento de las acciones previstas en los sistemas del modelo (presupuesto aprobado, solicitudes justificadas, informes financieros con desglose por rubros de operación y calidad).
- Minutas o informes de reuniones de revisión de recursos, donde se analicen necesidades, asignaciones y seguimiento de recursos críticos para la operación (comités, juntas directivas, reuniones de seguridad y calidad, actas con acuerdos).

b. Estándar 2/34. Definición de funciones y responsabilidades del personal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con funciones y responsabilidades definidas, documentadas y actualizadas para todo el personal que participa en los procesos del establecimiento. Esta definición constituye el punto de partida para todos los procesos que conforman el sistema de gestión del talento humano, incluyendo la selección, capacitación, supervisión y evaluación del desempeño.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cada persona que labora en el establecimiento ya sea en funciones clínicas, administrativas, técnicas, operativas o de apoyo, debe contar con una definición clara de las actividades que le han sido asignadas o autorizadas, alineada a su perfil profesional y al área en la que se desempeña. En el caso del personal clínico, esta definición debe incluir o describir de forma explícita las actividades de atención clínica autorizadas, conforme a su formación, funciones asignadas y normativas aplicables.

La definición de funciones debe revisarse y actualizarse de forma periódica, especialmente cuando se integran nuevos servicios, se rediseñan procesos o se modifican estructuras operativas.

Asimismo, el establecimiento debe contemplar definiciones específicas de funciones en casos especiales, como los siguientes:

a) Personas que desempeñan funciones mixtas (clínicas y de gestión).
b) Personas que prestan servicios temporales en el establecimiento.
c) Personas en programas educativos y bajo supervisión (por ejemplo, médicos internos, residentes, enfermeras pasantes, ingenieros biomédicos en formación).
d) Personas que prestan servicios como voluntarios.
e) Personas que trabajan mediante esquemas subrogados y cuyas actividades impactan procesos clínicos o administrativos del establecimiento.

Cuando se utilicen definiciones de puesto genéricas, como “enfermera” o “médico”, es necesario especificar las funciones asociadas al área de asignación. Por ejemplo: “enfermera de hemodiálisis”, “médico general en unidad ambulatoria”, o “enfermera de vigilancia epidemiológica”. Esta precisión es fundamental para garantizar una operación clara, segura y alineada a los principios de calidad en la atención.

La definición de funciones debe estar disponible para el personal y formar parte del expediente institucional o sistema de gestión correspondiente. Esta información debe utilizarse como base para los procesos de inducción, supervisión, capacitación continua, auditoría y evaluación del desempeño.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todo el personal clínico del establecimiento cuenta con una definición de funciones documentada.
(2) Todo el personal no clínico del establecimiento cuenta con una definición de funciones documentada.
(3) El establecimiento ha definido funciones específicas para los siguientes casos especiales:

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3.1)Personal que desempeña funciones tanto clínicas como de gestión.
(3.2)Personal que presta servicios de manera temporal.
(3.3)Personas en programas educativos y bajo supervisión (por ejemplo: médicos internos, residentes, pasantes, estudiantes en formación).
(3.4)Personas que prestan servicios como voluntarios.
(3.5)Personal que presta servicios subrogados dentro del establecimiento.
(3.6)Las funciones se encuentran actualizadas.
(4)Las funciones son revisadas y actualizadas cuando se integran o rediseñan servicios, procesos o actividades dentro del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos institucionales con la definición de funciones del personal clínico y no clínico, organizados por puesto y área de asignación.
- Formatos o fichas de funciones firmadas por el personal, integradas en su expediente o sistema de gestión del talento humano.
- Listado de personal con indicación del tipo de relación (planta, temporal, subrogado, voluntariado, en formación), y la definición de funciones correspondiente.
- Documentación específica de funciones para casos especiales, como:
  • Personal mixto (clínico/gestión)
  • Voluntarios
  • Pasantes o residentes
  • Servicios subrogados
- Definiciones diferenciadas para personal con puestos genéricos, con funciones asignadas según área (por ejemplo: “enfermera de hemodiálisis”, “médico general en atención ambulatoria”).
- Registros o reportes de revisión y actualización de funciones (con fechas, responsables y cambios aplicados), como parte de la gestión del cambio o rediseño de procesos.
- Evidencia de que las funciones se usan como base para la inducción, evaluación del desempeño y procesos de mejora del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/34. Otorgamiento de privilegios clínicos. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso formal para el otorgamiento de privilegios clínicos, que defina de manera clara y documentada qué servicios están autorizados para ser prestados por cada profesional que ejerce dentro del establecimiento, particularmente cuando dicho personal no depende directamente de la estructura laboral del establecimiento.

Este proceso aplica, por ejemplo, a médicos externos que ingresan y atienden pacientes propios, enfermeras instrumentistas que colaboran con equipos quirúrgicos, nutriólogos que forman parte de equipos interdisciplinarios, o cualquier otro profesional clínico que brinde atención directa en el establecimiento sin formar parte de la plantilla interna.

El otorgamiento de privilegios clínicos incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) Identificación del personal clínico que ejerce de forma independiente dentro del establecimiento.
b) Definición de los servicios clínicos específicos que puede prestar ese personal, de acuerdo con el contexto, servicios autorizados y necesidades del establecimiento.
c) Solicitud formal del profesional sobre los servicios que desea brindar en el establecimiento.
d) Verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones o adiestramientos, mediante documentos oficiales o mecanismos establecidos.
e) Análisis de la información recopilada, incluyendo formación académica, certificaciones vigentes, adiestramientos técnicos, experiencia profesional y, cuando aplique, resultados de evaluación de desempeño.
f) Autorización de los privilegios clínicos, detallando con precisión las actividades o procedimientos que puede llevar a cabo el profesional dentro del establecimiento.
g) Comunicación formal al profesional sobre los privilegios otorgados, así como las condiciones para su evaluación, renovación o modificación.

Los privilegios clínicos deben ser revisados y ratificados al menos cada tres años, o antes si existen resultados de desempeño que lo ameriten, si el profesional adquiere nuevas competencias, o si el establecimiento

SIN VALIDEZ OFICIAL

incorpora nuevos servicios. El establecimiento puede definir una periodicidad más estricta si así lo considera necesario.
Este proceso es fundamental para garantizar que toda persona que brinde atención clínica en el establecimiento lo haga dentro de un marco regulado, validado y seguro, en beneficio de los pacientes y del equipo institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente dentro del establecimiento.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el otorgamiento de privilegios, que incluye al menos los procesos descritos en los incisos a) a g) de la guía.
(3) El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se aplica formalmente a cada profesional que ejerce de forma independiente.
(4) Los profesionales que ejercen de forma independiente sólo fungen el rol y actividades que les han sido autorizados mediante el proceso de otorgamiento de privilegios.
(5) El otorgamiento de privilegios se actualiza al menos cada tres años, o antes si lo requieren los resultados de desempeño, incorporación de nuevos servicios, o adquisición de nuevas competencias por parte del profesional.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado del personal clínico que ejerce de manera independiente dentro del establecimiento (no forma parte de la plantilla, pero presta atención directa a pacientes).
- Documento institucional del proceso de otorgamiento de privilegios, incluyendo:
  - Requisitos
  - Responsables
  - Etapas del proceso
  - Frecuencia de actualización
  - Mecanismo de comunicación al profesional
- Solicitudes formales de privilegios clínicos realizadas por profesionales independientes, firmadas y fechadas.
- Documentación que respalda la verificación de competencias, como:
  - Títulos
  - Cédulas profesionales

SIN VALIDEZ OFICIAL

  - Certificaciones vigentes (por ejemplo: especialidad médica, cursos de adiestramiento técnico)
  - Constancias de experiencia o trayectoria
- Actas o formatos de autorización de privilegios clínicos, con:
  - Servicios autorizados
  - Firma del profesional
  - Firma del responsable institucional
  - Fecha de autorización y vigencia
- Registros de actualización de privilegios clínicos, cada tres años o antes cuando corresponda.
- Registros de evaluación de desempeño clínico, utilizados como criterio para la renovación o modificación de privilegios (cuando apliquen).
- Evidencia de que los servicios prestados por el profesional coinciden con los privilegios autorizados (por ejemplo, comparativos entre notas clínicas y privilegios otorgados).

d. Estándar 4/34. Reclutamiento y selección de personal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con procesos definidos, documentados y sistemáticos para el reclutamiento y selección del personal, clínico y no clínico, que participará en los procesos del establecimiento. Estos procesos forman parte del sistema de gestión del talento humano y deben estar alineados con las necesidades operativas, el contexto de cada área y la legislación aplicable vigente.

Los procesos deben considerar criterios diferenciados según el tipo de puesto o servicio. Por ejemplo, el proceso de reclutamiento y selección para personal no clínico puede diferir del aplicado a médicos especialistas o personal de enfermería. Alternativamente, el establecimiento puede adoptar un proceso estandarizado de reclutamiento para todo el personal, pero con mecanismos diferenciados de selección según el perfil del puesto.

La selección del personal debe realizarse con base en una evaluación inicial de competencias, aplicada en el momento en que la persona inicia sus responsabilidades laborales. Esta evaluación permite establecer un punto de partida para su desarrollo dentro del sistema y debe ser realizada por el área o servicio al que fue asignado el trabajador.

El diseño, implementación y supervisión de estos procesos es responsabilidad de las instancias definidas dentro del sistema de

SIN VALIDEZ OFICIAL

gestión del talento humano, bajo un enfoque de sistema, garantizando coherencia entre las fases de atracción, incorporación, evaluación y desarrollo del personal.
Los procesos deben aplicarse de forma transversal, homogénea y sistemática en todas las áreas del establecimiento, y contar con evidencia documental que respalde su aplicación y mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para el reclutamiento del personal.
(2) El establecimiento ha definido un proceso para la selección del personal, que incluye la aplicación de una evaluación inicial de competencias.
(3) Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso, al momento de iniciar sus responsabilidades laborales.
(4) La evaluación inicial de competencias es realizada por el área o servicio al cual ha sido asignado el trabajador.
(5) Los procesos de reclutamiento y selección están implementados de manera sistemática en todo el establecimiento.
(6) Ambos procesos son supervisados bajo un enfoque de sistema, como parte del sistema de gestión del talento humano.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe el proceso de reclutamiento, incluyendo fuentes de captación, responsables, criterios de búsqueda y perfil del puesto.
- Documento oficial del proceso de selección de personal, que integre la aplicación de una evaluación inicial de competencias técnicas, clínicas o administrativas según el perfil del puesto.
- Formatos de evaluación inicial de competencias, utilizados para valorar a personal de nuevo ingreso, adaptados a cada tipo de función (clínico, no clínico, técnico, operativo).
- Registros de evaluaciones aplicadas, firmadas por el evaluador del área correspondiente y fechadas al inicio del periodo laboral.
- Evidencia de que el área o servicio receptor participa en la evaluación inicial, como listas de cotejo, informes o actas internas.
- Listados del personal contratado recientemente, con vinculación a los formatos de evaluación de ingreso correspondientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Indicadores de cumplimiento del proceso de reclutamiento y selección, cuando estén definidos.
- Evidencia de supervisión de ambos procesos, por parte del área responsable del sistema de gestión del talento humano (actas, auditorías internas, informes de seguimiento).

e. Estándar 5/34. Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un plan definido, documentado y operativo para la asignación del personal clínico y no clínico, con el objetivo de garantizar la suficiencia, pertinencia y continuidad de los servicios ofrecidos, conforme a las necesidades del paciente y la operación del establecimiento. Este plan forma parte del sistema de gestión del talento humano y debe estar alineado con las competencias del personal, la demanda del servicio, la seguridad de los procesos y la calidad en la atención.

El plan debe elaborarse de forma multidisciplinaria, con participación de los responsables operativos, y debe contemplar la planeación de los siguientes procesos:

a) Asignación del personal clínico y no clínico en función de las competencias requeridas, el número de pacientes, la carga de trabajo y la complejidad del servicio.
b) Reasignación del personal clínico entre áreas o turnos, ante variaciones en la demanda, ausencias, emergencias u otros cambios operativos, respetando los criterios de idoneidad y seguridad clínica.
c) Consideración de solicitudes de reasignación por motivos de valores o creencias personales, especialmente en casos donde estas puedan interferir con la atención o el entorno laboral.
d) Traspaso temporal de funciones entre profesionales clínicos, por ejemplo, cuando una función asignada habitualmente a una categoría (como enfermera de hemodiálisis) es asumida por otro profesional clínico (como un médico general o residente), en situaciones justificadas y conforme al marco normativo aplicable.

La asignación y reasignación de personal debe ser monitoreada de forma permanente y el plan actualizado según sea necesario. Cuando existan modificaciones relevantes en un área o servicio, debe existir un mecanismo de colaboración institucional para actualizar el plan general, garantizando su coherencia, aplicabilidad y alineación con las necesidades reales del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido y documentado, de forma multidisciplinaria, un plan de asignación de personal que incluye a todo el personal clínico y no clínico.

(1.1) El plan describe las competencias, la cantidad y los tipos de personal necesarios para llevar a cabo las funciones diarias del establecimiento.

(2)El establecimiento ha definido y documentado, de forma multidisciplinaria, un plan de reasignación del personal clínico.

(2.1)El plan describe cómo se realizará la reasignación del personal clínico entre áreas o servicios en función de las necesidades cambiantes de los pacientes o ante la ausencia de personal.

(2.2)El plan contempla la consideración de solicitudes de reasignación por parte del personal clínico con base en sus valores o creencias.

(2.3)El plan describe cómo se llevará a cabo el traspaso temporal de funciones entre profesionales clínicos en situaciones justificadas.

(3)El plan de asignación y reasignación está implementado en todas las áreas del establecimiento.

(4)La efectividad del plan se controla de manera continua mediante mecanismos definidos.

(5)El plan se revisa y se actualiza cuando existen cambios en la operación, el personal o los servicios del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan de asignación de personal, elaborado de manera multidisciplinaria, que incluya el número, tipo y competencias requeridas para el personal clínico y no clínico en función de las actividades del establecimiento.
- Documento del plan de reasignación del personal clínico, con criterios definidos para su movilización entre áreas o turnos, en respuesta a necesidades asistenciales, contingencias operativas o faltas de personal.
- Registros que evidencien la consideración de solicitudes de reasignación del personal clínico por razones de valores, creencias o situaciones personales, con la resolución correspondiente.
- Protocolos internos sobre el traspaso de funciones clínicas temporales, como asignación de funciones entre personal

SIN VALIDEZ OFICIAL

médico y de enfermería ante ausencia de un rol clínico específico.
- Evidencia de implementación del plan de asignación, como listas de roles y turnos, programación de personal por servicio, bitácoras de cobertura o matrices de disponibilidad.
- Reportes o formatos de control de efectividad del plan, como indicadores de cobertura, distribución de carga laboral, cumplimiento de roles asignados o análisis de ausencias.
- Registros de revisión y actualización del plan, incluyendo minutas, firmas de responsables, fechas de modificación y justificación de los cambios.

f. Estándar 6/34. Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que todo el personal clínico y no clínico, así como el personal subrogado o voluntario que participe en los procesos del establecimiento, reciba orientación inicial al momento de su incorporación o reasignación, como parte fundamental del sistema de gestión del talento humano.

Esta orientación permite que cada persona comprenda el funcionamiento general del establecimiento, el objetivo del área o servicio al que ha sido asignado, y cómo sus funciones contribuyen al cumplimiento de la misión institucional. Asimismo, refuerza los conocimientos operativos esenciales para realizar sus actividades con seguridad, eficacia y alineación normativa.

El proceso de orientación debe ser tanto general (visión institucional, misión, estructura, reglamentos, normativas básicas) como específico (funciones del puesto, procesos del área asignada, interacción con otros equipos, procedimientos críticos).

La orientación debe incluir, al menos, los siguientes contenidos:

a) Las barreras de seguridad aplicables a su área o funciones.
b) Las definiciones operativas y el proceso de notificación de eventos adversos.
c) Las medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo higiene de manos, bioseguridad, desinfección de superficies y disposición de RPBI.
d) El uso adecuado del equipo de protección personal.
e) La comunicación de peligros y riesgos del entorno físico, según las condiciones del área asignada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Asimismo, todo el personal reasignado a un área o servicio donde no haya trabajado previamente debe recibir orientación específica sobre las condiciones, funciones y riesgos particulares de esa nueva área.
Este proceso debe estar documentado, ser verificable y actualizarse cuando existan cambios operativos significativos o se modifiquen los contenidos clave de seguridad y normatividad institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1)Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general del establecimiento.
(2)El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación específica sobre el funcionamiento del área, servicio o establecimiento al que ha sido asignado.
(3)Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro del establecimiento reciben orientación sobre el área, servicio o establecimiento correspondiente.
(4)Las personas que prestan servicios como voluntarios reciben orientación sobre las funciones y responsabilidades asignadas.
(5)El personal es orientado cuando es reasignado a un área o servicio en el que no ha laborado previamente.
(6)La orientación incluye, al menos, los siguientes contenidos:
(6.1)Las barreras de seguridad aplicables en el área o servicio asignado.
(6.2)Las definiciones operativas y el proceso de notificación de eventos adversos, centinelas y cuasifallas
(6.3)Las medidas establecidas en el sistema para la prevención y control de infecciones.
(6.4)El uso adecuado del equipo de protección personal.
(6.5)La comunicación de peligros y riesgos según lo establecido en el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(A). Referencia de apoyo

- Documentos, protocolos o manuales institucionales de orientación general y específica, que describan los contenidos impartidos a personal de nuevo ingreso o reasignado.
- Listados de personal con constancia de orientación recibida, firmadas por el responsable y el trabajador, incluyendo fecha, área asignada y tipo de contratación (planta, subrogado, voluntario).
- Materiales de apoyo utilizados durante la orientación, como presentaciones, trípticos, módulos digitales o documentos explicativos de los siguientes temas:

SIN VALIDEZ OFICIAL

• Barreras de seguridad institucionales.
• Proceso de notificación de eventos adversos.
• Medidas del sistema para la prevención y control de infecciones.
• Uso correcto del equipo de protección personal.
• Protocolos del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura (comunicación de riesgos físicos y operativos del entorno).

- Evidencia de orientación al personal subrogado y voluntario, con firma de recibido, lista de funciones asignadas y responsable institucional.
- Registros de orientación específica al personal reasignado a nuevas áreas, incluyendo fechas, responsables y contenidos abordados.
- Cronograma institucional de sesiones de orientación, actualizado y aplicado según nuevos ingresos o reasignaciones.

g. Estándar 7/34. Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso sistemático de evaluación del desempeño que incluya a todo el personal clínico y no clínico, como parte esencial del sistema de gestión del talento humano. Esta evaluación permite verificar que los procesos se ejecuten de manera estandarizada y sistemática conforme a lo definido por el establecimiento, identificar áreas de oportunidad y tomar decisiones informadas para la mejora continua de las competencias institucionales.

La evaluación del desempeño debe realizarse de forma permanente, el establecimiento define la frecuencia y esta evaluación debe quedar documentada al menos una vez por año, de cada miembro del personal conforme al perfil clínico y no clínico y funciones asignadas.

El proceso debe estar alineado con las funciones y actividades reales que desempeña el personal, y debe centrarse en observar y valorar cómo ejecuta sus responsabilidades durante la operación diaria. Por ejemplo, en el caso de enfermería, debe evaluarse la forma en que prepara y administra medicamentos, o cómo aplica las medidas de seguridad en el manejo de accesos vasculares, más allá de la simple memorización de conceptos.

Si bien el establecimiento puede integrar en la evaluación otros elementos como puntualidad, comportamiento o conocimientos

SIN VALIDEZ OFICIAL

teóricos, el núcleo de la evaluación debe ser el análisis de competencias en acción, directamente relacionadas con los procesos institucionales, los riesgos operativos y la atención segura al paciente.
La evaluación debe ser utilizada para:

a) Identificar necesidades de capacitación específicas.
b) Reconocer el cumplimiento adecuado de las funciones.
c) Establecer estrategias para el desarrollo de competencias.
d) Tomar decisiones sobre reasignaciones, privilegios, asignación de nuevas responsabilidades, entre otras.
e) Vincular los resultados con los procesos de mejora de la calidad y la seguridad.

Este proceso debe estar documentado, aplicado a todo el personal (incluyendo subrogados cuando corresponda).

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para la evaluación del desempeño de todo el personal, tanto clínico como no clínico.

(2)Todo el personal cuenta con al menos una evaluación anual documentada.

(3)La evaluación del desempeño se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y actividades asignadas durante la operación diaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del proceso de evaluación del desempeño, que describa objetivos, frecuencia, criterios, responsables y formato utilizado para todo el personal (clínico y no clínico).
- Formatos o instrumentos oficiales de evaluación del desempeño, diferenciados por tipo de puesto o adaptados a las funciones del personal.
- Evaluaciones anuales documentadas para cada trabajador, con firma del evaluador, fecha, área correspondiente y observaciones específicas sobre competencias ejecutadas.
- Registros que evidencien que la evaluación se enfoca en el desempeño relacionado con los procesos y actividades reales, por ejemplo: observación directa, supervisión estructurada, listas de verificación funcional.
- Evidencia del uso de resultados de la evaluación para toma de decisiones, como reasignación de funciones, planes de mejora, capacitación o revisión de privilegios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h. Estándar 8/34. Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un programa de capacitación continua dirigido a todo el personal clínico y no clínico, con el objetivo de mantener y mejorar sus competencias, en función de los procesos asignados, los riesgos asociados y desempeño institucional.

Este programa forma parte del sistema de gestión del talento humano y debe estar basado en evidencia obtenida de distintas fuentes de información.

La capacitación debe planearse con base en el análisis sistemático de datos e información provenientes, al menos, de las siguientes fuentes:

a) Monitoreo de los procesos clínicos y de gestión
b) Supervisión de sistemas organizacionales relacionados con la seguridad y calidad (por ejemplo: medicación, infecciones, infraestructura, entre otros).
c) Resultados de las evaluaciones del desempeño del personal clínico y no clínico.
d) Notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
e) Condiciones inseguras o accidentes de trabajo documentados.

Además, el programa debe incorporar otras fuentes de información relevantes, como la introducción de nueva tecnología, la implementación de nuevos procesos, los planes institucionales para la apertura de nuevos servicios, o las actualizaciones normativas que requieran el fortalecimiento de competencias específicas.

A partir de esta integración, el establecimiento debe diseñar, ejecutar y supervisar un programa estructurado de capacitación, en el que se identifique qué personal debe ser capacitado, en qué temas, con qué frecuencia y bajo qué modalidad.

El programa debe contar con mecanismos de control y supervisión, tanto de la ejecución como de la aplicación práctica de lo aprendido, asegurando que la capacitación impacte positivamente en la calidad, seguridad y desempeño institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un programa de capacitación del personal, definido, documentado e implementado como parte del sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El programa está basado en datos provenientes, al menos, de las siguientes fuentes mencionadas en lo incisos a) al e) de la guía.
(3)El programa se supervisa y se controla de forma multidisciplinaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Matriz de necesidades de capacitación.
- Programa de capacitación del personal, que incluya objetivos, fuentes de información para su diseño, metodología, periodicidad, criterios de priorización y población objetivo.
- Plan anual o semestral de capacitación, con temas, fechas, responsables, modalidad (presencial, virtual, en sitio), población objetivo y frecuencia.
- Registros de ejecución de capacitaciones, como listas de asistencia, firmas de recibido, evaluaciones antes/después, evidencias de participación.
- Reportes de seguimiento o control del programa, como indicadores de cumplimiento, evaluaciones de efectividad, retroalimentaciones, ajustes realizados.
- Documentación de actualización del programa, vinculada a nuevos procesos, tecnologías, cambios normativos o servicios incorporados.

i. Estándar 9/34. Formación del personal médico de primer contacto en establecimientos de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que los médicos generales o médicos de primer contacto que participan en la atención de pacientes con enfermedad renal crónica bajo tratamiento sustitutivo con hemodiálisis cuenten con las competencias clínicas necesarias para brindar una atención segura, continua y basada en evidencia, conforme a la legislación aplicable vigente.

Estos médicos deben estar capacitados para:

a) Monitorear el tratamiento de hemodiálisis crónica.
b) Reconocer y tratar las complicaciones más frecuentes relacionadas con la terapia.
c) Participar en la coordinación de cuidados con el equipo multidisciplinario.
d) Comunicar información relevante a pacientes y cuidadores primarios.

El establecimiento debe verificar y documentar que el personal médico haya cursado un programa de formación estructurada, con al menos

SIN VALIDEZ OFICIAL

100 horas teóricas y 15 horas prácticas supervisadas, avalado por una institución universitaria y al menos un órgano colegiado nacional de especialistas en nefrología. El curso incluye una evaluación documentada del aprendizaje teórico y práctico.

El contenido del programa debe incluir, al menos, los siguientes ejes temáticos generales:

i. Fundamentos de la hemodiálisis y principios fisiológicos del tratamiento sustitutivo renal.
ii. Evaluación clínica del paciente en hemodiálisis.
iii. Indicaciones, prescripción y monitoreo de sesiones de hemodiálisis.
iv. Manejo de complicaciones agudas y crónicas más frecuentes relacionadas con el tratamiento.
v. Principios básicos de farmacología aplicada a pacientes en hemodiálisis.
vi. Funcionamiento de la máquina de hemodiálisis y monitoreo básico
vii. Accesos vasculares y su vigilancia clínica
viii. Aspectos bioéticos, legales y normativos de la atención médica en establecimientos de hemodiálisis.
ix. Coordinación con el equipo multidisciplinario y seguimiento del plan terapéutico.
x. Comunicación clínica con pacientes y cuidadores primarios.

El curso deberá incluir actividades prácticas, talleres clínicos, y metodologías que permitan aplicar los conocimientos adquiridos en situaciones reales o simuladas. El establecimiento debe conservar evidencia documental de la capacitación, el contenido cubierto, y el registro actualizado del personal médico autorizado para realizar estas funciones y responsabilidades.

En caso de establecimientos públicos o sociales, el aval podrá ser brindado a través de la entidad responsable de educación en salud de su institución.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido las competencias clínicas requeridas para médicos de primer contacto que atienden pacientes en hemodiálisis.

(2) El establecimiento verifica que todos los médicos no nefrólogos hayan cursado un programa de al menos 100 horas teóricas y 15 prácticas, con aval universitario y al menos un órgano colegiado nacional de especialistas en nefrología.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El establecimiento cuenta con un registro actualizado del personal médico con evidencia documental del cumplimiento de estas competencias en sus expedientes laborales.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro documental del programa de formación cursado, incluyendo temario, horas teóricas, horas prácticas y talleres.
- Aval universitario y validación por órgano colegiado de profesionales de la salud.
- Expedientes del personal médico con constancias de capacitación y evaluaciones realizadas.
- Programa educativo con descripciones generales de los temas cubiertos y su alineación con las competencias esperadas.
- Listado actualizado de médicos de primer contacto autorizados para atender pacientes en hemodiálisis en el establecimiento.
- Lineamientos o instructivo institucional sobre las competencias requeridas para médicos generales que participan en la atención de pacientes en hemodiálisis.

j. Estándar 10/34. Formación del personal de enfermería en establecimientos de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que el personal de enfermería, que no cuente con especialización en nefrología, que participa en la atención de pacientes en tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis cuente con las competencias clínicas necesarias para brindar una atención segura, continua y de calidad, conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe verificar y documentar que el personal de enfermería haya cursado un programa de formación estructurada, con al menos 50 horas teóricas y 60 horas prácticas supervisadas, avalado por una institución universitaria y un órgano colegiado de profesionales de la salud con competencia en atención nefrológica. El curso incluye una evaluación documentada del aprendizaje teórico y práctico.

El contenido del programa formativo debe contemplar, al menos, los siguientes ejes temáticos generales (no limitativos):

a) Fundamentos del tratamiento sustitutivo renal y fisiología aplicada.
b) Proceso de conexión y desconexión del paciente a la máquina de hemodiálisis.
c) Manejo y vigilancia del acceso vascular.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Monitorización clínica del paciente antes, durante y después de la sesión.
e) Manejo de complicaciones agudas en la aplicación del tratamiento.
f) Cuidados de enfermería en el uso de anticoagulantes.
g) Bioseguridad y prevención de infecciones.
h) Higiene del equipo, circuitos y superficies.
i) Educación al paciente y al cuidador primario.
j) Gestión de calidad y seguridad del paciente en hemodiálisis.
k) Actuación en situaciones de emergencia (por ejemplo, uso del carro rojo).

El curso deberá incluir actividades prácticas, talleres clínicos, y metodologías que permitan aplicar los conocimientos adquiridos en situaciones reales o simuladas. El establecimiento debe conservar evidencia documental de la capacitación, el contenido cubierto, y el registro actualizado del personal de enfermería autorizado para realizar estas funciones y responsabilidades.

En caso de establecimientos públicos o sociales, el aval podrá ser brindado a través de la entidad responsable de educación en salud de su institución.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido las competencias clínicas requeridas para el personal de enfermería que brinda atiende pacientes en hemodiálisis.
(2) El establecimiento verifica que todo el personal de enfermería (que no cuente con la especialidad en nefrología) hayan cursado un programa de al menos 50 horas teóricas y 60 prácticas, con aval universitario y de órgano colegiado.
(3) El establecimiento cuenta con un registro actualizado del personal de enfermería con evidencia documental del cumplimiento de estas competencias en sus expedientes laborales.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa académico del curso o diplomado, incluyendo temario, duración y modalidad.
- Aval universitario y de órgano colegiado.
- Registro de personal capacitado, con constancias en el expediente.
- Evidencia de participación en talleres prácticos y evaluación de competencias.
- Manual o lineamiento institucional sobre competencias de personal de enfermería para hemodiálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

k. Estándar 11/34. Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.– Indispensable –

1. **Guía.**

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que todo el personal clínico y no clínico que mantiene contacto directo y regular con los pacientes reciba capacitación específica en aspectos clave de salud mental, intervención psicosocial y derechos humanos, tomando como base el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), desarrollado por la OMS y adoptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Este estándar responde a los avances recientes en la regulación vigente, que reconocen el derecho de toda persona a recibir atención integral en salud mental desde el primer nivel de contacto, promoviendo una atención centrada en la persona, sin discriminación, con enfoque de derechos y perspectiva comunitaria.

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar de los pacientes que viven con enfermedad renal crónica. La prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, agotamiento emocional y desesperanza en personas en tratamiento sustitutivo renal es significativamente más alta que en la población general. Estas condiciones, cuando no son detectadas ni atendidas, afectan gravemente la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, las relaciones familiares y sociales, e incluso los resultados clínicos.

Además, los profesionales de la salud que trabajan en entornos de alta demanda emocional como la hemodiálisis están también expuestos a fatiga por compasión, burnout y estrés ocupacional, por lo que el conocimiento básico en contención emocional y primeros auxilios psicológicos es una herramienta clave no sólo para apoyar a los pacientes, sino también para fomentar una cultura de seguridad, empatía y cuidado entre equipos.

Esta capacitación busca fortalecer las competencias del personal para:

a) Identificar oportunamente trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias.
b) Prestar primeros auxilios psicológicos básicos.
c) Aplicar técnicas de comunicación empática y efectiva con pacientes en situaciones de crisis.
d) Referir adecuadamente a servicios especializados.
e) Contribuir a una atención centrada en la persona, no discriminatoria y respetuosa de los derechos humanos.

El curso debe abordar al menos los contenidos fundamentales definidos por la OMS/OPS para el programa mhGAP, incluyendo

SIN VALIDEZ OFICIAL

principios esenciales, intervenciones psicosociales, evaluación del estrés, identificación de trastornos por consumo, protección de derechos humanos, resolución de problemas y manejo de crisis. El curso puede impartirse de forma virtual o presencial, siempre que cuente con validación oficial por instituciones del sector salud.
Esta capacitación debe coordinarse desde el sistema de gestión del talento humano e integrarse a los procesos de inducción y formación continua del personal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia de capacitación para el personal en contacto directo con pacientes, centrada en salud mental y apoyo psicosocial, alineada al mhGAP, que cubre al menos el 80% de la plantilla identificada.

(2) Se cuenta con evidencia documental de la participación de la totalidad del personal en contacto directo con pacientes, en cursos validados por instituciones del sector salud o de organismos internacionales.

(3) La estrategia de capacitación forma parte del proceso de inducción y el programa de capacitación continua del sistema de gestión del talento humano del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Programa anual de capacitación del establecimiento.
- Constancias de participación o certificados del personal
- Materiales utilizados en la capacitación interna o adaptados para formación local.
- Evaluación institucional del impacto de la capacitación, mediante encuestas de satisfacción, mejora en la identificación de casos, aumento de derivaciones adecuadas o reducción de conflictos.
- Documento institucional de lineamientos o política sobre salud mental
- Evidencia de inclusión del estándar dentro del sistema de gestión del talento humano y del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, como parte de una estrategia transversal de bienestar y seguridad psicológica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

I. Estándar 12/34. Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe impartir de manera sistemática capacitación continua dirigido a todo el personal clínico y no clínico, así como a otros actores involucrados en la operación (como personal de servicios subrogados, proveedores, pacientes, familiares, cuidadores primarios y visitantes, según corresponda), respecto a los procesos y barreras de seguridad definidas en los sistemas del modelo.

Esta capacitación debe impartirse de manera estructurada en las siguientes situaciones:

- Durante la inducción de personal de nuevo ingreso.
- De forma periódica, conforme al programa anual del establecimiento.
- Cuando se rediseñan procesos o se identifican cambios relevantes.
- Como respuesta a hallazgos derivados del monitoreo, supervisión o análisis de eventos adversos.

La capacitación debe considerar los hallazgos, patrones y tendencias identificadas durante la supervisión y monitorización de los procesos, los incidentes reportados, las condiciones inseguras observadas, reporte y análisis eventos adversos, centinela y cuasifallas, así como las áreas de oportunidad identificadas en la evaluación del desempeño del personal.

El contenido debe adaptarse al contexto y funciones del público al que va dirigido, incluyendo componentes teóricos y prácticos según corresponda.

Para el personal clínico y no clínico, la capacitación debe incluir al menos:

a) Definiciones operativas aplicables a su función.
b) Procesos y barreras de seguridad específicas de cada sistema.
c) Notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con cada sistema.
d) Notificación de incidentes, accidentes de trabajo y condiciones inseguras.

Cuando el establecimiento brinde información o educación dirigida a pacientes, familiares o visitantes, esta debe contemplar:

i. Temas relacionados con el sistema de gestión segura del uso de medicamentos.
ii. Temas relacionados con el sistema para la prevención y control de infecciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iii. Temas relacionados con el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
iv. Se deben considerar contenidos orientados a su seguridad, participación informada y cuidado durante su permanencia o tratamiento en el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento proporciona capacitación que incluye contenidos específicos para cada uno de los siguientes sistemas del modelo:
(1.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
(1.2) Sistema para la prevención y control de infecciones.
(1.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
(1.4) Sistema de gestión del talento humano.
(2)Todo el personal clínico y no clínico recibe capacitación durante su inducción
(3)Todo el personal clínico y no clínico recibe capacitación de forma periódica, conforme al programa anual de capacitación, cuando se rediseñan procesos o posterior al análisis de los hallazgos derivados del monitoreo y supervisión de los procesos.
(4)Cuando corresponde, se incluye en la capacitación al personal de servicios subrogados, proveedores y demás visitantes.
(5)Cuando corresponde, se incluye en la capacitación a pacientes y cuidadores primarios.
(6)La capacitación considera los hallazgos, patrones y tendencias derivados de la supervisión y monitorización de procesos, evaluación del desempeño, notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas y condiciones inseguras, y otras fuentes documentadas.
(7)La capacitación al personal clínico y no clínico incluye, al menos, los definidos del inciso a) a la d) según el sistema:
(8)Se documenta la participación del personal en las capacitaciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa anual de capacitación del establecimiento, que incluya temas por sistema del modelo y responsables de cada sesión.
- Materiales didácticos utilizados, tales como:
  - Presentaciones, guías visuales, trípticos, videos educativos, checklists o simulaciones documentadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Material dirigido a pacientes y cuidadores primarios (p. ej., guía de higiene de manos, cuidados post-diálisis, instrucciones ante emergencias).

- Listas de asistencia o constancias de participación, firmadas y con fecha, tanto para personal.
- Registros de actualización del contenido del programa.
- Instrumentos de evaluación post-capacitación.

m.Estándar 13/34. Personal con competencias en soporte vital avanzado. – Indispensable –

1. Guía.

debe contar de forma permanente con personal clínico capacitado y con competencia vigente en Soporte Vital Avanzado (SVA), especialmente en áreas donde se brinda atención directa a pacientes en condiciones críticas o con riesgo inminente para la vida. Esta competencia es indispensable para garantizar la atención oportuna y efectiva durante eventos que comprometan la vida del paciente.

Para ello, el establecimiento debe realizar un análisis de riesgos con participación multidisciplinaria, que permita identificar las áreas que deban contar con personal con competencias en SVA, considerando el tipo de pacientes, complejidad clínica y operativa, tiempos de respuesta requeridos. En todas las áreas identificadas debe haber, al menos, una persona por turno con capacitación vigente en SVA.

La capacitación debe estar a cargo de personal con certificación vigente en SVA, que cuente con las competencias clínicas, técnicas y pedagógicas para entrenar y reforzar al equipo clínico operativo. En caso de pertenecer al establecimiento, esta responsabilidad debe estar formalmente integrada en su descripción de funciones y evaluarse como parte de su desempeño institucional.

El establecimiento debe diseñar e implementar un programa estructurado de capacitación en SVA, que incluya, al menos los siguientes elementos:

a) Selección del personal que requiere capacitación, de acuerdo con las áreas críticas identificadas, su rol clínico y la cobertura por turno.
b) Definición de equipos de respuesta o reanimación, alineados con las necesidades clínicas del servicio.
c) Capacitación anual obligatoria para el personal clínico involucrado, que contemple componentes teóricos y prácticos y diseñar estrategias que aseguren el desarrollo y mantenimiento de las competencias clínicas necesarias.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Capacitación estandarizada, con base en lineamientos vigentes de organismos reconocidos, diferenciada por grupo de pacientes (adultos, pediátricos, obstétricas) e incluyendo los siguientes contenidos mínimos:
   i. Conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico.
   ii. Identificación y manejo de ritmos: fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, asistolia y la actividad eléctrica sin pulso, taquiarritmias estables e inestables, bradicardia, síndrome coronario agudo, evento vascular cerebral.
   iii. Manejo del paro respiratorio
   iv. Manejo del paro cardiorrespiratorio.
   v. Uso del DEA (Desfibrilador Externo Automático)
   vi. Emergencias respiratorias y estado de choque (en población pediátrica).
   vii. Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica (en pacientes obstétricas).
e) Evaluación teórica y práctica del personal, que demuestre que el personal ha alcanzado la competencia clínica requerida.
f) Simulacros periódicos, al menos una vez al año, que refuercen las competencias adquiridas y permitan evaluar el desempeño real ante situaciones críticas.
g) Integración de esta competencia en el perfil del personal involucrado y en el proceso de evaluación del desempeño.
h) Validación de competencias de los instructores, cuya competencia debe estar respaldada por una entidad autorizada o reconocida.
i) Vigencia de la certificación del instructor, la cual no debe exceder dos años, conforme a los lineamientos del organismo certificador. El personal instructor debe mantener su capacidad activa para capacitar y entrenar formalmente al personal involucrado.

El programa debe estar formalmente aprobado por la alta dirección del establecimiento, incluyendo al responsable sanitario o la autoridad máxima institucional en caso de formar parte de una red, corporativo o sistema de atención más amplio.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado, mediante un análisis de riesgos con participación multidisciplinaria, las áreas críticas que requieren contar con personal con competencia vigente en SVA

(2)El establecimiento ha identificado al personal clínico que debe recibir esta capacitación, conforme a la operación por turnos y alineado a las necesidades clínicas del servicio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)En cada una de las áreas críticas identificadas se cuenta con evidencia de que hay, como mínimo, una persona por turno con capacitación vigente en SVA.

(4)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa institucional de capacitación en SVA que incluye, al menos, los procesos definidos en los incisos a) al i) de la guía.

(5)El personal clínico involucrado recibe, al menos, una capacitación formal anual en SVA, impartida por instructores con certificación vigente.

(6)El programa de capacitación en SVA cuenta con el aval de la alta dirección del establecimiento, incluyendo al responsable sanitario. En caso de pertenecer a una red o corporativo, también cuenta con el aval de la máxima autoridad institucional correspondiente.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de capacitación en soporte vital avanzado, que incluya: Objetivo institucional, áreas críticas aplicables del establecimiento (hemodiálisis), perfil del personal seleccionado por turno, estrategias para el mantenimiento de competencias.
- Listado del personal con certificación vigente en SVA, indicando: turno asignado, fecha de certificación, vigencia, organismo certificador.
- Evidencia de que hay al menos una persona certificada por turno, con capacidad técnica y metodológica para capacitar al resto del equipo.
- Registros de la capacitación interna anual impartida al personal clínico, incluyendo: listas de asistencia, materiales utilizados, evaluaciones teóricas y prácticas.
- Certificados o constancias de competencias del instructor, con vigencia no mayor a 2 años, emitidos por organismos reconocidos.
- Simulacros documentados o ejercicios prácticos anuales, que refuercen las competencias clínicas de SVA.
- Actas o resoluciones de aprobación del programa, firmadas por el responsable sanitario y, en su caso, por la máxima autoridad institucional del corporativo o red.
- Evidencia de integración de la competencia en la definición de funciones y en la evaluación del desempeño del personal clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

n. Estándar 14/34. Programa de salud y seguridad para el personal. – Indispensable –

1. Guía.

En el establecimiento de hemodiálisis, cuidar la salud y la seguridad del personal, es una condición indispensable para fortalecer la calidad y seguridad en la atención brindada a los pacientes. Por eso, se debe contar con un programa de salud y seguridad para el personal, diseñado para proteger el bienestar físico y mental, prevenir lesiones relacionadas con los riesgos laborales dentro de las actividades y funciones definidas.

Este programa aplica tanto al personal clínico como no clínico, por lo que debe ser diseñado con participación activa de los responsables de cada área con enfoque multidisciplinario. Se construye con base en las características propias del establecimiento y se adapta a los recursos disponibles, considerando también el apoyo que puede ofrecer la comunidad o red institucional.

El programa debe contemplar, al menos, los siguientes componentes:

a) Identificación de riesgos laborales, diferenciados por perfil de puesto, funciones asignadas y área de trabajo, con el propósito de implementar medidas que disminuyan la probabilidad de lesiones o daños relacionados con las actividades desempeñadas.
b) Dotación de equipo de protección personal (EPP) adecuado y suficiente, de acuerdo con los riesgos identificados.
c) Capacitación continua en el uso correcto del EPP, orientada a reforzar la protección individual y colectiva dentro del establecimiento.
d) Capacitación sobre actos seguros y prevención de incidentes, incluyendo medidas de ergonomía, manejo de sustancias, señalización y uso de herramientas, entre otros.
e) Seguimiento médico a personal expuesto a riesgos específicos y enfermedades de trabajo, como, las producidas por pinchazos o exposición a sangre y fluidos corporales, exposición a enfermedades infecciosas transmisibles, exposición a radiaciones ionizantes, materiales o condiciones peligrosas en las instituciones, riesgos ergonómicos, y otros asuntos de salud y seguridad relevantes en el establecimiento.
f) Investigación, análisis y documentación de accidentes de trabajo, con enfoque en prevención, mejora de condiciones laborales y aprendizaje organizacional.

La implementación, supervisión y control del programa deben realizarse bajo un enfoque multidisciplinario, integrando áreas como

SIN VALIDEZ OFICIAL

recursos humanos, seguridad e higiene, medicina laboral, control de infecciones, ingeniería, entre otras que correspondan al tamaño y complejidad del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de salud y seguridad para el personal que incluye, al menos, los componentes descritos en los incisos a) al f) de la guía.

(2) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento, abarcando tanto al personal clínico como no clínico.

(3) El programa es supervisado y controlado de manera multidisciplinaria, con participación activa de las áreas responsables.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de salud y seguridad para el personal, que describa objetivos, alcance, responsables, frecuencia de revisión y los componentes mínimos.
- Listados de riesgos laborales identificados por perfil de puesto, función y área de trabajo, incluyendo matrices de riesgo, reportes de evaluación de condiciones o formatos de diagnóstico ocupacional.
- Registros de entrega de EPP al personal, con fecha, firma de recibido, tipo de equipo y justificación basada en riesgos.
- Evidencia de capacitación en el uso correcto del EPP y actos seguros, como listas de asistencia, programas de formación, materiales de apoyo, o constancias firmadas.
- Reportes de seguimiento médico ocupacional, para personal involucrado en accidentes o enfermedades laborales.
- Registros de incidentes, condiciones inseguras o accidentes de trabajo, con evidencia de análisis de causas y acciones correctivas implementadas.
- Actas de reuniones del comité o grupo multidisciplinario responsable, que documenten la supervisión, revisión y mejora del programa.
- Indicadores de cumplimiento del programa o reportes de avance (si están definidos), por ejemplo: porcentaje de personal evaluado, porcentaje de acciones preventivas ejecutadas, porcentaje de capacitaciones cumplidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

o. Estándar 15/34. Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico. – Indispensable –

1. Guía.

Una de las primeras barreras de seguridad que puede ofrecer el establecimiento a sus pacientes es asegurarse de que el personal que participa en los procesos de atención cuenta con las competencias conforme a su perfil de puesto. Para lograrlo, el establecimiento debe implementar un proceso de verificación de la fuente original de los títulos, cédulas, certificaciones o constancias que acreditan las competencias técnicas o profesionales del personal.

En el caso del personal clínico, esta verificación debe realizarse de forma obligatoria, al menos mediante la consulta electrónica de la cédula profesional en la página web de la Dirección General de Profesiones de la Secretaria de Educación Pública (SEP), o en otros registros oficiales válidos. Si el profesional se encuentra en proceso de trámite de cédula o ha adquirido una competencia que no emite cédula profesional (como adiestramientos técnicos, procedimientos específicos o formación pos-técnica), el establecimiento debe definir mecanismos documentados para verificar dicha formación directamente con la institución que avala la competencia.

Este proceso también debe aplicarse cuando el personal clínico adquiere nuevas competencias, cambia de funciones, o recibe privilegios adicionales, garantizando que la nueva actividad esté respaldada por formación válida y documentada.

En el caso del personal no clínico, el establecimiento debe definir, de manera documentada, qué perfiles o funciones requieren verificación de fuente original, tomando en cuenta el nivel de estudios declarado, el tipo de competencias técnicas requeridas, y el grado de influencia que sus funciones tienen sobre la seguridad del paciente, el funcionamiento crítico de los procesos o el cumplimiento normativo. Por ejemplo, este proceso podría aplicar a personal técnico en tratamiento de agua, ingenieros biomédicos, personal de mantenimiento especializado, responsables de sistemas informáticos o personal de calidad y seguridad, y no necesariamente al personal de apoyo general como intendencia o vigilancia.

Este procedimiento es parte del Sistema de Gestión del Talento Humano, y debe quedar documentado en el expediente laboral del trabajador, incluyendo el registro de la consulta, la fecha, la fuente utilizada y el documento verificado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para verificar la fuente original de todo el personal clínico, ya sea mediante la consulta oficial de su cédula profesional o, en su caso, mediante verificación directa con la institución que avala la competencia cuando no cuenta con cédula.

(2)Se aplica este proceso cuando el personal clínico adquiere nuevas competencias, cambia de funciones o recibe privilegios adicionales.

(3)El establecimiento ha definido qué personal no clínico requiere verificación de fuente original, con base en la naturaleza de sus funciones, nivel de estudios, cumplimiento normativo y relación con los procesos relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado del establecimiento para la verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.
- Registro de verificación de cédula profesional del personal clínico, obtenido a través del portal de la Dirección General de Profesiones.
- Constancias o comprobantes de verificación institucional para personal clínico que no cuenta con cédula profesional (por ejemplo, respuesta oficial de la escuela, correo electrónico con firma institucional, constancia emitida por la entidad formadora).
- Expediente laboral del personal con los documentos que acrediten su formación (título, cédula, constancia, certificado), acompañados de la evidencia de verificación de la fuente original.
- Listado de personal no clínico identificado por el establecimiento, con evidencia de verificación documental cuando aplica (por ejemplo: técnicos, ingeniería biomédica, personal de mantenimiento especializado).
- Formato interno de control, firmado por el área responsable, donde se registre la verificación de documentos, la fuente consultada y la fecha de revisión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

p. Estándar 16/34. Programa académico para recurso humano en formación.

1. Guía.

Cuando un establecimiento de hemodiálisis participa como campo clínico para el desarrollo académico de estudiantes o profesionales en formación, debe contar con un programa estructurado que regule su participación, alineado con la legislación aplicable vigente y con los principios del sistema de gestión del talento humano.

Este recurso humano en formación puede incluir, entre otros: médicos internos, residentes, pasantes de enfermería, técnicos, psicólogos o nutriólogos, que realizan actividades dentro del establecimiento.

El establecimiento debe implementar un programa académico documentado, que sirva como base para la colaboración con instituciones educativas y asegure que la participación del recurso humano en formación esté controlada, supervisada y orientada al desarrollo seguro de competencias.

Este programa incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) Registro completo del recurso humano en formación, con datos institucionales, etapa académica, periodo de rotación y responsable asignado.
b) Aceptación formal de los lineamientos del programa académico, mediante convenios, cartas compromiso u otro medio oficial.
c) Supervisión continua de las actividades del recurso humano en formación, conforme a sus competencias y nivel de preparación.
d) Documentación de su estado académico, competencias adquiridas o certificaciones obtenidas durante su estancia.
e) Integración a los procesos institucionales del sistema de gestión de talento humano, incluyendo: orientación e inducción, programa de capacitación continua, evaluación del desempeño, programa de salud y seguridad.

Este estándar garantiza que el recurso humano en formación pueda cumplir con sus objetivos académicos dentro de un entorno seguro y regulado, sin comprometer la calidad de la atención ni la operación del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un programa académico documentado para el recurso humano en formación, que incluye al menos los incisos de a) al e) definidos en la guía.

(2) El programa está implementado y supervisado en todos los casos en que el recurso humano en formación participa en procesos dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Programa académico documentado del establecimiento, donde se definan los objetivos, lineamientos, responsables y procesos que regulan la participación del recurso humano en formación.
- Convenios de colaboración, cartas compromiso u oficios de vinculación entre el establecimiento y las instituciones educativas.
- Listado actualizado del recurso humano en formación con nombre, institución de procedencia, carrera o programa académico, nivel de avance (semestre o año), fechas de estancia, área asignada y responsable de supervisión clínica.
- Registros de orientación e inducción institucional, asistencia a sesiones de bienvenida o entrega de manuales institucionales al recurso humano en formación.
- Registros de supervisión del desempeño del recurso humano en formación, como formatos de seguimiento, bitácoras clínicas o evaluaciones emitidas por personal del establecimiento.
- Documentación del estado académico y avance del recurso humano en formación, como copias de constancias, certificados parciales, validaciones institucionales o evaluaciones por competencias, cuando apliquen.

q. Estándar 17/34. Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.

1. Guía.

Cuando un establecimiento de atención médica recibe recurso humano en formación proveniente de instituciones educativas externas (como estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, ingeniería biomédica, entre otros), es su responsabilidad verificar que dichas instituciones cumplan con los criterios esenciales para la formación de recursos humanos en salud, conforme a lo establecido en los Lineamientos para obtener la Opinión Técnico-Académica de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) vigentes.

El establecimiento debe implementar un proceso documentado que le permita validar que las instituciones educativas que le asignan estudiantes para prácticas clínicas cuenten con Opinión Técnico-Académica Favorable vigente, emitida por la CIFRHS o su equivalente en el nivel estatal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Además, el establecimiento debe considerar elementos clave de la evaluación técnica, tales como:

a) Evidencia de que el plan y programa de estudios ha sido evaluado favorablemente por CIFRHS.
b) Existencia de estructura curricular clara y progresiva.
c) Perfil del docente.
d) Documentación que respalde el modelo educativo y de evaluación del estudiante.
e) Evidencia de criterios de ingreso y seguimiento académico.
f) Existencia de condiciones adecuadas de campo clínico: número de estudiantes por tutor, horarios, criterios de asignación, entre otros.
g) Evaluación y seguimiento de egresados.
h) Infraestructura, y equipamiento suficiente conforme al perfil profesional.
i) Participación del establecimiento en la supervisión y retroalimentación del proceso formativo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un proceso documentado para verificar que las instituciones educativas que asignan recurso humano en formación cuenten con Opinión Técnico-Académica Favorable vigente emitida por la CIFRHS o autoridad competente.
(2) Esta verificación se realiza antes de formalizar cualquier convenio académico o asignación de campo clínico.
(3) Se actualiza la verificación conforme al vencimiento del dictamen técnico o cuando haya cambios en el plan de estudios.
(4) El establecimiento revisa que los programas académicos cumplan con los criterios mínimos de formación definidos en la legislación aplicable vigente, incluyendo al menos, del inciso a) a la i) de la guía.
(5) Se documenta la participación del establecimiento en la supervisión del proceso académico, incluyendo retroalimentación o reporte de incidencias a la institución educativa.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado del establecimiento para la validación académica de instituciones educativas que asignan recurso humano en formación, incluyendo los criterios mínimos a verificar y la responsabilidad institucional correspondiente.
- Copia vigente de la Opinión Técnico-Académica Favorable emitida por la CIFRHS (o por la autoridad estatal

SIN VALIDEZ OFICIAL

correspondiente), anexada al expediente del convenio académico o carpeta de docencia.
- Formato de verificación del programa académico, elaborado por el establecimiento.
- Actas, minutas o reportes internos que documenten la revisión académica del programa formativo y la aprobación o rechazo para operar en el establecimiento.
- Informe de retroalimentación o reporte de incidencias entregado por el establecimiento a la institución formadora, cuando aplique.
- Convenio formal de colaboración entre el establecimiento y la institución educativa, en donde se anexe o haga referencia explícita a la Opinión Técnico-Académica Favorable y al compromiso de cumplimiento de los criterios mínimos.

r. Estándar 18/34. Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un proceso formal y estandarizado para organizar y mantener actualizada la información del personal clínico y no clínico. Esta información debe documentarse en un expediente físico o digital, y contener al menos:

a) El perfil de puesto y la definición de funciones o privilegios autorizados.
b) Identificación de habilidades y competencias necesarias para las funciones del puesto, según corresponda.
c) La verificación de la fuente original (título, cédula profesional o constancia institucional).
d) La capacitación recibida, especialmente en temas como seguridad del paciente, prevención de infecciones, uso de barreras de seguridad, entre otros.
e) El resultado de la evaluación inicial de competencias (cuando corresponde).
f) Los resultados de la evaluación periódica del desempeño (al menos una vez al año).

La información se encuentra disponible para efectos de supervisión interna, mejora continua o auditoría externa. La actualización debe realizarse de manera periódica o cada vez que el trabajador asuma nuevas funciones o adquiera nuevas competencias.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Se documenta, al menos una vez al año, la evaluación del desempeño del personal, acorde a sus funciones y/o privilegios asignados.

(2)Se documenta la capacitación recibida por el personal, incluyendo temas de seguridad del paciente, prevención de infecciones y procesos críticos.

(3)La información del expediente se encuentra organizada, estandarizada y actualizada conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado del establecimiento para la gestión de expedientes del personal.
- Expedientes individuales (físicos o digitales) del personal
- Formato institucional de expediente de personal, validado por el área responsable del sistema de gestión del talento humano, con estructura estandarizada y campos obligatorios definidos.
- Listado de personal activo con vinculación a sus expedientes respectivos
- Evidencia de actualización periódica o por cambios relevantes, como: cambio de puesto o área, nuevas competencias adquiridas, modificación de funciones o privilegios.
- Acta, minuta o evidencia de supervisión interna del expediente, emitida por el área de Talento Humano o equivalente, como parte del monitoreo del sistema.

s. Estándar 19/34. Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los servicios de radiología e imagen estén bajo la dirección de un profesional con las competencias requeridas, conforme a la legislación aplicable vigente, y que todos los estudios se realicen, interpreten y reporten por personal técnico y profesional competente, con formación específica y suficiente para responder a las necesidades clínicas.

Esto incluye tanto los servicios de imagen propios como, en el caso de ser subrogados, los criterios definidos en las especificaciones de calidad formalizadas con los proveedores.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El responsable del servicio debe ser, cuando aplique, un médico radiólogo con formación y cédula profesional vigente, quien asume la supervisión operativa y profesional del área, y tiene a su cargo:

a) La elaboración, implementación y actualización de políticas y procesos.
b) La supervisión técnica y administrativa de las instalaciones y servicios.
c) El diseño e implementación de programas de seguridad del paciente, control de calidad y gestión del equipo médico.
d) La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
e) La recomendación técnica sobre servicios subrogados, cuando corresponda.
f) La revisión y mejora continua de todos los servicios de imagen, propios o contratados.

El personal técnico que realiza los estudios debe contar con capacitación formal, experiencia y habilidades alineadas a su perfil de puesto y procesos de evaluación del desempeño, conforme al sistema de gestión del talento humano.

Asimismo, debe existir suficiencia de personal para asegurar la continuidad operativa del área durante los horarios establecidos y en situaciones de urgencia, si corresponde. Para ello, el establecimiento debe contar con un análisis documentado de suficiencia de personal, el cual debe considerar, al menos:

i. La carga promedio de trabajo por tipo de estudio y horario.
ii. El número de turnos y horario operativo.
iii. El perfil de competencia técnica requerido para cada función.
iv. El número mínimo de personal necesario por jornada, incluyendo periodos de alta demanda o contingencias.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los servicios de radiología e imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo o profesional con competencias específicas, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) Se identifica al personal que realiza los estudios, los interpreta, los informa y los supervisa.

(3) Todos los estudios de imagen se realizan por personal técnico competente, de acuerdo con su formación y funciones.

(4) La interpretación y el informe de resultados se realizan por personal profesional con competencias clínicas y legales, según el tipo de estudio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Las responsabilidades del personal que dirige el servicio incluyen las comentadas de la a) a f) de la guía.
(6)El establecimiento documenta la evaluación del desempeño del personal conforme a su perfil de competencias.

(A). Referencia de apoyo.

- Nombramiento institucional del responsable del servicio (copia de cédula profesional).
- Descripciones de puesto y perfiles de competencias del personal técnico y médico.
- Registro de personal disponible y cobertura de turnos.
- Registros de evaluación del desempeño y capacitación continua.
- Políticas, procesos y programas implementados en el área de imagen.
- Informes de supervisión del servicio, propios y subrogados.
- Especificaciones de calidad con proveedores subrogados que incluyan criterios de competencia y supervisión profesional.

t. Estándar 20/34. Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los servicios de laboratorio propios estén bajo la dirección de un profesional competente, conforme a la legislación aplicable vigente, y que todos los análisis e interpretaciones de resultados se realicen por personal con la formación, experiencia y habilidades necesarias.

El responsable de los Servicios de Laboratorio debe asumir la supervisión profesional y operativa del área, con funciones que incluyan:

a) Definición, implementación y actualización de procesos.
b) Supervisión técnica y administrativa.
c) Diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, control de calidad y gestión del equipo médico.
d) Integración con el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura y sistema de gestión del talento humano.
e) Evaluación de necesidades operativas y recomendación de subrogación de servicios, cuando aplique.
f) Control y revisión de todos los procesos

El establecimiento debe identificar formalmente al personal responsable, técnico y de supervisión en sus descripciones de puesto, asegurar su alineación con el sistema de gestión del talento humano, e

SIN VALIDEZ OFICIAL

integrar esta información a los procesos de evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia.

Asimismo, debe existir suficiencia de personal para asegurar la continuidad operativa del laboratorio durante los horarios establecidos y en situaciones de urgencia, si corresponde. Para ello, el establecimiento debe contar con un análisis documentado de suficiencia de personal, el cual debe considerar, al menos:

i. La carga promedio de trabajo por tipo de estudio y horario.
ii. El número de turnos y horario operativo.
iii. El perfil de competencia técnica requerido para cada función.
iv. El número mínimo de personal necesario por jornada, incluyendo periodos de alta demanda o contingencias.

En los casos donde los Servicios de Laboratorio son subrogados, estos criterios deben incluirse dentro de las especificaciones de calidad formalmente definidas con el proveedor, conforme a lo establecido en el sistema de gobierno de los servicios contratados.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los servicios de laboratorio están bajo la dirección y supervisión de un profesional competente, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) Los análisis y la interpretación de resultados son realizados por personal con las competencias necesarias, conforme a su perfil y funciones.

(3) El personal técnico realiza actividades acordes con su capacitación, formación y experiencia.

(4) El responsable del laboratorio cumple las siguientes funciones mencionadas del inciso a) a la f) de la guía.

(5) El establecimiento cuenta con un análisis documentado de suficiencia de personal en los servicios de laboratorio, que considera la carga de trabajo, los turnos de operación y el perfil de competencias técnicas requerido para asegurar la operación continua del servicio.

(6) El establecimiento documenta la evaluación del desempeño del personal conforme a su perfil de competencias.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que designa al responsable del Servicio de Laboratorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Descripciones de puesto y perfiles de competencia del personal responsable de laboratorio, técnico y de supervisión.
- Registros de evaluación del desempeño del personal del laboratorio.
- Evidencia documental de capacitación y experiencia del personal.
- Documentación de procesos técnicos y administrativos bajo responsabilidad del jefe de laboratorio.
- Registros de horarios y cobertura operativa del servicio.
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados, cuando aplique.
- Informes de supervisión y control de calidad técnico.

u. Estándar 21/34. Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

La prescripción de medicamentos requiere conocimientos técnicos, criterio clínico y una formación específica. Por lo tanto, los establecimientos de hemodiálisis deben identificar de manera formal quién está autorizado para prescribir medicamentos, con base en su perfil profesional, el proceso de otorgamiento de privilegios o la descripción de funciones institucionales, conforme a la legislación aplicable vigente.

Además de lo anterior, deben establecerse de forma clara los límites y restricciones de prescripción, especialmente en relación con medicamentos que requieren precauciones especiales como:

a) Medicamentos controlados.
b) Medicamentos experimentales.
c) Cualquier otro medicamento definido por el establecimiento.

El personal involucrado en la dispensación, preparación, distribución y administración de medicamentos debe tener acceso a esta información y poder identificar con claridad quién está autorizado para prescribir medicamentos. También se debe contemplar qué personal puede prescribir en situaciones de urgencia, asegurando la continuidad y seguridad del tratamiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado formalmente al personal autorizado para prescribir medicamentos, con base en su perfil profesional, descripción de funciones o proceso de otorgamiento de privilegios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)La prescripción de medicamentos es realizada exclusivamente por personal autorizado conforme a la legislación aplicable vigente.
(3)Se han establecido y comunicado los límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda al contexto del establecimiento.
(4)El personal encargado de dispensar, distribuir, preparar o administrar medicamentos identifica con claridad quién está autorizado para prescribirlos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado actualizado del personal autorizado para prescribir.
- Procesos documentados sobre privilegios de prescripción.
- Políticas internas sobre prescripción de medicamentos especiales.
- Manual de funciones del personal médico.
- Registro de inducción o capacitación al personal sobre prescriptores autorizados
- Registro o cartel de visibilidad interna con nombres de prescriptores autorizados.

v. Estándar 22/34. Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

La administración de medicamentos en establecimientos de hemodiálisis debe ser realizada exclusivamente por personal con las competencias clínicas, legales y técnicas necesarias. Esto es esencial para garantizar la seguridad del paciente, el uso adecuado del medicamento y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe identificar formalmente, documentar y difundir quiénes están autorizados para administrar medicamentos, considerando:

a) Perfil profesional.
b) Descripción de puesto.
c) Proceso de otorgamiento de privilegios (en el caso de médicos).
d) Asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de salud.

También se deben establecer restricciones para la administración de medicamentos especiales (por ejemplo, medicamentos controlados, biotecnológicos o de alto riesgo), cuando sea necesario, así como procedimientos para la administración en situaciones de urgencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Los profesionales responsables de otras fases del sistema de medicación (prescripción, preparación, dispensación, etc.) deben poder identificar a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado formalmente al personal autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su perfil profesional, su descripción de puesto y/o el proceso de otorgamiento de privilegios o asignación de funciones.

(2) Solo el personal autorizado por el establecimiento, y conforme a la legislación aplicable vigente, lleva a cabo la administración de medicamentos.

(3) Se han establecido y comunicado límites para la administración de medicamentos especiales, cuando corresponda.

(4) El personal involucrado en otras fases del proceso de medicación puede identificar correctamente a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional actualizado de personal autorizado para la administración de medicamentos.
- Descripciones de puesto, manuales de organización y lineamientos de funciones del personal clínico.
- Procesos de otorgamiento de privilegios y/o designación de responsabilidades clínicas.
- Capacitación y constancias que acrediten competencias para administración de medicamentos.
- Políticas de administración segura para medicamentos especiales o de alto riesgo.
- Registros o protocolos de identificación y validación de personal durante auditorías internas.

w. Estándar 23/34. Programa para la gestión integral del equipo médico. – Indispensable –

1. Guía.

La gestión del equipo médico en establecimientos de hemodiálisis es un componente crítico para garantizar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la continuidad operativa. El establecimiento debe contar con un programa de gestión integral del equipo médico, que abarque todas las etapas del ciclo de vida de los dispositivos médicos utilizados en los procesos clínicos y de apoyo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este programa debe incluir la planificación, adquisición, instalación, mantenimiento, verificación funcional, trazabilidad, evaluación del ciclo de vida, documentación, capacitación del personal, así mismo, se debe contar con Manuales de usuario de equipos y con etiqueta de información técnica en cada equipo que forme parte del programa. Su implementación debe ser sistemática, documentada, verificable y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

El programa debe considerar todos los dispositivos asignados al establecimiento, independientemente de su régimen de propiedad (propios, en arrendamiento, en comodato o aportados por el paciente), y contemplar también sistemas como el Sistema de Tratamiento y Suministro de Agua (STSA), bombas de infusión, monitores de signos vitales, concentradores de oxígeno, entre otros equipos de soporte clínico en los establecimientos de hemodiálisis.

Entre los componentes esenciales del programa se encuentran:

a) La identificación y análisis de necesidades de equipo médico según el perfil clínico de los pacientes, riesgos asociados y condiciones de infraestructura.
b) La planificación diferenciada del mantenimiento preventivo, considerando la etapa del ciclo de vida de cada equipo, conforme a las recomendaciones del fabricante. Y seguimiento de los mantenimientos correctivos emergentes.
c) La verificación funcional y documentación técnica individual por equipo. Que las verificaciones funcionales periódicas permitan confirmar que opera dentro de los parámetros establecidos por el fabricante y en condiciones seguras para el paciente y el personal. Estas pruebas deben incluir la verificación funcional para puesta en marcha, así como, evaluaciones de seguridad eléctrica, utilizando instrumentos de medición calibrados y certificados. Asimismo, se debe asegurar la trazabilidad técnica completa de cada equipo médico a través de bitácoras individuales por número de serie, donde se documenten: mantenimientos, calibraciones, inspecciones, fallas y acciones correctivas. Esta documentación debe mantenerse actualizada, organizada y disponible.
d) La capacitación continua del personal clínico y técnico en el uso seguro del equipo médico, incluyendo sus registros y/o certificados de capacitación y los manuales operativos en formatos físicos o digitales.
e) La gestión de criterios clínicos y técnicos para la baja, actualización o sustitución de equipos, con enfoque en el costo-beneficio y la seguridad operativa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) La verificación de etiquetado de la información técnica y de seguridad del equipo sea visible y conforme a la legislación aplicable vigente.
g) El registro, sistematización y análisis de incidentes adversos técnicos o clínicos relacionados con el funcionamiento del equipo.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria, con personal con las competencias necesarias.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado actualizado del equipo médico asignado al servicio, incluyendo equipo propio, en comodato o arrendado.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de gestión del equipo médico que incluye, al menos, los componentes señalados de la letra a) a la g) descritos en la guía.
(3) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento donde se utilice equipo médico.
(4) El equipo médico es inspeccionado, verificado funcionalmente y se le da mantenimiento conforme al plan definido.
(5) El programa cuenta con registros técnicos individuales por equipo, incluyendo bitácoras, verificaciones, mantenimientos y calibraciones.
(6) Las actividades del programa son realizadas por personal con competencias técnicas documentadas.

(A). Referencia de apoyo

- Programa Institucional para la Gestión Integral del Equipo Médico documentado
- Listado actualizado de equipo médico por número de serie, ubicación y régimen de propiedad (propio, rentado, en comodato).
- Plan de mantenimiento preventivo y verificaciones funcionales, con frecuencias definidas por tipo de equipo y conforme al fabricante.
- Bitácoras individuales por equipo y por número de serie, que incluyan:
  - Fecha de ingreso al servicio.
  - Mantenimientos preventivos y correctivos realizados.
  - Resultados de verificaciones funcionales.
  - Incidentes técnicos registrados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

▪ Calibraciones realizadas y certificados asociados.

- Certificados de calibración vigentes de los instrumentos de medición utilizados (simuladores, analizadores, multímetros, etc.).
- Reportes de mantenimiento emitidos por personal interno o proveedor subrogado, con firma y perfil técnico documentado.
- Constancias de capacitación del personal clínico y técnico en el uso seguro del equipo médico.
- Formato o evidencia del etiquetado técnico visible en el equipo médico (marca, modelo, serie, advertencias, símbolos gráficos, registro sanitario).
- Minutas o reportes de supervisión técnica, evaluación del programa o reuniones de seguimiento.

x. Estándar 24/34. Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.

1. Guía.

La operación segura y eficiente del equipo médico no se limita a que funcione de manera adecuada; también requiere que dicho equipo se utilice de forma adecuada en la práctica clínica diaria, alineado a su propósito previsto, capacidad operativa y nivel de riesgo. Por ello, el establecimiento debe contar con un proceso sistemático para evaluar el uso clínico y operativo del equipo médico, como parte de una etapa avanzada de madurez en su gestión.

Este proceso permite identificar errores de uso, subutilización, sobreutilización, inadecuación clínica, o riesgos asociados a la operación real del equipo, lo cual resulta esencial para tomar decisiones fundamentadas sobre reubicación, sustitución, baja o reforzamiento en la capacitación del personal.

La evaluación del uso debe considerar:

a) La frecuencia y tipo de uso clínico del equipo, basada en registros de operación, bitácoras, sistemas digitales o formularios clínico-técnicos.
b) La recopilación y análisis de fallas, errores de usuario o incidentes adversos vinculados al uso del equipo, con revisión causa-raíz.
c) La retroalimentación del personal clínico y técnico sobre limitaciones operativas, barreras de uso, o desviaciones respecto a la expectativa de desempeño.
d) El cruce de datos entre desempeño técnico y resultados clínicos, cuando aplique.
e) El cálculo de indicadores clave como:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Tiempo fuera de servicio (TFS)
ii. Tiempo medio entre fallas (MTBF)
iii. Número de eventos adversos por tipo de equipo
iv. Nivel de utilización efectiva según carga asistencial

La evaluación debe realizarse al menos una vez al año y debe quedar documentada, incluyendo el análisis de datos, hallazgos, áreas de oportunidad y acciones derivadas. Los resultados se deben utilizar para:

- Reajustar planes de mantenimiento, capacitación o distribución de equipos.
- Justificar compras o retiros de tecnología.
- Reforzar acciones de tecnovigilancia o gestión de riesgos clínicos.

La evaluación debe ser conducida por personal técnico competente en coordinación con responsables clínicos y administrativos del establecimiento, y sus resultados deben formar parte del ciclo de mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
(2) Se realiza al menos una evaluación anual del uso clínico y operativo, con base en evidencia de funcionamiento, patrones de utilización, fallas, errores de uso y retroalimentación del personal.
(3) Existen registros de análisis y evaluación del uso, que incluyan:
  (3.1) Indicadores operativos (ej. tiempo fuera de servicio, frecuencia de uso, fallas).
  (3.2) Reportes de incidentes, eventos adversos o errores relacionados con el uso del equipo.
  (3.3) Opinión técnica y clínica sobre desempeño, utilidad o barreras operativas.
(4) Los resultados de la evaluación se utilizan para la toma de decisiones sobre la distribución, sustitución, baja, reubicación o mejora en el uso de los equipos médicos.
(5) Se cuenta con evidencia de acciones correctivas o preventivas implementadas a partir de los hallazgos de la evaluación del uso clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
- Informe(s) de evaluación anual o periódica del uso clínico, con análisis de:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Frecuencia de uso por tipo de equipo.
- Patrones de subutilización, sobreutilización o uso no conforme.
- Desempeño operativo frente a demanda asistencial.
- Registros de indicadores operativos, como:
  - Tiempo fuera de servicio (TFS).
  - Tiempo medio entre fallas (MTBF).
  - Incidentes clínicos o técnicos reportados.
  - Número de intervenciones de mantenimiento por equipo o modelo.
  - Registros de eventos adversos o incidentes clínicos relacionados con el uso del equipo médico.
- Encuestas, minutas o reportes de retroalimentación clínica o técnica que documenten observaciones sobre el desempeño, barreras de uso o riesgos percibidos.
- Actas o reportes de comités técnicos o clínicos donde se analice el uso del equipo y se tomen decisiones derivadas.
- Documentación de acciones correctivas o preventivas implementadas en función de los hallazgos (por ejemplo, reubicación de equipos, capacitación adicional, propuestas de sustitución).
- Criterios o lineamientos internos para evaluar pertinencia clínica o costo-beneficio de la continuidad operativa del equipo.

y. Estándar 25/34. Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un programa para la gestión de los servicios prioritarios para la operación, diseñado para asegurar la disponibilidad, continuidad, supervisión y mantenimiento de aquellos servicios esenciales que permiten brindar atención clínica segura y condiciones laborales adecuadas para el personal.

Se consideran servicios prioritarios para la operación tanto los servicios públicos como los servicios clave de soporte clínico y técnico, entre los cuales se incluyen:

i. Servicios públicos: suministro de agua, energía eléctrica, gas, drenaje, entre otros.
ii. Servicios clave: ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación, sistemas de información y redes de datos, entre otros.

En el caso de establecimientos que operan de forma continua o con atención crítica durante periodos prolongados, como las unidades de

SIN VALIDEZ OFICIAL

hemodiálisis, el funcionamiento ininterrumpido de estos servicios durante los horarios de atención es indispensable para garantizar la seguridad del paciente.

El programa debe estar basado en la identificación documentada de todos los servicios prioritarios disponibles en el establecimiento, incluyendo aquellos prestados de forma directa o mediante servicios subrogados. A partir de esta identificación, se deben desarrollar los siguientes procesos:

a) Análisis de las necesidades del establecimiento relacionadas con el suministro, uso y disponibilidad de los servicios prioritarios.
b) Selección y contratación de los servicios requeridos, cuando corresponda.
c) Gestión y monitoreo para asegurar el funcionamiento continuo y seguro de los servicios prioritarios, incluyendo planes de contingencia y fuentes alternas.
d) Supervisión operativa mediante inspecciones, pruebas funcionales, mantenimiento preventivo, correctivo y calibración técnica, según aplique para cada servicio.

En el caso específico del suministro de agua, crítico para la operación de los establecimientos de hemodiálisis, el establecimiento debe contar con fuentes regulares y alternas, técnicamente viables, que aseguren el tratamiento del paciente durante los horarios de atención, aun en condiciones de contingencia o interrupción del servicio habitual.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados, se deben definir especificaciones de calidad y mecanismos de supervisión, alineados con los criterios establecidos en el eje estructural de liderazgo y gobernanza, y con base en la normatividad técnica vigente.

El programa debe ser implementado, documentado y supervisado de forma sistemática, con participación de las áreas técnicas, clínicas y administrativas del establecimiento, y bajo un enfoque de continuidad operativa, prevención de riesgos y cumplimiento regulatorio.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación.

(2) El establecimiento ha definido y documentado un programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación, que incluye al menos los procesos descritos en los incisos a) a d) de la guía.

(3) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento donde se requieren servicios prioritarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Los servicios públicos (como agua, energía eléctrica y gas) están disponibles y funcionales durante los horarios de operación del establecimiento.
(5)Los servicios clave (como ventilación, gases medicinales y sistemas de comunicación o datos) están disponibles y funcionales durante los horarios de operación del establecimiento.
(6)En caso de contar con servicios subrogados, se han definido especificaciones de calidad y se implementan mecanismos de supervisión para verificar su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Listado documentado de los servicios prioritarios identificados (servicios públicos y clave), incluyendo su ubicación, responsables operativos y condiciones actuales.
- Documento oficial del programa de gestión de los servicios Prioritarios, con descripción de procesos, responsables, frecuencias de supervisión, y protocolos ante fallas o interrupciones.
- Registros de inspección, pruebas funcionales y mantenimiento preventivo o correctivo de: suministro de agua, energía eléctrica, gas, gases medicinales, sistemas de ventilación, sistemas de comunicación y datos
- Plan de contingencia ante fallas en servicios prioritarios, con rutas de acción, responsables y mecanismos de aviso o mitigación.
- Evidencia de disponibilidad de fuentes alternas de agua para garantizar el funcionamiento de tratamientos de hemodiálisis en caso de interrupción del suministro.
- Reportes de supervisión de servicios subrogados, incluyendo evidencias de cumplimiento de las especificaciones de calidad definidas.
- Contratos o convenios con terceros, en el caso de servicios subrogados, con cláusulas que establezcan obligaciones técnicas, de calidad y de respuesta operativa.
- Registros de fallas o interrupciones documentadas, análisis de causa raíz, y medidas correctivas implementadas.
- Indicadores de disponibilidad y desempeño operativo de los servicios prioritarios, aplicables a la operación regular del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

z. Estándar 26/34. Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos. – Indispensable –

1. Guía.

La resistencia antimicrobiana representa una amenaza creciente para la seguridad de los pacientes y la efectividad de los tratamientos. Su origen está vinculado al uso inadecuado y prolongado de antibióticos, lo que puede provocar complicaciones como infecciones por *Clostridioides difficile*, toxicidad renal o hepática, entre otras.

Los profesionales del cuidado de la salud contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas de distintas maneras, por ejemplo, manteniendo los antibióticos cuando ya no hacen falta, utilizando un antibiótico de amplio espectro cuando no se necesita o manteniendo un antibiótico de amplio espectro de manera innecesaria tras haber recibido los resultados de sensibilidad, utilizando el antibiótico equivocado, prescribiendo la dosis errónea, o manteniendo la profilaxis antibiótica más tiempo de lo recomendado

Para contribuir a su control, los establecimientos de hemodiálisis deben implementar acciones estructuradas para promover el uso racional, óptimo y basado en evidencia científica de los antimicrobianos, de acuerdo con las guías de práctica clínica actualizadas, la normatividad vigente y el contexto de atención.

Estas acciones deben considerar, al menos:

a) La educación continua al personal clínico sobre los principios de uso racional de antimicrobianos.
b) La disponibilidad y aplicación de guías de práctica clínica o directrices de práctica aceptadas, adaptadas al contexto del establecimiento, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis antimicrobiana.
c) La vigilancia del uso de antimicrobianos y de patrones de resistencia (en coordinación con el servicio de microbiología, si aplica).
d) La comunicación periódica al personal sobre los datos de uso y resistencia antimicrobiana, cuando estos estén disponibles.
e) La asignación de responsabilidad institucional mediante una persona o equipo encargado de supervisar e impulsar estas acciones.
f) La implementación del enfoque AWaRe (Access, Watch, Reserve) de la OMS, que promueve la clasificación de los antibióticos según su perfil de seguridad y riesgo de generar resistencia:
    i. Access: antibióticos de primera línea, seguros, con bajo riesgo de generar resistencia.
    ii. Watch: antibióticos con alto potencial de generar resistencia, cuyo uso debe ser restringido.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iii. Reserve: antibióticos de último recurso, sólo para infecciones multirresistentes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha diseñado, documentado e implementado acciones para la optimización del uso de antimicrobianos, con base en evidencia científica, guías de práctica clínica aceptadas y la legislación aplicable vigente.

(2) Las acciones para el uso óptimo y racional de los antimicrobianos, incluye al menos:

(2.1) La educación continua al personal clínico sobre los principios de uso racional de antimicrobianos.

(2.2) La disponibilidad y aplicación de guías de práctica clínica o directrices de práctica aceptadas, adaptadas al contexto del establecimiento, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis antimicrobiana.

(2.3) La vigilancia del uso de antibióticos y de patrones de resistencia (en coordinación con el servicio de microbiología, si aplica).

(3) Existe un mecanismo definido (mediante una persona, comité o equipo) responsable de la supervisión y mejora continua del uso de antimicrobianos.

(4) Se comunica regularmente al personal clínico la información disponible sobre patrones de uso y resistencia antimicrobiana, cuando aplique.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos internos de prescripción y profilaxis antibiótica en hemodiálisis. Adaptados al contexto local.
- Registros de prescripción y consumo de antibióticos en el establecimiento.
- Materiales de capacitación continua del personal clínico sobre uso racional de antibióticos. Por ejemplo: manuales, presentaciones, evaluaciones.
- Registro de participación en sesiones educativas o talleres internos sobre uso racional de antibióticos.
- Acta de designación del comité o persona responsable de la supervisión del uso de antibióticos.
- Registro de reuniones y actividades del equipo de vigilancia del uso de antibióticos.
- Plan operativo del comité o programa de antimicrobianos con objetivos e indicadores.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Informes periódicos institucionales sobre consumo de antibióticos.
- Boletines de farmacovigilancia institucional o del servicio de microbiología, si aplica.
- Formato de retroalimentación al personal clínico sobre prescripción antibiótica y sensibilidad local.

aa. Estándar 27/34. Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.

1. Guía.

Cada establecimiento de hemodiálisis debe contar con un listado institucional de medicamentos y mantener un inventario mínimo que permita garantizar la continuidad del tratamiento prescrito, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo. Este listado debe estar alineado con la misión del establecimiento, los perfiles clínicos de los pacientes, los servicios ofrecidos y la legislación aplicable vigente.

La lista de medicamentos debe incluir tanto aquellos en existencia como aquellos que pueden obtenerse de forma inmediata, conforme a las disposiciones institucionales (en algunos casos, los establecimientos se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos, como el cuadro básico). La selección de medicamentos es resultado de un proceso colaborativo en el que participa el personal clínico y no clínico involucrados en el sistema de gestión segura del uso de medicamentos, se toma en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y aspecto económico.

El establecimiento debe establecer un método formal para:

a) Definir y controlar el listado institucional de medicamentos y garantizar su disponibilidad mínima para atender las prescripciones médicas.
b) Guiar la inclusión o eliminación de medicamentos del listado mediante criterios previamente establecidos que consideren su uso clínico, seguridad, costo, entre otros.
c) Monitorear la respuesta clínica de los pacientes a los medicamentos recientemente incluidos en el listado institucional, en función de su eficacia y seguridad. (Por ejemplo, se puede monitorear un medicamento recién añadido en cierto número de pacientes por un periodo determinado)
d) Revisar y actualizar el listado institucional, al menos una vez al año, con base en información actualizada sobre evidencia científica, seguridad, efectos secundarios, reacciones adversas reportadas y datos de uso clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Asegurar que la adquisición de medicamentos se realice conforme a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

Este proceso garantiza que el conjunto de medicamentos disponibles responda a las necesidades reales de los pacientes, promueva su seguridad y se mantenga dentro del marco legal y técnico correspondiente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado institucional de medicamentos, que considera tanto los medicamentos disponibles como aquellos que pueden obtenerse de forma inmediata, acorde a la misión, los servicios prestados, las necesidades clínicas y la legislación aplicable vigente.

(2) El listado institucional de medicamentos se elabora y supervisa mediante un proceso colaborativo multidisciplinario, que incluye personal clínico y no clínico vinculado con el sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.

(3) El establecimiento ha definido y aplica criterios técnicos y clínicos para agregar o eliminar medicamentos del listado, considerando su uso, seguridad, costo, entre otros.

(4) El listado institucional de medicamentos se revisa y actualiza al menos una vez al año, tomando en cuenta información actualizada sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios, reacciones adversas y datos de uso.

(5) La adquisición de medicamentos se realiza conforme a la legislación aplicable vigente.

(6) El establecimiento ha diseñado e implementado un proceso para monitorizar la respuesta clínica a los medicamentos recientemente incluidos en el listado, a fin de evaluar su eficacia y seguridad en la práctica.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado vigente de medicamentos institucionales (disponibles o con acceso inmediato).
- Actas o registros de reuniones del comité o grupo multidisciplinario responsable de su elaboración o revisión.
- Políticas internas para la gestión del listado de medicamentos.
- Documento con criterios técnicos para la inclusión/exclusión de medicamentos (uso, seguridad, costo, entre otros).
- Registros de aplicación de estos criterios en decisiones recientes de modificación del listado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Historial o cronograma de revisiones del listado de medicamentos.
- Notificaciones o circulares internas con actualizaciones derivadas de efectos adversos, nuevas guías clínicas o alertas sanitarias.
- Protocolos o fichas técnicas para la monitorización de medicamentos recién integrados.
- Reportes o análisis de seguimiento de la respuesta clínica a nuevos medicamentos.
- Registros de adquisiciones documentadas conforme a la legislación aplicable vigente.

bb. Estándar 28/34. Acceso oportuno a medicamentos no disponibles en el inventario.

1. Guía.

En ocasiones, el establecimiento de hemodiálisis puede requerir medicamentos que no se encuentran disponibles de forma inmediata, ya sea por agotamiento, por estar fuera del horario de funcionamiento de la farmacia, bajo resguardo especial o por no formar parte del listado institucional, entre otras causas.

Para garantizar la continuidad del tratamiento y evitar interrupciones que comprometan la seguridad del paciente, el establecimiento debe implementar acciones para:

a) Obtener, de forma ágil, medicamentos no disponibles en el momento.
b) Autorizar el uso de medicamentos que no forman parte del listado institucional.
c) Acceder a medicamentos en horarios no operativos o cuando están bajo resguardo restringido.
d) Notificar de manera sistematizada al personal que prescribe sobre situaciones de escasez, retrasos de entrega u otros motivos, y comunicar opciones terapéuticas alternativas.

Estas acciones deben estar documentadas, implementadas y el personal clínico y no clínico deben estar capacitados sobre las acciones a seguir en estas situaciones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones que aseguran el acceso oportuno a medicamentos no disponibles, que incluyen lo mencionado en los incisos a) al d) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Todo el personal clínico y no clínico involucrado está capacitado para actuar conforme a las acciones definidas ante la falta de disponibilidad de medicamentos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para obtención de medicamentos fuera de inventario o en contingencia.
- Registros de solicitudes urgentes o no programadas de medicamentos.
- Bitácoras de acceso fuera de horario o con llave.
- Comunicación o alertas internas sobre desabasto y terapias alternativas.
- Capacitación documentada al personal sobre acciones ante medicamentos no disponibles.

cc. Estándar 29/34. Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis deben asegurar que los medicamentos estén almacenados de forma segura en todas las áreas donde se resguardan o utilizan, como farmacias, almacenes, centrales de enfermería o cualquier punto de atención clínica o administrativa que maneje medicamentos.

En todos los lugares donde se almacenen, se deben implementar acciones que aseguren:

a) Las condiciones adecuadas para la estabilidad del producto (control de temperatura, humedad, luz).
b) La seguridad física (prevención de robo, pérdida o mal uso).
c) El cumplimiento a la legislación aplicable vigente respecto al manejo de medicamentos controlados.
d) El etiquetado claro y completo de los medicamentos, incluyendo nombre, lote, fecha de vencimiento y advertencias visibles.
e) El establecimiento de barreras de seguridad para los medicamentos de alto riesgo.
f) La inspección periódica de todas las áreas donde se almacenan y resguardan medicamentos (incluidas ambulancias, si aplica), conforme a un procedimiento institucional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado acciones que garantizan el resguardo y almacenamiento seguro de los medicamentos,

(2)El proceso contiene lo definido en los incisos a) al f) de la guía.

(3)El establecimiento ha definido mecanismos de supervisión institucional y ha generado acciones de mejora documentadas en función de los hallazgos detectados durante las inspecciones de almacenamiento.

(A). Referencia de apoyo

- Políticas y procesos internos para el almacenamiento seguro de medicamentos.
- Protocolo de inspecciones periódicas en áreas clínicas y no clínicas.
- Listas de verificación o bitácoras de inspección de áreas de almacenamiento.
- Reportes de temperatura y humedad (registros de refrigeradores, sensores ambientales).
- Registros de cumplimiento con disposiciones para medicamentos controlados.
- Evidencia de señalización visible para medicamentos de alto riesgo.
- Registros de capacitación sobre almacenamiento, seguridad, manejo de medicamentos y protocolos ante pérdida o desvío.

dd. Estándar 30/34. Almacenamiento seguro de medicamentos especiales.

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis pueden recibir, almacenar o manejar ciertos medicamentos especiales que requieren consideraciones particulares. El establecimiento debe contar un proceso definido e implementado para su almacenamiento seguro, las cuales deben contemplar:

a) La recepción, identificación clara y resguardo adecuado de estos medicamentos.
b) Medidas de control para evitar errores de administración o uso inadecuado.
c) Trazabilidad y registros cuando se requiera distribución dentro del establecimiento o devolución.

El establecimiento considera dentro del proceso, al menos, los siguientes:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Medicamentos experimentales o en protocolos de investigación;
ii. Muestras médicas;
iii. Medicamentos que el paciente lleva consigo (por prescripción externa);
iv. Otros medicamentos definidos como especiales por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el almacenamiento seguro de medicamentos especiales.
(2) El proceso contiene lo establecido en los incisos a) al c) de la guía.
(3) El procedimiento está alineado a los riesgos y condiciones operativas del establecimiento, y se actualiza conforme a los medicamentos especiales identificados por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para el almacenamiento de medicamentos especiales.
- Registros de recepción, identificación y control de muestras médicas o medicamentos experimentales.
- Auditorías internas o reportes de supervisión sobre el manejo de medicamentos especiales.

ee. Estándar 31/34. Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis pueden presentarse situaciones de urgencia o complicaciones con pacientes que requieren atención inmediata, tales como reacciones anafilácticas, crisis hipertensivas, convulsiones, hipoglucemia, entre otras. Para atender estos eventos de forma oportuna, el establecimiento debe identificar y contar con un conjunto de medicamentos de urgencia disponibles, accesibles (determinar donde serán almacenados) y debidamente controlados.

El establecimiento debe implementar acciones que aseguren:

a) La disponibilidad permanente de los medicamentos identificados como necesarios para urgencias, según los riesgos clínicos del establecimiento.
b) El resguardo seguro para prevenir robos, extravíos o uso no autorizado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) El reemplazo inmediato de medicamentos usados, dañados o caducados.
d) La ubicación visible, accesible y bajo condiciones adecuadas, exclusivamente para el personal autorizado y capacitado para atender la urgencia.

El establecimiento comprende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia. Estas acciones deben documentarse en un proceso, integrarse al sistema de gestión segura del uso de medicamentos del establecimiento, y mantenerse bajo supervisión constante.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones que aseguran la disponibilidad, control, reposición y resguardo seguro de los medicamentos utilizados en situaciones de urgencia, conforme a los incisos a) a d) de la guía.
(2) Los medicamentos de urgencia están disponibles en lugares estratégicos, visibles y accesibles solo para personal autorizado.
(3) La unidad lleva un control de uso, caducidad y reposición de los medicamentos de urgencia, según el proceso definido.

(A). Referencia de apoyo

- Proceso institucional que incluya las acciones para el manejo de medicamentos de urgencia.
- Inventario actualizado de medicamentos de urgencia con registro de fechas de vencimiento y reposiciones.
- Registros de revisión de botiquines o contenedores de urgencia.
- Listado institucional validado de medicamentos esenciales en urgencias (adaptado al contexto del establecimiento).
- Evidencia de capacitación del personal en el uso adecuado de medicamentos en eventos agudos.

ff. Estándar 32/34. Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis deben contar con un proceso que permita gestionar de forma efectiva los medicamentos fuera de uso, incluyendo aquellos retirados del mercado por razones sanitarias, vencidos o con riesgos identificados. Esta gestión es esencial para proteger la seguridad de los pacientes y garantizar el cumplimiento de la legislación sanitaria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El proceso debe permitir al establecimiento:

a) Recibir y actuar ante alertas sanitarias nacionales o internacionales emitidas por autoridades regulatorias (por ejemplo, COFEPRIS).
b) Identificar, aislar, recuperar y retirar medicamentos en desuso, ya sea por disposición del fabricante/proveedor o por alerta sanitaria.
c) Retirar del inventario medicamentos vencidos o caducados, y proceder conforme a lo establecido en la normatividad.
d) Realizar el desecho adecuado de medicamentos fuera de uso, conforme a la legislación ambiental y sanitaria vigente.
e) Establecer un procedimiento para realizar la denuncia sanitaria cuando se detecten medicamentos falsificados, contaminados, manipulados o con fallas de calidad, aun cuando no exista alerta formal.

Todos estos procesos deben estar documentados, implementados y bajo supervisión, integrándose al sistema de gestión de medicamentos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones para gestionar el retiro, devolución y desecho de medicamentos fuera de uso, que incluyen los incisos a) al e) de la guía.
(2) El establecimiento cuenta con mecanismos para recibir y actuar ante alertas de retiro de medicamentos emitidas por autoridades nacionales o internacionales.
(3) Se ha definido, documentado e implementado un procedimiento para la denuncia sanitaria ante la detección de medicamentos falsificados, contaminados o con riesgos para el paciente.
(4) Se lleva un registro de medicamentos retirados, devueltos, destruidos o denunciados, incluyendo evidencia de su trazabilidad y disposición final conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado de retiro, devolución y eliminación de medicamentos.
- Alertas sanitarias emitidas por COFEPRIS, OMS o instituciones homólogas.
- Registro de medicamentos retirados del inventario (bitácoras, formatos de devolución).
- Registro de destrucción de medicamentos caducos, conforme a la normatividad vigente.
- Evidencia de denuncia sanitaria ante COFEPRIS (avisos, folios, actas).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Capacitación del personal sobre acciones ante detección de medicamentos con riesgo.
- Contratos o convenios con gestores autorizados para el manejo de residuos peligrosos.

gg. Estándar 33/34. Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que los insumos esenciales para la operación segura y continua de los servicios de radiología e imagen estén correctamente identificados, disponibles, almacenados y controlados conforme a procedimientos definidos institucionalmente. Este estándar aplica a servicios propios, y para los subrogados debe estar contemplado en las especificaciones de calidad contractuales.

Los insumos pueden incluir:

a) Soluciones de preparación o limpieza
b) Material radiológico desechable (jeringas, catéteres, guantes, gasas, campos estériles, etc.)
c) Equipos de protección personal (del paciente y del personal)
d) Insumos para desinfección de superficies o sondas
e) Entre otros.

El establecimiento debe:

i. Identificar los insumos esenciales, conforme a los estudios y procedimientos realizados.
ii. Establecer procesos de adquisición, almacenamiento y reposición, que aseguren disponibilidad continua.
iii. Etiquetar correctamente los insumos, incluyendo datos como: nombre, concentración, fecha de vencimiento, lote y fecha de apertura (cuando aplique).
iv. Realizar una evaluación periódica de insumos críticos, especialmente si intervienen en la calidad del resultado o la seguridad del paciente (por ejemplo: reactivos para pruebas de densitometría, medios de contraste, etc.).

Estas acciones permiten prevenir retrasos en la atención, errores por uso de insumos alterados y riesgos para el paciente o el personal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado los insumos esenciales requeridos para la operación de los servicios de radiología e imagen.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Los insumos esenciales se encuentran disponibles de manera oportuna y continua.
(3)Se realiza una evaluación periódica de la calidad, exactitud o estabilidad de los insumos críticos, cuando corresponda.
(4)Todos los insumos están etiquetados en forma completa y conforme a lo definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de insumos críticos para radiología e imagen.
- Procesos documentados de almacenamiento, dispensación y control de insumos.
- Registros de entrada, salida, caducidad y reposición.
- Bitácoras o reportes de evaluación de calidad de insumos críticos.
- Etiquetas visibles en los insumos almacenados (nombre, fecha de apertura, lote, fecha de caducidad).
- Evidencia de supervisión y control en servicios subrogados (informes, minutas, actas de verificación).
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados.

hh. Estándar 34/34. Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los servicios de laboratorio estén identificados, disponibles, almacenados, etiquetados y controlados de acuerdo con procesos definidos institucionalmente. Este estándar aplica a los laboratorios propios del establecimiento; en caso de servicios subrogados, estos criterios deben incorporarse en las especificaciones de calidad acordadas.

Para garantizar la continuidad y seguridad de los procesos diagnósticos, el establecimiento debe:

a) Identificar los reactivos y suministros críticos para los análisis que se realizan.
b) Definir un proceso de abastecimiento y reposición para asegurar su disponibilidad oportuna.
c) Establecer condiciones de almacenamiento, manejo y dispensación conforme a los requisitos técnicos de cada producto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Etiquetar de manera clara y completa todos los reactivos y soluciones, incluyendo información como nombre, concentración, fecha de caducidad, fecha de apertura o preparación, y responsable.
e) Realizar una evaluación periódica de la calidad, precisión y vigencia de los reactivos utilizados, como parte del control de calidad interno.

Estas medidas permiten garantizar la trazabilidad, prevenir errores diagnósticos por insumos alterados o vencidos, y asegurar que los resultados emitidos sean confiables.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado los reactivos y suministros esenciales para la operación de los servicios de laboratorio.
(2)Los reactivos y suministros esenciales están disponibles para su uso durante el horario de funcionamiento y en situaciones de urgencia, cuando aplique.
(3)Se realiza una evaluación periódica de la precisión, estabilidad y confiabilidad de los reactivos utilizados.
(4)Todos los reactivos y soluciones están etiquetados de forma completa y precisa, de acuerdo con los lineamientos institucionales.

(A). Referencia de apoyo

- Listado institucional de reactivos y suministros críticos para laboratorio.
- Procesos documentados de almacenamiento, manejo y dispensación.
- Registros de existencias, caducidad y reposición de reactivos.
- Bitácoras de evaluación de reactivos y validación de precisión.
- Etiquetas de reactivos (con fecha de apertura, concentración, caducidad, responsable).
- Especificaciones de calidad documentadas para laboratorios subrogados.
- Reportes de supervisión interna del cumplimiento de estos procesos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

C. GESTIÓN DE RIESGOS

a. Estándar 1/22. Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe integrar un enfoque proactivo para la gestión de riesgos en todos los procesos que conforman los sistemas del modelo que tienen impacto sobre la seguridad del paciente, del personal y la operación. Este enfoque se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos, como base para el diseño, evaluación y mejora de los sistemas.

La metodología debe estar definida, implementada, aplicarse y documentarse , al menos, una vez al año en cada uno de los siguientes sistemas del modelo (o aquellos que el establecimiento defina como tales):

a) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
   i) Se identifican los riesgos en cada una de las fases del sistema de medicación. El análisis de estos riesgos permite implementar buenas prácticas para reducir errores de medicación y prevenir eventos adversos.

b) Sistema de prevención y control de infecciones.
   i) Se identifican los procesos y áreas asociados a mayor riesgo de infección que se observan en el establecimiento en cada una de las áreas de enfoque del sistema.
   ii) De acuerdo con el contexto del establecimiento, se podrán considerar los riesgos en los procesos que afectan:
      a) Dispositivos intravasculares invasivos, como los catéteres de acceso vascular utilizados en hemodiálisis.
      b) Sitios de inserción o curación de accesos vasculares, donde el cuidado aséptico y la vigilancia son fundamentales.
      c) Organismos multirresistentes y enfermedades infecciosas relevantes desde el punto de vista epidemiológico.
      d) Infecciones emergentes o recurrentes en la comunidad, como brotes de enfermedades virales o bacterianas.
   iii) Se analizan estos riesgos para implementar buenas prácticas que reduzcan IAAS.

c) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
   i) Se realiza una identificación de riesgos internos y externos sobre la cual se fundamenta el desarrollo del Sistema con el objetivo de diseñar procesos que prevengan lesiones, accidentes y peligros y

SIN VALIDEZ OFICIAL

coadyuven a mantener condiciones seguras para los pacientes. familiares, visitantes y el personal

ii) La identificación de los riesgos internos incluye, al menos, las siguientes áreas:
   1) Protección del establecimiento y su entorno inmediato
   2) Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos
   3) Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo
   4) Gestión del equipo médico
   5) Servicios prioritarios para la operación (Servicios públicos: energía eléctrica, agua, gas; Servicios clave: gases medicinales, ventilación, sistemas de comunicación y datos, etc.)

iii) Se realiza la identificación de riesgos externos incluyendo, al menos, los siguientes:
   1) Geológicos (por ejemplo: sismos, erupciones y emisiones volcánicas, inestabilidad de laderas, hundimientos, agrietamientos)
   2) Hidrometeorológicos (por ejemplo: huracanes, inundaciones, tormentas de granizo, heladas, nevadas, tornados, viento, sequías, frente frío)
   3) Socio-organizativos (por ejemplo: conflictos bélicos, terrorismo, concentraciones humanas, hambruna, accidentes por transporte)
   4) Sanitario-ecológicos (por ejemplo: epidemias, plagas, contaminación del aire, suelo y alimentos)
   5) Químico-tecnológicos (por ejemplo: incendios, explosiones, fugas y derrames de materiales peligrosos)

iv) Esta identificación es la base para diseñar e implementar procesos seguros, barreras de protección y acciones de mantenimiento o mejora.

v) Esta identificación de riesgos se documenta de forma gráfica, descriptiva o de la forma que el establecimiento determine.

d) Sistema de gestión del talento humano.

i) Se identifican los riesgos asociados a los procesos que conforman el sistema.

ii) Esta identificación se conjunta con la identificación de los riesgos del personal por perfil de puesto y área de asignación.

iii) Reclutamiento, asignación, evaluación, capacitación y desempeño del personal, considerando su perfil, funciones asignadas y área de trabajo.

iv) El análisis permite implementar mejoras en los procesos, reducir errores humanos y fortalecer la preparación del personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La identificación y priorización de los riesgos se realiza de manera multidisciplinaria, y se utiliza una metodología clara que permita tomar decisiones basadas en riesgo.
Cuando se identifique, al menos, un riesgo prioritario en cada uno de los sistemas del modelo, el establecimiento debe definir, documentar e implementar una buena práctica como medida de control o mejora, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.
Una buena práctica se considera una intervención estructurada y documentada que ha generado resultados positivos en la seguridad o desempeño de un sistema, y que puede mantenerse, adaptarse o escalarse. Su monitoreo puede integrarse a los indicadores del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, cuando así lo determine el establecimiento.
El enfoque proactivo de riesgos debe integrarse como parte de la cultura organizacional, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación, la toma de decisiones basada en evidencia y que, por tanto, optimiza el desempeño del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado una metodología institucional documentada para la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos, aplicable a todos los sistemas del modelo.

(2) Se identifican de forma multidisciplinaria, al menos una vez al año, los riesgos presentes en los sistemas definidos por el establecimiento, incluyendo al menos:
- (2.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
- (2.2) Sistema de prevención y control de infecciones.
- (2.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
- (2.4) Sistema de gestión del talento humano.

(3) En el caso del sistema de gestión y seguridad de la Infraestructura, se identifican riesgos internos y externos.

(4) Los riesgos se priorizan conforme a la metodología definida por el establecimiento.

(5) Los riesgos identificados se analizan y se gestionan activamente como base para rediseñar o mejorar procesos dentro de cada sistema.

(6) El establecimiento implementa, al menos, una buena práctica documentada por cada sistema en un riesgo prioritario identificado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Metodología institucional documentada para la gestión de riesgos.
- Evaluación de riesgos documentada, para cada uno de los sistemas del modelo, puede incluir: lista de riesgos identificados, priorización con base en criterios definidos, análisis del impacto, probabilidad, severidad y detectabilidad y plan de acción o gestión de riesgos.
- Evidencia de la aplicación del enfoque proactivo por sistema: matriz de riesgos por procesos, enfoques, medidas específicas implementadas.
- Documento o reporte de la buena práctica seleccionada, implementada en al menos un riesgo prioritario por sistema.
- Minutas de reuniones del comité o grupo multidisciplinario para la gestión de riesgos, donde se documenten: Participación de personal de distintas áreas, Análisis y priorización conjunta de los riesgos, Propuesta y seguimiento de buenas prácticas.
- Integración de los riesgos priorizados y las buenas prácticas en el Plan de Calidad del establecimiento, incluyendo: Indicadores asociados, responsables del monitoreo, frecuencia de medición, resultados y retroalimentación institucional.
- Evidencia de revisión anual del enfoque proactivo de riesgos, incluyendo actualización de matrices, rediseño de procesos o incorporación de nuevas buenas prácticas.

b. Estándar 2/22. Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.
– Indispensable –

1. Guía.

A través de la monitorización, supervisión multidisciplinaria y la operación diaria de los sistemas definidos en el modelo, el establecimiento de hemodiálisis, de manera reactiva, identifica, analiza y gestiona los resultados, relacionados con las áreas de oportunidad en la implementación de procesos, capacitación y evaluación del desempeño del personal, seguimiento de condiciones inseguras, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y otras fuentes relevantes.

Los datos recolectados deben analizarse de manera estructurada y multidisciplinaria con el fin comprender las causas de los incidentes o desviaciones de los procesos, tomar decisiones basadas en datos, y a partir de ello:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Rediseñar procesos existentes.
ii. Implementar mejoras inmediatas o progresivas.
iii. Reducir la probabilidad de que se vuelvan a presentar.
iv. Fortalecer la cultura de seguridad y calidad en el establecimiento.

Este análisis debe realizarse al menos en los siguientes sistemas del modelo (o aquellos que el establecimiento defina como tales):

a) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos. Considera como mínimo los siguientes aspectos: eventos adversos, centinela y cuasifallas de los procesos de medicación, evaluación del desempeño del personal en fases de medicación, procesos con variabilidad o desvíos.
b) Sistema de prevención y control de infecciones. Considera como mínimo los siguientes aspectos: monitorización de procesos en cada una de las áreas de enfoque, áreas de oportunidad de capacitación evaluación del desempeño, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas, tasas de IAAS.
c) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. Considera como mínimo los siguientes aspectos: reportes de accidentes, condiciones inseguras o incidentes para los pacientes, cuidadores primarios, visitantes y el personal, relacionados con la infraestructura, Resultados de simulacros, áreas de oportunidad relacionadas con capacitación del personal, fallas en servicios prioritarios, reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
d) Sistema de gestión del talento humano. Considera como mínimo los siguientes aspectos: monitorización de procesos implementados, condiciones inseguras, accidentes de trabajo, evaluaciones de desempeño con hallazgos negativos, capacitación no efectiva o no realizada.

Los hallazgos generados por este enfoque deben ser presentados a los líderes del establecimiento y utilizados para la toma de decisiones operativas y estratégicas. Deben ser integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento y documentarse para asegurar trazabilidad y aprendizaje organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones para identificar, recolectar y analizar los datos derivados de la supervisión, monitoreo y evaluación de los sistemas del modelo.
(2) Se identifican y analizan datos e información de forma estructurada y multidisciplinaria, provenientes de al menos las siguientes fuentes:

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.1) Supervisión operativa de procesos clínicos y de gestión
(2.2) Evaluación del desempeño del personal
(2.3) Resultados de capacitación y formación técnica
(2.4) Notificación y análisis de eventos adversos, centinela, cuasifallas; y condiciones inseguras.
(2.5) Incidentes operativos, fallas técnicas, accidentes de trabajo.
(2.6) Resultados de simulacros, auditorías o evaluaciones internas.

(3)El análisis de datos se realiza, al menos una vez al año, en cada uno de los siguientes sistemas (o aquellos definidos por el establecimiento):
(3.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
(3.2) Sistema de prevención y control de infecciones.
(3.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
(3.4) Sistema de gestión del talento humano.

(4)Se implementan mejoras como resultado del análisis de áreas de oportunidad y se documentan para asegurar su trazabilidad y seguimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones documentadas e implementadas para la recolección y análisis de datos derivados de la supervisión, monitoreo y evaluación de los sistemas del modelo (manuales, protocolo o procedimiento interno).
- Matrices o plantillas de análisis de datos por sistema que incluyan fuentes, causas, frecuencia y medidas correctivas propuestas.
- Minutas o reportes de reuniones multidisciplinarias donde se analizaron los datos recolectados y se tomaron decisiones para implementar mejoras.
- Reportes de indicadores asociados a cada sistema (por ejemplo: tasa de errores de medicación, tasa de IAAS, número de fallas en servicios prioritarios, desempeño del personal).
- Planes de mejora derivados del análisis de datos, con responsables, fechas, acciones y seguimiento.
- Evidencia de implementación de mejoras o rediseño de procesos.
- Reportes consolidados de eventos adversos, cuasifallas, condiciones inseguras o simulacros (internos o institucionales) y sus análisis respectivos.
- Integración de hallazgos y acciones en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento, con registro de actualizaciones y seguimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/22. Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento. – Indispensable –

1. **Guía.**

El establecimiento de hemodiálisis debe desarrollar e implementar un programa institucional para la protección del entorno físico, cuyo objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros.

Este programa debe incluir procesos proactivos de protección, especialmente en áreas con riesgos en la seguridad, con medidas que regulen el acceso y control, identifiquen a las personas que ingresan (personal, visitantes, proveedores, entre otros, cuando corresponda) y promuevan un entorno protegido y funcional en todas las áreas clínicas y no clínicas. La implementación de estos procesos debe ser responsabilidad compartida y contar con la participación activa de todas las áreas, bajo un enfoque organizacional y preventivo.

Los líderes del establecimiento gestionan adecuadamente los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, con procesos definidos e implementados para brindar protección a todos los usuarios del establecimiento. Asimismo, una cultura proactiva y de mejora continua es esencial para consolidar entornos físicos seguros y sostenibles en el tiempo.

A fin de planear de manera efectiva el programa para la protección del entorno físico, los líderes deben tomar en cuenta todos los riesgos identificados mediante procesos de evaluación, supervisión o análisis de incidentes, con el fin de anticipar amenazas, priorizar recursos y establecer medidas de mitigación.

Como parte de este programa, el establecimiento debe desarrollar y aplicar un sistema de supervisión integral de las instalaciones, que contemple inspecciones completas y documentadas al menos una vez al año, y/o cada vez que se presente un siniestro, se planifique o realice una construcción o remodelación, se identifiquen condiciones que presenten riesgos operativos o de seguridad.

Estas inspecciones deben ser la base para definir e implementar acciones proactivas para reducir riesgos, establecer procesos de control o mitigación, cumplir con la legislación aplicable vigente y presupuestar y priorizar actualizaciones en las instalaciones a largo plazo.

En el caso específico de remodelaciones o construcciones, el establecimiento debe realizar una evaluación de riesgos previa, que permita establecer medidas de protección y supervisión adecuadas

SIN VALIDEZ OFICIAL

durante todas las fases del proyecto. Esta evaluación debe incluir, al menos, los siguientes aspectos:

a) Control de infecciones
b) Ventilación y calidad del aire
c) Manejo de basura y desechos
d) Aislamiento de zonas en obra y circulación segura

Dentro del programa, el gobierno y los líderes del establecimiento planean, presupuestan y aprueban la actualización o sustitución de sistemas, edificaciones y servicios prioritarios para la operación, conforme a los hallazgos derivados de las supervisiones y en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un programa para la protección del entorno físico.

(2) El establecimiento realiza, al menos una vez al año, una inspección integral y completa de sus instalaciones y procesos relacionados con la seguridad y protección.

(3) El programa incluye procesos para prevenir accidentes, mantener condiciones seguras y establecer medidas de protección en áreas con riesgos identificados, así como controlar el acceso e identificar a las personas que ingresan al establecimiento, cuando corresponde.

(4) Se realiza una inspección integral y completa cuando se presenta un siniestro, una remodelación o una construcción.

(5) El establecimiento cuenta con un proceso documentado para la evaluación de riesgos antes del inicio de una remodelación o construcción.

(6) Los hallazgos de las inspecciones se utilizan para definir acciones para reducir y controlar los riesgos asociados a remodelaciones o construcciones.

(7) El cuerpo gobierno y/o la alta dirección y los líderes del establecimiento participan en la planeación, aprobación y presupuestación de mejoras en la infraestructura, basándose en los hallazgos de las supervisiones y en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa para la protección del entorno físico, que incluya objetivos, responsables, metodología de inspección y cronograma anual.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formatos de inspección integral y completa de las instalaciones (checklists, bitácoras, reportes técnicos).
- Evidencia documental de inspecciones anuales realizadas (reportes firmados, registros fotográficos, actas).
- Registros de inspecciones realizadas tras siniestros, remodelaciones o construcciones (incluyendo fecha, hallazgos y acciones derivadas).
- Procedimiento o protocolo para la evaluación de riesgos previo al inicio de remodelaciones o construcciones.
- Registros de evaluaciones de riesgo específicas para proyectos de obra o adecuación (análisis de impacto, mapas de riesgo, autorizaciones).
- Evidencia de implementación de medidas de mitigación o control durante obras (barreras físicas, rutas seguras, señalización, contención de polvo o residuos).
- Documentación sobre priorización y presupuesto de actualizaciones derivadas de inspecciones (actas de comité, solicitudes de recursos, planes de mejora).
- Comunicaciones oficiales del liderazgo donde se aprueban acciones correctivas o proyectos de mejora en infraestructura.

d. Estándar 4/22. Protección contra agresiones físicas a los pacientes. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis es responsable de implementar un proceso integral para prevenir, identificar y actuar ante cualquier situación de agresión o violencia que ponga en riesgo la integridad física o emocional de los pacientes durante su atención.

Este proceso debe cubrir las posibles agresiones provenientes de otras personas dentro del establecimiento, incluyendo: personal del propio establecimiento, otros pacientes, familiares, cuidadores, o visitantes.

La protección es especialmente prioritaria para pacientes que, por su edad, sus condiciones físicas, cognitivas o emocionales, no puedan defenderse ni comunicar una situación de riesgo, como personas adultas mayores, pacientes con discapacidad, trastornos psiquiátricos o en estado de vulnerabilidad social.

El establecimiento debe contemplar medidas preventivas, reactivas y de vigilancia, como:

a) Identificación de personas que ingresan al establecimiento y a las áreas clínicas.
b) Restricción y control de acceso a espacios clínicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Supervisión y vigilancia de áreas remotas o con riesgo identificado.
d) Capacitación del personal sobre cómo prevenir, identificar y actuar ante situaciones de agresión.
e) Coordinación, cuando corresponda, con autoridades, protección civil o servicios especializados en atención a víctimas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para prevenir y proteger a los pacientes contra las agresiones físicas.
(2) El proceso contempla medidas específicas para proteger a pacientes vulnerables como adultos mayores, personas con discapacidad o alteraciones cognitivas o psiquiátricas, que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas.
(3) El establecimiento ha definido acciones a seguir cuando se identifica una situación de maltrato, agresión o riesgo inminente hacia un paciente, por parte de cualquier persona.
(4) Se aplican protocolos para investigar la presencia de personas no identificadas dentro de las áreas clínicas.
(5) Se cuenta con un sistema de vigilancia, supervisión o monitoreo en áreas del establecimiento identificadas como prioritarias por su nivel de riesgo.
(6) El personal conoce y aplica el proceso en situaciones de agresión o maltrato.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la protección del paciente ante agresiones.
- Políticas de ingreso y control de acceso de personas al establecimiento de hemodiálisis.
- Registro de incidentes relacionados con agresiones, maltrato o violencia.
- Documentación de capacitación al personal sobre prevención, detección y actuación ante agresiones.
- Manual de actuación ante eventos de violencia contra el paciente.
- Coordinación documentada con servicios de seguridad, protección civil o servicios legales cuando aplica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/22. Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe desarrollar e implementar un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, diseñado para identificar, clasificar, almacenar, utilizar y disponer de manera segura todos los elementos que representen riesgos químicos, biológicos o físicos para las personas, el medio ambiente y la operación segura del establecimiento.

El programa debe desarrollarse, implementarse y supervisarse en estricto apego a la legislación aplicable vigente, incluyendo normativas sanitarias, ambientales, de seguridad laboral, tanto federales como locales.

Se consideran como materiales, sustancias y residuos peligrosos aquellos que representan riesgos por su toxicidad, reactividad, inflamabilidad, radioactividad, capacidad infecciosa o cualquier otro atributo que pueda comprometer la seguridad. Entre ellos se incluyen: productos químicos, residuos patológicos, farmacéuticos peligrosos, químicos peligrosos, objetos punzocortantes, y residuos altamente infecciosos.

El programa debe iniciar con la identificación y clasificación de estos materiales, sustancias y residuos con los que cuenta el establecimiento, mediante un listado actualizado que indique su nivel de riesgo, ubicación y condiciones de almacenamiento. Para el uso seguro de estas sustancias, el establecimiento debe contar con las Hojas de Datos de Seguridad (HDS) correspondientes, las cuales deben incluir, en apego a la legislación aplicable vigente, al menos:

i. Nivel de toxicidad
ii. Peligros para la salud y el ambiente
iii. Recomendaciones para almacenamiento seguro
iv. Procesos de eliminación
v. Equipos de protección personal requeridos
vi. Medidas en caso de derrames o exposición

A partir de esta información, el programa debe integrar, al menos, los siguientes procesos:

a) Etiquetado e identificación adecuada de contenedores y materiales, sustancias y residuos peligrosos
b) Manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos
c) Uso correcto del EPP y procesos de protección durante el manejo, trasvase, derrame o exposición

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Medidas para minimizar riesgos ante derrames, fugas, exposiciones y demás incidentes.
e) Control y disposición final segura de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento donde se almacenen, utilicen, manipulen o desechen estos materiales, sustancias y residuos peligrosos. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan o generan, en un listado clasificado por nivel de riesgo y ubicación.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, que integra, al menos, los procesos descritos en los incisos a) al e) de la guía.
(3) El programa está implementado de forma sistemática en todas las áreas donde se almacenan, manipulan, utilizan o desechan materiales, sustancias o residuos peligrosos.
(4) Se cuenta con HDS actualizadas para todos los materiales, sustancias o residuos peligrosos identificadas, disponibles para el personal.
(5) Los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos están debidamente etiquetados, conforme a la normatividad aplicable vigente.
(6) Los procesos de manejo, almacenamiento, uso y disposición final de materiales, sustancias y residuos peligrosos se realizan de forma segura y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.
(7) Se han implementado medidas para minimizar los riesgos ante derrames, exposiciones y otros incidentes relacionados con materiales, sustancias y residuos peligrosos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado documentado y actualizado de materiales, sustancias y residuos peligrosos, clasificados por tipo, nivel de riesgo y ubicación.
- Programa institucional formalizado para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, que incluya procesos específicos

SIN VALIDEZ OFICIAL

- HDS disponibles, completas y actualizadas para todos los materiales y sustancias peligrosas manejadas en el establecimiento.
- Registros de capacitación al personal sobre el manejo seguro de materiales y residuos peligrosos, incluyendo uso de EPP y atención a derrames o exposiciones.
- Evidencia de etiquetado visible y correcto en los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
- Registros de incidentes o reportes internos relacionados con derrames, exposiciones u otros eventos, así como las acciones correctivas implementadas.
- Contrato o evidencia de disposición final segura y conforme a la legislación aplicable vigente, emitido por un proveedor autorizado (cuando aplique).
- Reportes de supervisión interna o externa del cumplimiento del programa en las áreas clínicas, administrativas y de soporte.

f. Estándar 6/22. Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, orientado a prevenir, contener y responder de manera segura y efectiva ante incidentes vinculados con fuego y/o humo. Este tipo de eventos representan un riesgo potencial de alto impacto en los establecimientos de atención médica, por lo que es indispensable implementar acciones preventivas para proteger a los ocupantes y restablecer las actividades después de que se presente uno de estos eventos.

El programa debe desarrollarse e implementarse con enfoque preventivo, aplicable a todas las áreas clínicas, administrativas y de soporte, y cumplir con la legislación aplicable vigente en materia de seguridad y protección civil.

El programa debe incluir, al menos, los siguientes procesos:

a) Identificación de áreas con mayor riesgo de incendio, considerando instalaciones, procesos, materiales involucrados, entre otros.
b) Prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como el manejo seguro de materiales inflamables y gases medicinales (oxígeno), así como la regulación de fuentes de ignición (mecheros, estufas, entre otros.).
c) Reducción de riesgos durante obras o remodelaciones en el establecimiento o en sus inmediaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Implementación de sistemas de detección temprana de fuego y humo.
e) Acciones para la contención y extinción de fuego y humo, incluyendo equipos, rutas, barreras, brigadas, entre otras.
f) Definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio.
g) Planeación de salidas seguras del establecimiento, con enfoque especial en pacientes en condiciones vulnerables, cuando corresponda.

Las acciones por implementar deben contribuir a facilitar una el tiempo suficiente para evacuar de manera segura y oportuna, considerando la protección de pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes.

Asimismo, el programa debe integrar:

i. Inspección, prueba y mantenimiento de sistemas de protección y seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, conforme a la legislación aplicable vigente
ii. Ejecución de simulacros del programa de manera parcial o total, al menos dos veces por año
iii. Participación de todo el personal en al menos un simulacro anual
iv. Capacitación continua del personal para evacuar y proteger a los pacientes de forma efectiva durante una emergencia
v. Vinculación y coordinación con apoyos externos disponibles en la comunidad, como servicios de emergencia, protección civil o bomberos

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, que incluye, al menos, los procesos descritos en los incisos a) al g) de la guía.
(2) El programa está implementado de forma sistemática en todas las áreas del establecimiento.
(3) Se realizan inspecciones, pruebas y mantenimiento de los sistemas de detección y extinción de incendios, con la frecuencia definida y conforme a la legislación aplicable vigente.
(4) El personal recibe capacitación para participar en el programa y actuar ante peligros relacionados con fuego y humo.
(5) Se realizan al menos dos simulacros por año, para probar total o parcialmente el programa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)Todo el personal participa, al menos una vez al año, en un simulacro.
(7)Las inspecciones, pruebas y mantenimientos son documentados.
(8)El establecimiento gestiona la vinculación con apoyos externos en la comunidad, como bomberos, protección civil u otras instancias, para la atención de emergencias por fuego y humo.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de seguridad contra fuego y humo, que incluya los procesos de prevención, detección, contención, evacuación y respuesta.
- Mapas de riesgo de incendio, con identificación de áreas críticas.
- Protocolos y/o procesos operativos estandarizados para:
  - Manejo seguro de materiales inflamables
  - Uso de gases medicinales
  - Contención y extinción de incendios
  - Evacuación de pacientes, especialmente en situación de vulnerabilidad
- Bitácoras o registros de inspección, prueba y mantenimiento de sistemas de detección y extinción de incendios (detectores, alarmas, extintores, gabinetes, sistemas fijos, etc.).
- Registros de participación del personal en simulacros, con fecha, alcance y resultados.
- Evidencia de realización de al menos dos simulacros anuales, y de la participación de todo el personal en al menos uno de ellos por año.
- Constancias o listas de asistencia a capacitaciones sobre evacuación, uso de extintores y respuesta ante incendios.
- Registros de coordinación o convenios con instancias externas, como bomberos, protección civil o cuerpos de emergencia.
- Actas o reportes de evaluación de simulacros, con hallazgos y acciones de mejora implementadas.
- Plan de continuidad o restablecimiento de operaciones post-incendio (cuando aplique).

g. Estándar 7/22. Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.

1. Guía.

La seguridad del equipo médico en un establecimiento de hemodiálisis no depende únicamente de su funcionamiento interno, sino también

SIN VALIDEZ OFICIAL

del entorno en el que opera. Factores como la calidad del suministro eléctrico, hidráulico, las condiciones de instalación, el acceso a planta de emergencia y uso adecuado del personal clínico pueden impactar directamente en la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

Se debe contar con un proceso sistemático para identificar, prevenir y mitigar los riesgos asociados al entorno físico, eléctrico e hidráulico, así como aquellos derivados de errores humanos en el uso de los equipos.

Entre los componentes clave de este proceso se encuentran:

a) Inspección técnica de la infraestructura eléctrica asociada al uso de equipo médico: verificación de polaridad de contactos eléctricos, tierra física, disponibilidad y conexión a planta de emergencia, tomas identificadas, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Evaluación de las condiciones del suministro hidráulico, especialmente para equipos que requieren agua tratada (p. ej., máquinas de hemodiálisis y sistemas STSA): presión, flujo, temperatura, limpieza de conexiones, cambio de filtros y mantenimiento de dispositivos de pretratamiento.
c) Identificación y análisis de incidentes adversos técnicos y errores del personal clínico relacionados con el uso inadecuado del equipo (por ejemplo, conexión en tomas erróneas, mal uso del panel de control, omisión de alarmas, uso incorrecto de accesorios, uso incorrecto de elementos susceptible de ser fracturados).
d) Verificación de que los equipos críticos están correctamente conectados a la planta de emergencia o a sistemas de respaldo en caso de falla del suministro eléctrico.
e) Implementación de medidas preventivas, incluyendo capacitación específica, revisiones programadas, control de accesos a áreas técnicas, señalización adecuada, y protocolos de contingencia.
f) Vinculación con los programas de mantenimiento e infraestructura, de modo que los riesgos detectados se integren a las acciones correctivas o de mejora continua.

La gestión de estos riesgos debe realizarse en coordinación entre el área técnica (ingeniería biomédica o mantenimiento), el personal clínico y los responsables de la infraestructura del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la identificación y control de riesgos relacionados con el entorno de operación del equipo médico (eléctrico, hidráulico, físico y humano).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se realizan inspecciones técnicas periódicas de las condiciones de conexión eléctrica del equipo médico, que incluyen:
(2.1)Pruebas de seguridad eléctrica
(2.2)Verificación de polaridad de contactos eléctricos.
(2.3)Pruebas de continuidad de tierra física.
(2.4)Confirmación de conexión a planta de emergencia para equipos críticos.

(3)Se realizan verificaciones periódicas del suministro hidráulico en los equipos que lo requieren (p. ej. máquinas de hemodiálisis), considerando presión, flujo, temperatura y condiciones del sistema de pretratamiento.

(4)Existen registros documentados de incidentes, fallas o errores de usuario relacionados con las condiciones del entorno o uso indebido del equipo médico.

(5)Se han implementado acciones preventivas o correctivas derivadas del análisis de riesgos del entorno (p. ej. reubicación de tomas, mantenimiento a instalaciones, capacitación focalizada).

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la identificación y mitigación de riesgos operativos relacionados con el entorno del equipo médico (eléctrico, hidráulico, estructural y de usuario).
- Registros de pruebas de seguridad eléctricas periódicas:
  - Verificación de polarización de tomas.
  - Pruebas de tierra física.
  - Confirmación de conexión a planta de emergencia o UPS para equipos críticos.
- Bitácoras o reportes de revisión del suministro hidráulico, incluyendo:
  - Presión de agua.
  - Flujo y temperatura en equipos conectados al STSA.
  - Estado de filtros o pretratamiento.
- Mapeo de riesgos técnicos por área, incluyendo identificación de zonas críticas y condiciones de instalación de alto riesgo.
- Registros de eventos o fallas operativas relacionadas con el entorno o errores de usuario (p. ej., uso en tomas inadecuadas, desconexiones por caída de tensión, daños por humedad o temperatura).
- Actas o reportes de acciones correctivas derivadas de hallazgos (p. ej., adecuaciones eléctricas, reubicación de equipos, instalación de protecciones, capacitación específica).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Constancias de capacitación al personal clínico y técnico sobre prevención de riesgos asociados al entorno de uso del equipo médico.

h. Estándar 8/22. Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.
– Indispensable –

1. **Guía.**

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con procesos de emergencia definidos, documentados y operativos para asegurar la continuidad de los servicios prioritarios para la operación en caso de falla, interrupción o contingencia. Estos procesos son esenciales para proteger la vida, salud y seguridad de pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y deben ejecutarse en cumplimiento con la legislación aplicable vigente en materia de seguridad, protección civil y continuidad operativa.

Los servicios prioritarios (como suministro de agua, electricidad, gases medicinales, ventilación y sistemas de comunicación) son indispensables para la atención clínica. Su interrupción, incluso temporal, puede comprometer seriamente la atención, por lo que deben existir fuentes alternas, sistemas de respaldo y protocolos de respuesta diseñados específicamente para el contexto operativo del establecimiento.

Como parte de la planeación ante emergencias, el establecimiento debe:

a) Identificar los equipos, áreas y sistemas, en los que una falla en los servicios prioritarios represente un riesgo elevado para la seguridad del paciente o del personal (por ejemplo: salas de tratamiento, equipos de hemodiálisis, STSA, refrigeración de medicamentos, iluminación de emergencia).
b) Evaluar y minimizar los riesgos de interrupción, mediante barreras preventivas, mantenimientos reforzados o redundancias.
c) Definir y documentar fuentes de emergencia viables para cada servicio prioritario relevante, incluyendo generadores eléctricos, cisternas, tanques de respaldo, líneas redundantes o convenios con terceros.
d) Probar periódicamente estas fuentes de emergencia, conforme a una frecuencia definida por el establecimiento, y con participación del personal técnico y clínico involucrado.
e) Documentar, analizar y retroalimentar los resultados de las pruebas, con el fin de implementar acciones de mejora, fortalecer la

SIN VALIDEZ OFICIAL

preparación y reducir los tiempos de respuesta ante emergencias reales.

Estos procesos deben estar integrados en el programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación, y coordinados con el plan general de continuidad operativa y atención ante emergencias del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado las áreas, sistemas y servicios que presentan mayor riesgo ante la interrupción o falla de los servicios prioritarios para la operación.

(2) Se han evaluado y se implementan medidas para minimizar los riesgos en dichas áreas.

(3) El establecimiento ha definido e implementado procesos de emergencia para prevenir y responder a fallas en los servicios prioritarios.

(4) Se han planificado fuentes de emergencia para cada uno de los servicios prioritarios críticos, según las necesidades del establecimiento.

(5) Se realizan pruebas periódicas para verificar la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia.

(6) Los resultados de las pruebas se documentan, se analizan y, cuando corresponde, se implementan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado de áreas y sistemas identificados como vulnerables ante fallas de servicios prioritarios (por ejemplo: sala de tratamiento, STSA, sistemas de refrigeración, comunicaciones, etc.).
- Evaluaciones de riesgo documentadas sobre fallas en servicios prioritarios, incluyendo análisis de impacto y medidas implementadas.
- Procesos o protocolos de emergencia definidos para cada tipo de servicio prioritario (agua, electricidad, gases, ventilación, datos), con responsables y acciones específicas.
- Registro de fuentes de respaldo disponibles, incluyendo:
  - Especificaciones técnicas (capacidad, autonomía, ubicación)
  - Evidencia de instalación y estado operativo
  - Planes de activación y operación
- Cronograma de pruebas programadas para fuentes de emergencia (por ejemplo, generadores, bombas, cisternas, líneas redundantes, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de pruebas realizadas, con resultados, observaciones y responsables.
- Análisis de resultados y reportes de seguimiento, con acciones correctivas o preventivas derivadas.
- Planes de mejora derivados de la revisión técnica de los resultados de pruebas de emergencia.
- Evidencia de capacitación del personal en protocolos de activación de fuentes de emergencia, evacuación y continuidad operativa.

i. Estándar 9/22. Programa para el manejo de emergencias externas.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un programa para el manejo de emergencias externas, diseñado para prever, preparar, responder y recuperar de eventos externos que puedan comprometer directa o indirectamente su operación, la atención a los pacientes o la seguridad del personal.

Este programa debe desarrollarse en función del contexto local y regional, considerando los riesgos geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y socio-organizativos a los que está expuesto el establecimiento, y conforme a la legislación aplicable vigente en materia de protección civil, salud pública y seguridad estructural.

El programa debe estar basado en un análisis de riesgos externo, realizado por un equipo multidisciplinario del establecimiento, y debe integrar al menos los siguientes procesos:

a) Determinación del tipo, probabilidad y consecuencias de peligros, amenazas y eventos que puedan generar una emergencia externa.
b) Definición del rol del establecimiento antes, durante y después de dichos eventos, incluyendo atención clínica, protección de recursos, evacuación, comunicación y recuperación.
c) Estrategias de comunicación interna y externa durante emergencias, incluyendo canales, responsables y mensajes clave.
d) Gestión de recursos durante la emergencia, incluyendo asignación de suministros críticos, uso de fuentes alternas y administración del personal.
e) Planeación de acciones para asegurar la continuidad de la atención clínica en escenarios adversos.
f) Identificación de lugares alternativos para la atención de pacientes, en caso de evacuación o daño estructural.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g) Asignación de roles y responsabilidades específicas al personal, según etapas y escenarios de la emergencia.
h) Capacitación del personal en su rol dentro del programa, así como en protocolos de seguridad, evacuación y recuperación.
i) Coordinación con instancias externas, como el Comité Estatal de Protección Civil, la Secretaría de Salud o servicios de emergencia.

El programa debe someterse a prueba al menos una vez cada doce meses, mediante simulacros diseñados según los eventos de mayor probabilidad. En caso de una emergencia real, el análisis formal de la respuesta institucional puede ser considerado como equivalente a una prueba del programa.

Los resultados de las pruebas o eventos reales deben ser analizados, documentados y retroalimentados para la mejora continua del programa.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado el programa para el manejo de emergencias externas con base en la identificación de riesgos externos geológicos, hidrometeorológicos, sanitario-ecológicos, químico-tecnológicos y socio-organizativos.
(2) El programa integra, al menos, los procesos descritos en los incisos a) a i) de la guía.
(3) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento.
(4) El programa se somete a prueba al menos una vez cada doce meses.
(5) El personal participa en al menos una prueba anual relacionada con emergencias externas.
(6) Los resultados de las pruebas o eventos reales se analizan y, cuando corresponde, se implementan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de manejo de emergencias externas, que incluya: análisis de riesgos, objetivos, procesos a seguir, roles del personal, rutas de comunicación, vinculación con instancias externas, planes de acción y recuperación.
- Análisis de riesgos externos documentado, clasificando amenazas geológicas, hidrometeorológicas, sanitario-ecológicas, químico-tecnológicas y socio-organizativas.
- Mapas de peligros, fichas técnicas o matrices de evaluación de riesgo que sustenten la priorización de escenarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de coordinación con instancias externas, como el Comité Estatal de Protección Civil, sector salud o cuerpos de emergencia.
- Registros de simulacros realizados en los últimos 12 meses, incluyendo:
  - Fecha y tipo de escenario probado.
  - Participación del personal.
  - Evaluación de resultados.
  - Acciones de mejora implementadas.
- Actas o minutas de reuniones de análisis posterior a simulacros o emergencias reales, con decisiones y compromisos de mejora.
- Registros de capacitación del personal sobre el programa, sus responsabilidades y protocolos de actuación en caso de emergencia.
- Indicadores de evaluación de capacidad de respuesta institucional, cuando estén definidos (por ejemplo: tiempo de evacuación, cumplimiento de procesos, participación).

j. Estándar 10/22. Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control en establecimientos de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento identifica y prioriza las infecciones relevantes en función del contexto clínico y epidemiológico del establecimiento de hemodiálisis, con el objetivo de implementar acciones para reducir riesgos, prevenir IAAS y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

Se deben considerar como prioridad las infecciones relacionadas con:

a) Dispositivos intravasculares invasivos, como los catéteres de acceso vascular utilizados en hemodiálisis.
b) Sitios de inserción o curación de accesos vasculares, donde el cuidado aséptico y la vigilancia son fundamentales.
c) Organismos multirresistentes y enfermedades infecciosas relevantes desde el punto de vista epidemiológico.
d) Infecciones emergentes o recurrentes en la comunidad, como brotes de enfermedades virales o bacterianas.

El establecimiento debe contar con un proceso de vigilancia activa, sistemática y proactiva para identificar tasas esperadas (endémicas), detectar brotes y responder oportunamente a eventos infecciosos dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido las prioridades del sistema de prevención y control de infecciones conforme a su contexto, incluyendo al menos del inciso a) al d) de la guía.

(2)Se cuenta con evidencia de la vigilancia epidemiológica sistemática y de las acciones definidas según las prioridades establecidas.

(A). Referencia de apoyo.

- Listados institucionales o matrices de priorización de IAAS vigentes, construidos con base en el análisis de riesgos del establecimiento de hemodiálisis y firmados por el Comité de Infecciones o autoridad designada.
- Protocolos o procesos internos que indiquen los criterios para definir prioridades en vigilancia de IAAS (por ejemplo: frecuencia, gravedad, potencial de brote, resistencia antimicrobiana, etc.).
- Evidencia documental de vigilancia epidemiológica activa y sistemática (listas de verificación, registros de tasas de IAAS, reportes mensuales o anuales).
- Actas o reportes del Comité de Prevención y Control de Infecciones, donde se revise y apruebe la priorización y se dé seguimiento a infecciones de mayor relevancia.
- Registros de investigación de brotes o eventos inusuales, que documenten el seguimiento de infecciones emergentes, multirresistentes o eventos de notificación obligatoria.

k. Estándar 11/22. Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención. – Indispensable –

1. Guía.

Las medidas de precaución estándar son la base de la prevención y control de infecciones en cualquier establecimiento de atención médica, incluidas los establecimientos de hemodiálisis. Estas medidas se aplican de forma universal, sin importar el diagnóstico del paciente, y buscan minimizar la transmisión de agentes infecciosos tanto al personal como a otros pacientes y visitantes.

En particular, estas precauciones son críticas en establecimientos de hemodiálisis por la frecuencia de exposición a sangre, catéteres, y otras vías de contacto directo. Las medidas estándar incluyen:

a) Higiene de manos (conforme al programa integral de higiene de manos alineado a la AESP 5).

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Uso correcto de equipo de protección personal (guantes, batas, mascarillas, protección ocular).
c) Manejo seguro de objetos punzocortantes.
d) Prácticas adecuadas para el manejo de superficies, ropa, dispositivos reutilizables y desechos contaminados.
e) Educación continua al personal sobre su correcta aplicación.

El establecimiento identifica las situaciones clínicas y operativas que requieren estas medidas y garantiza que el personal esté capacitado y supervisado de forma continua. El sistema para la prevención y control de infecciones es responsable de coordinar estas acciones y vigilar su cumplimiento como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

La higiene de manos es la piedra angular del control de infecciones, y su cumplimiento debe formar parte de las auditorías, capacitaciones y supervisión institucional. El establecimiento debe asegurar que se implemente un programa integral de higiene de manos, el cual esté coordinado desde el sistema para la prevención y control de infecciones y forme parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas son atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y buenas prácticas recomendadas. Se implementan medidas para su aislamiento respecto de pacientes inmunocomprometidos y del personal expuesto.

(2) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia para el manejo de una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas, acorde a su capacidad operativa y a los niveles de riesgo.

(3) El establecimiento identifica las situaciones en las que se requiere el uso de equipo de protección personal, asegura su disponibilidad y capacita al personal en su uso correcto.

(4) El sistema de prevención y control de infecciones supervisa y coordina el programa integral de higiene de manos, en concordancia con la AESP 5.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales de manejo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, que incluyan medidas de aislamiento, uso de EPP y rutas de atención diferenciadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Manual de prevención y control de infecciones, lineamientos internos de bioseguridad, algoritmos clínicos por patología infecciosa.
- Plan operativo institucional para la atención de afluencia de pacientes con enfermedades transmisibles.
- Procesos de contingencia epidemiológica, plan de respuesta ante brotes, flujogramas de escalamiento operativo.
- Registros de capacitación al personal sobre precauciones estándar, uso de EPP y manejo de pacientes inmunocomprometidos: Listas de asistencia, materiales didácticos, evaluaciones de competencia.
- Evidencia de implementación y supervisión del programa integral de higiene de manos, en coordinación con el sistema de prevención de infecciones.
- Informes del sistema de vigilancia epidemiológica local, incluyendo tasas de IAAS, auditorías de cumplimiento y mejoras implementadas.

I. Estándar 12/22. Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos. – Indispensable –

1. Guía.

La adecuada limpieza, desinfección y esterilización de materiales, dispositivos y equipos médicos es fundamental para prevenir infecciones asociadas a la atención de la salud. En los establecimientos de hemodiálisis, esto cobra especial relevancia dada la frecuencia de procedimientos invasivos, el uso repetido de dispositivos y el riesgo potencial de exposición a agentes patógenos.

El establecimiento debe asegurar que:

a) Todos los procesos de limpieza, desinfección y esterilización se lleven a cabo conforme a protocolos estandarizados y evidencia científica.
b) Se implementan barreras de seguridad que minimicen el riesgo de contaminación cruzada.
c) Se supervisa periódicamente el cumplimiento de estos procesos, ya sean realizados internamente o por proveedores subrogados.

Estos procesos pueden darse en áreas centralizadas de esterilización o en sitios descentralizados (como consultorios, salas de procedimientos o áreas especializadas). En todos los casos deben aplicarse los mismos criterios de calidad y seguridad, incluyendo:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Validación del proceso de esterilización con indicadores físicos, químicos o biológicos según corresponda.
ii. Registro documentado de cada ciclo de esterilización.
iii. Trazabilidad del instrumental reutilizable.
iv. Capacitación continua del personal responsable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales, dispositivos y equipos, tanto en servicios centralizados como descentralizados, según el tipo de insumo y su nivel de riesgo.
(2) Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización están sujetos a supervisión periódica, conforme a un plan coordinado por el sistema para la prevención y control de infecciones.
(3) El personal responsable de realizar estos procesos ha sido capacitado conforme a su función y demuestra competencia en la aplicación segura y eficaz de los métodos establecidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales de limpieza, desinfección y esterilización, incluyendo validación y registros de control.
- Evidencia de capacitación y competencias del personal responsable:
- Listas de asistencia, evaluaciones de competencia, manuales de entrenamiento específicos para el tipo de equipo procesado.
- Supervisión de proveedores subrogados:
- Contratos, auditorías y evidencia documental de cumplimiento de estándares de control de infecciones.

m. Estándar 13/22. Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso. – Indispensable –

1. Guía.

El uso inadecuado o la reutilización no controlada de dispositivos marcados como “de un solo uso” incrementa el riesgo de infecciones en los pacientes y el personal. En el contexto de un establecimiento de hemodiálisis, algunos dispositivos podrían considerarse reutilizables bajo condiciones específicas, principalmente por criterios de disponibilidad, costo o sostenibilidad operativa.
El establecimiento, a través del sistema para la prevención y control de infecciones, debe:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Identificar los dispositivos de un solo uso que serán reutilizados, justificando técnica y operativamente su decisión.
b) Elaborar un listado validado de estos dispositivos, incluyendo criterios claros para su uso seguro.
c) Definir e implementar procesos para:
   i. Establecer el número máximo de reutilizaciones permitidas.
   ii. Verificar signos de desgaste o deterioro que impidan su uso posterior.
   iii. Aplicar técnicas de limpieza, desinfección y esterilización específicas para cada tipo de dispositivo reutilizado.
   iv. Registrar y analizar datos relacionados con los dispositivos reutilizados, como efectos adversos, número de reutilizaciones y rechazos por deterioro.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado un listado de materiales y dispositivos de un solo uso que pueden ser reutilizados, conforme a criterios técnicos, operativos y de seguridad.

(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el reúso seguro de dispositivos de un solo uso, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

(2.1) El número máximo de reutilizaciones permitidas por tipo de dispositivo.
(2.2) Los criterios de desgaste o deterioro para suspender su uso.
(2.3) Los procesos específicos de limpieza, desinfección y esterilización.
(2.4) El monitoreo y análisis de datos relacionados con los dispositivos reutilizados.

(3) El proceso se aplica conforme a lo definido por el establecimiento y se supervisa su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional validado de dispositivos de un solo uso autorizados para reúso, con justificación técnica y aprobación del comité de control de infecciones o equivalente.
- Protocolos documentados que incluyan:
  - Número máximo de reutilizaciones por tipo de dispositivo.
  - Indicadores de deterioro físico o funcional.
  - Procesos de limpieza, desinfección y/o esterilización.
- Formatos de registro de control de reutilización por lote o dispositivo individual (bitácoras, etiquetas, códigos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de capacitación al personal sobre el manejo, trazabilidad y riesgos asociados al reúso.
- Resultados de auditorías internas sobre el cumplimiento del proceso de reúso seguro.

n. Estándar 14/22. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, el adecuado manejo de la ropa hospitalaria —incluyendo sábanas, batas, toallas, uniformes, campos, entre otros insumos textiles— es esencial para reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención. Esto aplica tanto a ropa limpia como a la sucia o contaminada, y abarca desde su uso inicial hasta su disposición final o reprocesamiento.

El establecimiento debe definir procesos para garantizar el manejo seguro e higiénico de la ropa, que incluyan al menos las siguientes actividades:

a) Clasificación, recolección y confinamiento inmediato de ropa sucia y/o contaminada en contenedores específicos.
b) Transporte interno seguro, evitando el contacto con superficies limpias o materiales estériles.
c) Lavado, desinfección y secado de la ropa (ya sea en servicios internos o subrogados), conforme a protocolos que aseguren la eliminación de microorganismos.
d) Almacenamiento y distribución de ropa limpia en condiciones que eviten su contaminación.
e) Separación física y lógica de los flujos de ropa limpia y sucia.
f) Capacitación continua al personal sobre las medidas de prevención y control de infecciones relacionadas con el manejo de ropa.
g) Supervisión periódica del cumplimiento de los procesos establecidos.

Cuando el establecimiento subroga el servicio de lavandería, debe establecer especificaciones contractuales claras, alineadas con estándares de calidad e higiene, y mecanismos de supervisión continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos seguros para el manejo de la ropa limpia, sucia y contaminada, que incluyen lavado, transporte, almacenamiento y confinamiento, minimizando los riesgos de infección para pacientes y personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Los procesos están diseñados para reducir el riesgo de contaminación cruzada y prevenir infecciones.
(3) El establecimiento supervisa de forma periódica el cumplimiento de los procesos relacionados con el manejo de la ropa.
(4) Cuando el servicio de manejo de ropa es subrogado, se han definido y se supervisan las especificaciones de calidad e higiene, conforme a lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional de manejo de ropa hospitalaria, que incluya rutas, barreras, puntos de control, y protocolos de separación de ropa limpia y contaminada.
- Formatos de registro de limpieza, recolección, entrega y supervisión de la ropa.
- Bitácoras de supervisión periódica, evidencias de auditorías internas o externas.
- Contrato y especificaciones técnicas con el proveedor subrogado (cuando aplique), incluyendo indicadores de cumplimiento.

o. Estándar 15/22. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis generan de forma constante residuos considerados peligrosos y con riesgo biológico-infeccioso, como agujas, materiales contaminados con sangre, dializadores, líneas de hemodiálisis, gasas, guantes, entre otros. Su manejo adecuado es fundamental para prevenir infecciones en pacientes, personal y comunidad.

El establecimiento debe implementar procesos que aseguren la gestión segura de estos residuos, desde su generación hasta su disposición final, incluyendo las siguientes fases:

a) Identificación y segregación desde el punto de origen.
b) Envasado, etiquetado y almacenamiento temporal conforme a normativa.
c) Recolección, transporte interno y externo seguro.
d) Destino final por proveedor autorizado.

Además, el personal clínico y no clínico con riesgo de exposición a RPBI, especialmente por objetos punzocortantes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso seguro para el manejo de los RPBI, que contempla la identificación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El personal clínico y no clínico está capacitado en el manejo seguro de RPBI y en la prevención de accidentes relacionados con objetos punzocortantes.

(3) El establecimiento cuenta con protocolos implementados para la atención y seguimiento de accidentes con punzocortantes.

(4) Cuando se subrogan servicios relacionados con el manejo y disposición final de RPBI, se definen especificaciones de calidad y se supervisa su cumplimiento.

(5) Si corresponde al contexto del establecimiento, el manejo de sangre y hemoderivados se realiza conforme a buenas prácticas, minimizando riesgos de contagio.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional para el manejo de RPBI (identificación, envasado, recolección, transporte y disposición final).
- Registro de capacitación al personal sobre manejo de RPBI y prevención de accidentes con punzocortantes.
- Reportes de incidentes con objetos punzocortantes y evidencia de su seguimiento.
- Contratos o convenios con proveedores subrogados del servicio de recolección, transporte y disposición final de RPBI.
- Lista de verificación y resultados de supervisión a servicios subrogados.
- Contenedores etiquetados y ubicados correctamente según clasificación de residuos.
- Bitácoras de recolección y entrega a empresa subrogada con trazabilidad.
- Procedimiento documentado para la atención de exposiciones a sangre o fluidos corporales.

p. Estándar 16/22. Reducción del riesgo de infección mediante el mantenimiento y control de ingeniería de infraestructura crítica.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, el adecuado mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas e infraestructura sanitaria —incluyendo el equipo médico, sistemas de ventilación, agua y

SIN VALIDEZ OFICIAL

superficies— es esencial para garantizar un entorno seguro, prevenir la proliferación de microorganismos y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención.

Este tipo de mantenimiento debe considerar procesos técnicos y controles de ingeniería que aseguren:

a) La calidad del aire y ventilación adecuada en áreas clínicas.
b) El control térmico ambiental para prevenir condiciones favorables al crecimiento microbiano.
c) La correcta operación y calibración de termostatos y sistemas de refrigeración que almacenan insumos y medicamentos.
d) La calidad del agua utilizada en los procesos clínicos, especialmente en la preparación de concentrados de hemodiálisis y limpieza de equipos.
e) El estado óptimo de superficies, drenajes, lavamanos y estructuras con contacto directo o indirecto con personal, pacientes o insumos.

La implementación de estas medidas debe realizarse a través de personal con competencias técnicas comprobables y conforme a la legislación aplicable vigente. Cuando estos servicios son proporcionados por terceros, el establecimiento debe establecer especificaciones técnicas de calidad y realizar supervisión regular para asegurar el cumplimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles de ingeniería de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones.
(2) El proceso define lo mencionado en los incisos a) al e) de la guía.
(3) El mantenimiento y los controles de ingeniería son realizados por personal con las competencias necesarias, conforme a lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.
(4) Cuando estos servicios son proporcionados por terceros, se han definido especificaciones técnicas de calidad que son supervisadas de forma periódica por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para el mantenimiento preventivo y correctivo de:
  - Sistemas de ventilación, aire acondicionado y filtros HEPA.
  - Calentadores y termostatos para procesos de limpieza y desinfección.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Equipos de refrigeración utilizados en áreas clínicas y alimentarias.
- Sistemas de purificación o tratamiento de agua (ósmosis inversa, rayos UV, etc.).

- Reportes de mantenimiento técnico y bitácoras de calibración de equipos biomédicos y de ingeniería.
- Contratos o convenios con proveedores de servicios subrogados, con cláusulas de control de calidad.
- Listados de responsables técnicos con evidencia de competencia o acreditación.
- Registros de cumplimiento de estándares de control ambiental en áreas críticas (temperatura, humedad relativa, presión, etc.).

q. Estándar 17/22. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los alimentos para la prevención de infecciones.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, el manejo higiénico de alimentos representa una medida crítica para reducir el riesgo de infecciones gastrointestinales o brotes transmitidos por alimentos.

El riesgo aumenta cuando los alimentos son almacenados, manipulados, preparados o transportados de forma inadecuada, sin cumplir con controles de temperatura, higiene del personal o separación de alimentos crudos y cocidos, entre otros aspectos clave.

El establecimiento debe implementar un proceso seguro que incluya al menos:

a) La recepción, conservación, preparación, transporte, distribución y entrega de los alimentos bajo condiciones sanitarias apropiadas.
b) La separación de áreas limpias y sucias, evitando la contaminación cruzada.
c) La vigilancia de temperaturas seguras de cocción, refrigeración y recalentamiento.
d) El control de insumos y condiciones del área de cocina o preparación.
e) El uso de agua potable y utensilios desinfectados para la preparación y servicio de alimentos.
f) La capacitación continua del personal en prácticas seguras de higiene alimentaria.

Cuando el servicio es brindado por un proveedor externo (subrogado), se deben definir especificaciones claras de calidad e inocuidad alimentaria y establecer un esquema de supervisión institucional para garantizar el cumplimiento de dichas condiciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Todas las acciones deben implementarse conforme a la legislación aplicable vigente y a las buenas prácticas de higiene alimentaria reconocidas.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha implementado un proceso seguro para el manejo de alimentos que minimiza el riesgo de infección, en todas las etapas: recepción, almacenamiento, preparación, transporte, distribución y entrega. (Si corresponde al contexto del establecimiento).

(2)Los alimentos se almacenan bajo condiciones sanitarias adecuadas que minimizan el riesgo de contaminación cruzada o deterioro.

(3)Los alimentos se preparan en condiciones higiénicas que reducen el riesgo de contaminación microbiológica o química.

(4)Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y a lo establecido por el establecimiento.

(5)La distribución de los alimentos garantiza la conservación de condiciones sanitarias y control de temperatura, conforme a la normativa vigente.

(6)El personal involucrado en el manejo de alimentos está capacitado en prácticas seguras de higiene alimentaria.

(7)Se realiza de forma sistemática el control microbiológico del personal que participa en la preparación de alimentos. (Si corresponde al tipo de establecimiento).

(8)Se implementan controles de calidad del agua usada en la preparación de alimentos, incluyendo el nivel de cloración y búsqueda de microorganismos relacionados con infecciones gastrointestinales o brotes. (Si corresponde al contexto del establecimiento).

(9)Si los servicios de alimentación son provistos por terceros, se definen especificaciones de calidad e inocuidad alimentaria y se supervisa su cumplimiento. (Si aplica).

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamientos o políticas institucionales sobre manejo higiénico de alimentos en establecimientos de salud, que incluyan protocolos de almacenamiento, preparación, transporte y distribución.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Capacitaciones al personal sobre higiene alimentaria, inocuidad, control de temperaturas, lavado de manos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Registros documentados de monitoreo microbiológico del personal de cocina, especialmente en establecimientos con preparación propia.
- Controles de calidad del agua utilizados en el servicio de alimentos: bitácoras de nivel de cloración y búsqueda de microorganismos (p. ej., *Salmonella spp., E. coli, Listeria spp.*).
- Etiquetado y trazabilidad de productos de nutrición enteral conforme a manuales del fabricante y al procedimiento del establecimiento.
- Contrato o acuerdos con servicios subrogados que especifiquen estándares de calidad e higiene, con evidencia de supervisión y evaluación periódica.

r. Estándar 18/22. Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.

1. Guía.

Las actividades de construcción, remodelación o adecuación dentro de los establecimientos de hemodiálisis generan polvo, escombros, humedad y condiciones propicias para la dispersión de microorganismos ambientales como hongos del género *Aspergillus*, elevando significativamente el riesgo de infecciones nosocomiales.

Para mitigar estos riesgos, el establecimiento debe implementar un proceso proactivo que contemple:

a) La planificación previa de toda obra, independientemente de su magnitud.
b) La evaluación de riesgos específica, basada en el tipo y duración de la obra, su ubicación dentro del establecimiento, la población expuesta (especialmente pacientes inmunocomprometidos), y la posibilidad de generar aerosoles o escombros contaminantes.
c) La identificación de medidas de control durante cada etapa de la obra, como aislamiento físico, rutas alternas de circulación, monitoreo ambiental, barreras plásticas, filtros HEPA, presión negativa, limpieza frecuente y educación al personal involucrado.
d) La coordinación entre áreas clínicas, administrativas, técnicas y de mantenimiento para garantizar que las medidas preventivas se integren sin afectar la operación del establecimiento ni la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cuando estas actividades son realizadas por proveedores externos, se deben definir claramente las especificaciones de seguridad en los contratos y dar seguimiento a su cumplimiento conforme a los protocolos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para evaluar de forma proactiva los riesgos de infección asociados a actividades de construcción, remodelación o adecuación, antes de que estas se lleven a cabo. Este proceso incluye:
- (1.1) Identificación del tipo, duración y ubicación de la obra.
- (1.2) Evaluación de la población expuesta y las condiciones clínicas del entorno.
- (1.3) Identificación de rutas críticas y medidas de contención.

(2)Se implementan medidas preventivas y de mitigación de riesgos durante las actividades de construcción, remodelación o adecuación, tales como:
- (2.1) Aislamiento de áreas en obra.
- (2.2) Control de partículas y polvo (barreras físicas, presión negativa, filtros, etc.).
- (2.3) Limpieza frecuente y rutas alternas.
- (2.4) Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las medidas.

(3)Cuando las actividades son ejecutadas por un proveedor externo, el establecimiento establece especificaciones de seguridad que se supervisan de acuerdo con los lineamientos definidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la evaluación de riesgos en obras y remodelaciones.
- Matriz de análisis de riesgo por área o tipo de obra.
- Registros de implementación de barreras físicas, señalización y medidas de mitigación.
- Actas de supervisión o auditoría durante el periodo de intervención.
- Evidencia fotográfica de áreas intervenidas antes, durante y después de la obra.

SIN VALIDEZ OFICIAL

s. Estándar 19/22. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis que manejan medicamentos o vacunas deben reconocer que algunos de estos procesos pueden representar un riesgo para la transmisión de infecciones. Por ejemplo:

a) El almacenamiento en condiciones inadecuadas.
b) La preparación en espacios no higiénicos.
c) El mal uso de frascos multidosis.
d) La pérdida de la cadena de frío en vacunas y medicamentos termoestables.
e) El uso de jeringas, diluyentes o soluciones contaminadas.

El establecimiento debe definir e implementar medidas preventivas que garanticen el manejo seguro desde la perspectiva del control de infecciones. Esto implica procesos que consideren:

i. Condiciones ambientales adecuadas en el almacenamiento y preparación.
ii. Buenas prácticas de higiene y asepsia.
iii. Condiciones y límites para el uso de medicamentos multidosis.
iv. Control de cadena de frío y registros de temperatura.
v. Supervisión y evaluación periódica de cumplimiento.

Estas acciones deben formar parte del sistema para la prevención y control de infecciones y estar alineadas a los principios de bioseguridad y legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica los procesos de medicación que representan riesgos de infección.

(2) Se han definido medidas de prevención y control de infecciones para los procesos identificados, incluyen al menos los relacionados con el almacenamiento, preparación y administración de medicamentos y vacunas.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la preparación y administración de medicamentos en condiciones higiénicas, que incluya evidencia del diseño del área, limpieza y verificación de insumos antes de su uso.
- Registros de temperatura de almacenamiento en refrigeradores de medicamentos y vacunas, incluyendo

SIN VALIDEZ OFICIAL

bitácoras y gráficas de monitoreo continuo (manual o automatizado), conforme a los lineamientos técnicos.

- Capacitación documentada al personal clínico y no clínico involucrado en los procesos sobre:
  - Uso seguro de frascos multidosis.
  - Manejo de vacunas y medicamentos refrigerados.
  - Técnicas de higiene en la preparación y administración de medicamentos.
- Formato de reporte y evaluación de condiciones del entorno de preparación de medicamentos (checklists, auditorías internas o supervisiones del área de calidad).
- Fotografías o esquemas del área física donde se preparan medicamentos que evidencien cumplimiento de condiciones higiénicas, señalización y uso de insumos seguros.

t. Estándar 20/22. Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte.

1. Guía.

El ambiente físico del establecimiento puede ser un reservorio o vía de transmisión de microorganismos patógenos si no se mantienen condiciones adecuadas de higiene y desinfección de los establecimientos de hemodiálisis. Esto incluye tanto las instalaciones tanto áreas clínicas como no clínicas, y los medios de transporte utilizados para la atención de pacientes, personal o insumos, como camillas, sillas de ruedas, entre otros.

El establecimiento debe definir e implementar procesos sistemáticos y seguros de limpieza y desinfección de todas las áreas y superficies inertes, que incluyan:

a) Zonas clínicas (salas de tratamiento, salas de espera, estaciones de enfermería, consultorios, etc.).
b) Zonas comunes y áreas de tránsito de pacientes, cuidadores primarios, visitantes y personal.
c) Superficies de contacto frecuente (mesas, barandales, escritorios, perillas, interruptores, etc.).
d) Medios de transporte (camillas, sillas de ruedas, mobiliario, entre otros).

Los procesos deben adaptarse al nivel de riesgo de cada área, frecuencia requerida, productos utilizados y técnica de limpieza. Además, deben contemplar:

i. Capacitación al personal de limpieza (propio o subrogado).
ii. Supervisión periódica de la calidad del servicio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iii. Protocolos escritos basados en evidencia y legislación aplicable vigente.

Cuando el servicio de limpieza o desinfección es proporcionado por un servicio subrogado, el establecimiento debe definir especificaciones de calidad y supervisar su cumplimiento conforme a los lineamientos establecidos por el componente de Liderazgo y Gobernanza.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de limpieza y desinfección adecuados para cada área y servicio, incluyendo superficies inertes y medios de transporte, de manera que se minimicen los riesgos de infección.

(2) El establecimiento supervisa la correcta ejecución de las actividades de limpieza y desinfección conforme a los procesos establecidos.

(3) Cuando el servicio es subrogado, se han definido especificaciones de calidad y se supervisa su cumplimiento conforme a lo establecido.

(A). Referencia de apoyo

- Programa institucional de limpieza y desinfección que establezca protocolos según las instalaciones (áreas), incluyendo frecuencia, productos, técnicas y responsables.
- Formatos de supervisión y verificación de limpieza por turno y por área, firmados por personal responsable (propio o subrogado).
- Registros de limpieza y desinfección de superficies inertes (camillas, sillas de ruedas, mesas, barandales, etc.)
- Protocolos de limpieza y desinfección de medios de transporte,
- Contratos o convenios con proveedores de servicios subrogados de limpieza, que incluyan cláusulas de calidad, supervisión, indicadores y sanciones.
- Capacitación al personal de limpieza (propio o subrogado) sobre técnicas de desinfección, uso de productos, riesgos biológicos y prevención de infecciones, con lista de asistencia y constancias.
- Informe de evaluación interna del cumplimiento del programa de limpieza y desinfección, emitido por el comité o sistema para la prevención y control de infecciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

u. Estándar 21/22. Control de la calidad del agua para terapia de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

La seguridad microbiológica y química del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis es crítica para prevenir infecciones y complicaciones graves en los pacientes. El agua es el principal insumo en los tratamientos de hemodiálisis. Por ello, los establecimientos deben implementar medidas de control que aseguren que el agua utilizada cumpla con los parámetros físico-químicos y microbiológicos definidos por la legislación aplicable vigente, y que esta calidad se mantenga de manera continua durante toda la operación del sistema de tratamiento, distribución y uso clínico del agua.

Por ello, es indispensable establecer mecanismos de vigilancia de la calidad, prevención y respuesta ante posibles alteraciones en sus parámetros microbiológicos y físico-químicos.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso para:

a) El control periódico de la calidad microbiológica y fisicoquímica del agua utilizada en la preparación de soluciones de diálisis, concentrados y en el reprocesamiento de dializadores, mediante la toma de muestras en puntos específicos del sistema y en la entrada del equipo de reprocesamiento de dializadores, enviándolas a laboratorios autorizados para su análisis.
b) La notificación de desviaciones o hallazgos críticos al equipo clínico y directivo.
c) La implementación de acciones correctivas y preventivas cuando se identifiquen riesgos o incumplimientos.
d) La supervisión periódica del funcionamiento de los equipos de tratamiento de agua y su mantenimiento preventivo y correctivo.

La supervisión y documentación periódica de la calidad del agua debe formar parte del sistema para la prevención y control de infecciones, e incluir la capacitación del personal responsable en el manejo, monitoreo y acciones correctivas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el control de la calidad del agua utilizada en hemodiálisis, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.

(2) El establecimiento cuenta con registros de monitoreo, interpretación de resultados y acciones derivadas cuando existen desviaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)La calidad del agua es verificada de forma periódica y se definen dentro del proceso acciones inmediatas cuando se detectan resultados fuera de los rangos aceptables.
(4)El personal encargado del monitoreo del sistema de tratamiento de agua está capacitado y cuenta con evidencia documental de su formación.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros de monitoreo fisicoquímico y microbiológico del agua para hemodiálisis.
- Procesos estandarizados para el manejo del sistema de tratamiento de agua.
- Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de agua.
- Resultados de auditorías internas o externas sobre cumplimiento de calidad del agua.
- Evidencia de capacitación al personal responsable del tratamiento y vigilancia del agua.
- Reportes de acciones correctivas ante desviaciones detectadas.

v. Estándar 22/22. Garantía de la calidad del agua para procedimientos de hemodiálisis.

1. Guía.

La calidad del agua para hemodiálisis representa un componente crítico en la seguridad del paciente, debido a la elevada exposición a este insumo durante cada sesión. Un paciente en esta terapia consume en una sola sesión el equivalente a lo que una persona sana bebería en 80 días, y en un año de tratamientos promedio lo consumido en 32 años, por lo que un paciente en un promedio de 2.5 años de sesiones promedio consumirá lo equivalente a lo consumido en 82 años de consumo normal. Por tanto, garantizar que el agua cumpla con parámetros microbiológicos y fisicoquímicos estrictos es esencial para prevenir complicaciones graves, incluyendo infecciones, toxicidad por metales pesados y reacciones pirogénicas.

El establecimiento debe contar con un proceso para asegurar la calidad del agua utilizada en los tratamientos de hemodiálisis, que contemple tanto la validación de la fuente de abastecimiento como el tratamiento, monitoreo, control, desinfección y respuesta ante desviaciones, conforme a la legislación aplicable vigente y estándares nacionales e internacionales.

El proceso debe contemplar al menos los siguientes elementos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a. La identificación de la calidad del agua cruda de entrada, considerando su origen (red pública, pozo profundo, cisterna, entre otros), asegurando que cuente con cloración previa, y cumpla con los límites permisibles establecidos por la regulación vigente.
b. El diseño, operación y mantenimiento de un sistema de tratamiento de agua que incluya etapas múltiples: ósmosis inversa, filtración, carbón activado, filtros de resina (deshionizadores) y control de endotoxinas en el sistema de salida del sistema de reserva de agua tratada y en el caso de las unidades que realicen proceso de reúso de filtros en el loop de reúso si este es independiente al abastecimiento del loop de los equipos de hemodiálisis. Establecer por diseño la frecuencia de cambio de filtros de endotoxinas, aereación, membranas y cargas del sistema de tratamiento de agua acorde a las necesidades de la clínica de producción y consumo, garantizando una reducción efectiva de contaminantes.
c. La implementación de un monitoreo sistemático de parámetros microbiológicos (carga bacteriana, endotoxinas) y fisicoquímicos (dureza, conductividad, cloruros, metales pesados, entre otros), con frecuencias definidas, puntos críticos establecidos y límites de seguridad.
d. La activación de alertas preventivas cuando los valores se aproximen a los límites críticos, y la ejecución inmediata de acciones correctivas en caso de desviación.
e. La desinfección programada del sistema de agua, con al menos dos agentes químicos en rotación, verificando su aplicación efectiva y validando los resultados mediante controles posteriores.
f. La definición de un protocolo de contingencia documentado para suspender tratamientos, informar a los pacientes, activar planes de referencia y notificar a las autoridades cuando los resultados indiquen un riesgo.
g. La documentación sistemática de los resultados del monitoreo, la trazabilidad de las acciones realizadas y el análisis de tendencias, que permitan mejorar continuamente el sistema de agua y garantizar la seguridad en los tratamientos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso integral para garantizar la calidad del agua utilizada en procedimientos de hemodiálisis, alineado a la legislación aplicable vigente.

(2) El proceso contempla, al menos, los elementos a) al g) definidos en la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3) El establecimiento realiza y documenta al menos una vez al año la tipificación del agua cruda de entrada (análisis microbiológico, fisicoquímico y metales pesados) y actualiza esta caracterización cuando cambia el proveedor de agua.
(4) El sistema de tratamiento de agua cuenta con documentación técnica, evidencia de mantenimiento, validación funcional y está diseñado conforme a etapas múltiples, incluyendo prefiltros, ósmosis inversa y filtros de endotoxinas.
(5) Se realiza monitoreo mensual de carga bacteriana y endotoxinas en puntos definidos, con límites de seguridad y alertas preventivas (UFC ≤100 y endotoxinas ≤0.25 EU/ml).
(6) Se realiza monitoreo fisicoquímico con una periodicidad mínima semestral o conforme al riesgo identificado, y se evalúan parámetros críticos conforme a la legislación aplicable.
(7) Se implementa un programa de desinfección del sistema post-osmosis con periodicidad mínima mensual o conforme al riesgo, documentando el tipo de agente, concentración, tiempo de contacto y recirculación.
(8) Se valida anualmente la eficacia de la desinfección mediante controles microbiológicos y de endotoxinas posteriores a cada agente químico utilizado.
(9) El establecimiento cuenta con un plan de contingencia documentado para situaciones en las que se superen los límites de seguridad establecidos para la calidad del agua.
(10) El establecimiento supervisa y evalúa periódicamente la calidad del agua, y utiliza los hallazgos para implementar acciones de mejora continua.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la gestión de la calidad del agua en hemodiálisis.
- Reportes anuales de análisis del agua cruda.
- Curva de cloración anual de la fuente de abastecimiento.
- Bitácoras de mantenimiento del sistema de tratamiento.
- Reportes de monitoreo microbiológico y fisicoquímico con sus respectivas tendencias.
- Procedimientos de desinfección y registros de ejecución.
- Reportes de validación post-desinfección.
- Plan de contingencia institucional documentado.
- Registros de capacitación del personal técnico responsable del sistema de agua.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

IX. EJE ESTRUCTURAL: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

La atención clínica es el núcleo de la misión de cualquier establecimiento de salud. Este eje estructural evalúa la calidad técnica, humana y segura de los servicios prestados, con énfasis en la atención centrada en la persona, la práctica basada en evidencia, la prevención de eventos adversos y el respeto a los derechos de los pacientes. La atención debe ser efectiva, equitativa, oportuna, continua y ética.

Componente	Estándar	
A. Valoración	1	Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.
	2	Priorización de pacientes ante contingencias en la programación del tratamiento.
	3	Comunicación de la información en el proceso de admisión
	4	Reducción de barreras para el acceso a la atención.
	5	Valoración inicial del paciente.
	6	Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.
	7	Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.
	8	Valoración del dolor en pacientes.
	9	Valoración de los factores de riesgo social.
	10	Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.
	11	Valoración de factores de riesgo psicológico.
	12	Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.
	13	Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.
	14	Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.
	15	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.
	16	Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.
B. Diagnóstico	1	Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.
	2	Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio.
	3	Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.
	4	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.
	5	Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.
	6	Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Diagnóstico	7	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.
C. Evaluación	1	Reevaluación clínica periódica de los pacientes.
	2	Monitorización clínica de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
D. Intervención o tratamiento	1	Planeación individualizada de la atención al paciente.
	2	Participación activa del paciente en los procesos de atención.
	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.
	4	Participación de terceros en el proceso educativo.
	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.
	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.
	7	Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.
	8	Protección de la privacidad del paciente durante la atención.
	9	Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes
	10	Documentación de indicaciones clínicas.
	11	Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.
	12	Proceso para la obtención del consentimiento informado.
	13	Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.
	14	Obtención del consentimiento informado al ingreso del paciente al establecimiento.
	15	Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.
	16	Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.
	17	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.
	18	Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.
	19	Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.
	20	Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.
	21	Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad.
	22	Prevención de errores en la transcripción de medicamentos.
	23	Conciliación de medicamentos.
	24	Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos.
	25	Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos.
	26	Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
	27	Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración.
	28	Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales.
	29	Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis.
	30	Prescripción dialítica en pacientes con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	31	Manejo seguro de accesos vasculares en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	32	Colocación segura de catéteres de acceso vascular guiada por ultrasonido.
	33	Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal
	34	Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.
	35	Manejo de pacientes seropositivos para prevenir infecciones cruzadas en hemodiálisis.
	36	Reprocesamiento seguro de filtros en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
E. Egreso	1	Definición del proceso que guía el egreso del paciente.
	2	Documentación de la nota de egreso.
F. Continuidad de la atención	1	Identificación del médico responsable de la atención del paciente.
	2	Comunicación estructurada durante las transiciones en la atención.
	3	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.
	4	Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.
	5	Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.
	6	Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.
	7	Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.
	8	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico por sesión y/o egreso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

A. VALORACIÓN.

a. Estándar 1/16. Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.

1. Guía.

Para brindar una atención segura, oportuna y centrada en las necesidades de los pacientes, los establecimientos de hemodiálisis deben contar con un proceso estandarizado de aceptación de pacientes. Este proceso inicia desde el primer contacto y tiene como objetivo garantizar que el establecimiento reciba a pacientes cuyas necesidades clínicas puedan ser atendidas de manera segura y oportuna dentro del alcance de servicios, recursos y misión del establecimiento.

Para ello, se requiere implementar las acciones para valoración o tamizaje inicial al momento del primer contacto con el paciente, con el fin de determinar si el establecimiento cuenta con los recursos y las capacidades técnicas, humanas, tecnológicas y operativas necesarias para otorgar la atención requerida o referir al paciente a otro establecimiento.

Este proceso debe estar documentado, estandarizado y contar con criterios previamente definidos por el establecimiento para identificar las necesidades del paciente y tomar la decisión de aceptación o su referencia a otro establecimiento. Dichos criterios deben considerar al menos:

a) La condición clínica actual del paciente y tipo de tratamiento requerido.
b) La disponibilidad de infraestructura, equipo, personal y turnos para su atención.
c) El cumplimiento de requisitos normativos para la atención segura del paciente.
d) La existencia de contraindicaciones relativas o absolutas para brindar el tratamiento en ese contexto.

Este proceso debe incluir lineamientos específicos para la aceptación en situaciones programadas o no programadas. Asimismo, el establecimiento debe haber definido el área física y funcional para la recepción y valoración de pacientes, así como el proceso de toma de decisión documentada respecto a la aceptación o referencia. Cuando el establecimiento no cuente con los recursos necesarios para atender adecuadamente al paciente, debe existir un proceso de referencia oportuna y efectiva a otro establecimiento con mayor capacidad resolutiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la aceptación de pacientes que acuden a solicitar atención.

(2)El proceso incluye criterios para valorar si el paciente puede ser atendido de forma segura conforme a los recursos, capacidades y misión del establecimiento.

(3)Se realiza un tamizaje inicial al momento del primer contacto del paciente con el establecimiento con base en los criterios definidos.

(4)Se ha definido un área física y funcional donde se lleva a cabo la valoración y aceptación del paciente.

(5)El personal responsable de ejecutar el proceso está capacitado y lo implementa conforme a lo establecido.

(6)En caso de no poder ofrecer atención adecuada, se implementa un proceso de referencia a otro establecimiento.

(7)El proceso de tamizaje y la decisión de aceptación o referencia se documentan.

(A). Referencia de apoyo

- Proceso institucional para la aceptación y admisión de pacientes, que especifique los pasos para el tamizaje inicial, verificación de criterios de ingreso y proceso de rechazo o canalización, en caso de no contar con condiciones para la atención.
- Registro de ingreso clínico inicial que evidencie la valoración y decisión de aceptación.
- Registro de personal capacitado en el proceso de aceptación de pacientes, incluyendo responsables de realizar el tamizaje o valoración inicial.
- Formato de tamizaje inicial, con campos para diagnóstico, evaluación de compatibilidad con recursos y nota de decisión.
- Manual o lineamiento donde se definan los criterios técnicos, humanos y operativos requeridos para aceptar pacientes en el establecimiento.
- Registros de pacientes referidos a otras instituciones en caso de no cumplir con criterios de aceptación definidos.
- Informe o acta de revisión periódica del proceso de aceptación de pacientes, como parte del sistema de mejora continua.
- Lineamientos o protocolo de admisión y referencia de pacientes.
- Documentos de coordinación o convenio con otros establecimientos para referencia de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/16. Priorización de pacientes ante contingencias en la programación del tratamiento.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, aunque no se brinda atención a urgencias como en otros establecimientos, es fundamental contar con un proceso definido para la priorización de pacientes cuando se compromete la programación habitual del tratamiento, debido a factores técnicos, operativos o clínicos.

Estas situaciones pueden incluir:

a) Fallas en el equipo médico o la infraestructura que limiten la capacidad operativa.
b) Condiciones climáticas o sanitarias que afecten la operación regular.
c) Necesidad de reprogramar turnos por mantenimiento, desinfección o ajustes extraordinarios.
d) Ingreso de pacientes nuevos o descompensados con mayor riesgo clínico.
e) Situaciones clínicas que exijan ajuste o adelanto del tratamiento.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la priorización en estos casos, con base a criterios fisiológicos previamente definidos, que consideren:

i. El estado clínico actual del paciente y el riesgo de descompensación si se retrasa el tratamiento.
ii. La estabilidad del tratamiento crónico previo y la necesidad de continuidad.
iii. La existencia de condiciones que impliquen urgencia relativa, como hiperkalemia, sobrecarga hídrica, entre otros.
iv. Las limitaciones temporales o técnicas del establecimiento para ofrecer tratamiento simultáneo a todos los pacientes.

El personal clínico responsable debe estar capacitado para aplicar el proceso de priorización y documentar la decisión tomada. El objetivo es garantizar el acceso oportuno al tratamiento renal sustitutivo a quienes más lo requieran, sin comprometer la seguridad del resto de los pacientes.

Cuando el establecimiento no puede atender las necesidades del paciente en una emergencia y requiere referirle a otro establecimiento, se estabiliza al paciente antes del traslado de acuerdo a la capacidad de atención del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido un proceso, documentado e implementado para la priorización de pacientes en caso de

SIN VALIDEZ OFICIAL

contingencias que afecten la programación habitual del tratamiento.

(2)El proceso considera criterios estandarizados clínicos (fisiológicos, dentro de lo posible), operativos y de continuidad terapéutica previamente definidos para priorizar a los pacientes.

(3)El personal responsable de aplicar el proceso ha sido capacitado y lo implementa conforme a lo establecido.

(4)Las decisiones de priorización están documentadas e incluyen justificación clínica y operativa.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para priorización de pacientes ante contingencias operativas o clínicas.
- Listado de criterios definidos para priorización (clínicos, técnicos y éticos).
- Registros de pacientes reprogramados con justificación documentada.
- Evidencia de capacitación del personal en el proceso de priorización.
- Bitácora de eventos críticos donde se activó la priorización y su resolución.
- Actas de revisión del proceso como parte del sistema de mejora continua.

c. Estándar 3/16. Comunicación de la información en el proceso de admisión.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que, durante el proceso de admisión, se proporcione al paciente y/o a su cuidador primario información clara, suficiente, oportuna y adaptado al nivel sociocultural sobre la atención que recibirá en el establecimiento de hemodiálisis, de modo que pueda tomar decisiones informadas respecto a su tratamiento.

Esta información debe incluir, al menos:

a) El tipo de tratamiento propuesto y su justificación clínica.

b) Los resultados esperados del tratamiento o sus limitaciones.

c) La frecuencia, duración y condiciones generales del tratamiento (por ejemplo, número de sesiones semanales, tipo de acceso vascular, requerimientos especiales, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Las responsabilidades administrativas del paciente y su cuidador primario, incluyendo horarios, requerimientos previos y reglamento interno.
e) Los costos asociados cuando estos no son cubiertos por una institución pública o privada, así como, las alternativas de apoyo existentes (referencias institucionales, apoyos sociales, convenios, entre otros), si aplica, cuando existan barreras económicas.

El proceso de comunicación puede realizarse de forma verbal o escrita, registrando esta actividad el expediente clínico del paciente, e incluir el nombre del profesional que proporcionó la información, así como la fecha en que se otorgó.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un proceso documentado e implementado para proporcionar información al paciente y/o cuidador primario al momento de la admisión.
(2) Se proporciona información conforme lo definido en el inciso a) a la e) de la guía.
(3) Se documenta en el expediente clínico que la información fue proporcionada de forma suficiente para que el paciente y/o cuidador primario puedan tomar decisiones informadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o checklist de información proporcionada al paciente/cuidador primario al ingreso, firmado por ambas partes.
- Evidencia documental que acredite que se otorgó la información sobre el tratamiento, resultados esperados y costos.
- Materiales educativos o informativos utilizados durante el proceso de admisión (folletos, hojas informativas, carteles).
- Registro de capacitación del personal encargado del proceso de admisión.
- Convenios o formatos de consentimiento informado que incluyan referencias a la información entregada durante el proceso de admisión.
- Registros de orientación brindada sobre alternativas para el acceso económico o programas de apoyo, cuando el tratamiento no esté cubierto por instituciones públicas o privadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/16. Reducción de barreras para el acceso a la atención. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe identificar e implementar acciones para reducir el impacto de las barreras que dificultan el acceso y la prestación efectiva de servicios a su población usuaria.

Estas barreras pueden incluir diferencias culturales, lingüísticas, sociales, económicas, de movilidad, sensoriales, cognitivas, de género o relacionadas con la edad, entre otras. Las condiciones estructurales, tecnológicas y organizativas también pueden representar un obstáculo para ciertos grupos de pacientes o cuidadores primarios.

El establecimiento debe realizar un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, que considere la diversidad de su población para identificar las barreras más comunes. Con base en este análisis, se deben diseñar e implementar procesos para reducir su impacto durante el acceso a la atención (proceso de admisión), así como, durante la prestación de servicios.

Las medidas adoptadas deben ser proporcionales al contexto del establecimiento e incluir opciones que promuevan la equidad, la comunicación efectiva, la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha realizado un análisis multidisciplinario para identificar las barreras más comunes en su población usuaria para acceder y recibir atención médica.

(2) Se han implementado acciones o procesos específicos para reducir el impacto de estas barreras durante la admisión y la prestación de servicios.

(3) El personal conoce las medidas implementadas y actúa conforme a lo establecido.

(4) Se evalúa periódicamente la efectividad de las medidas adoptadas y se actualizan según las necesidades detectadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Análisis multidisciplinario con enfoque de sistema sobre las barreras identificadas para el acceso y la atención. Puede contener hallazgos obtenidos de fuentes como encuestas de satisfacción, retroalimentación de pacientes, reuniones con personal, o diagnósticos comunitarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Política o lineamiento para la reducción de barreras en el acceso, que define las acciones a realizar ante barreras específicas.
- Evidencia de implementación de medidas: Señalización adaptada, formatos impresos en letra grande o pictogramas, folletos en más de un idioma, rampas, intérprete o personal capacitado para comunicar con pacientes con limitaciones.
- Capacitación al personal sobre equidad en el acceso y trato respetuoso a la diversidad de pacientes.
- Evaluación de efectividad de las acciones implementadas: Encuestas de satisfacción del paciente, entrevistas, auditorías internas, o revisión periódica de indicadores vinculados en el acceso.

e. Estándar 5/16. Valoración inicial del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración inicial de cada paciente, con el fin de identificar sus necesidades clínicas, condiciones específicas, factores de riesgo y aspectos relevantes para su atención dentro del programa de tratamiento sustitutivo renal, conforme a la legislación aplicable vigente.

Este proceso proporciona información para entender la atención que el paciente necesita, seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente, orientar a formular un diagnóstico inicial y las necesidades de atención inmediata y comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

La valoración inicial debe realizarse al ingreso del paciente al establecimiento (inicio de tratamiento en el programa) y actualizarse periódicamente o ante cambios clínicos relevantes, conforme lo defina el establecimiento.

El proceso debe estar documentado, estandarizado y adaptado al contexto del establecimiento, e incluir al menos los siguientes elementos:

a) Historia clínica integral, incluyendo antecedentes patológicos, diagnóstico nefrológico, comorbilidades, alergias, tratamientos previos y situación funcional, entre otros.
b) Valoración de enfermería, incluyendo aspectos del acceso vascular, estado nutricional y condiciones generales, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Valoración del dolor, utilizando herramientas adaptadas a la población atendida.
d) Valoración del riesgo de caídas, especialmente en pacientes con movilidad reducida, debilidad general, alteraciones neurológicas u ortopédicas, entre otras.
e) Valoración del acceso vascular: tipo de acceso, funcionalidad, signos de alarma y complicaciones previas, entre otros.
f) Valoración del contexto social y de apoyo, puede incluir aspectos como el apoyo del cuidador primario, entorno domiciliario, adherencia al tratamiento, autocuidado, entre otros.
g) Otros elementos específicos definidos por el establecimiento conforme a su contexto o perfil epidemiológico.

El establecimiento debe definir:

i) Los criterios clínicos por evaluar acorde al tipo de población y características de pacientes que atiende. Personalizar las evaluaciones permite tener resultados más objetivos y poder hacer intervenciones oportunas para la atención del paciente. Por ejemplo: Una escala de dolor se puede personalizar para pacientes adultos, pacientes sedados, neonatos, pediátricos, dolor obstétrico, etc.
ii) El momento en que se realiza la valoración (al ingreso del programa y la periodicidad de las reevaluaciones).
iii) El personal responsable por cada elemento de la valoración, y las competencias específicas requeridas. Por ejemplo: personal médico, de enfermería, clínico en formación, de psicología, de nutrición.
iv) El mecanismo para documentar, la ubicación y disponibilidad de la información dentro del expediente clínico, que permita dar seguimiento a los resultados y sea utilizada por todo el personal involucrado. Cada valoración debe documentarse, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una.

Este proceso debe servir como base para el plan de tratamiento individual, la coordinación del cuidado y la toma de decisiones compartidas a partir de la integración de la información. Por ello es importante que las evaluaciones se hayan realizado de manera completa, correcta, oportuna y estén disponibles para quienes atienden al paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para realizar la valoración inicial, que describe al menos, lo definido en los incisos i) al iv) de la guía.
(2) La valoración inicial incluye, al menos, lo definido de la a) a la g) en la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El establecimiento define los criterios clínicos por evaluar acorde al tipo de población y características de pacientes que atiende.
(4)La valoración se realiza al ingreso del paciente al tratamiento y se actualiza de forma periódica o ante cambios clínicos relevantes.
(5)La valoración es realizada por personal clínico con competencias específicas definidas por el establecimiento para cada tipo de valoración.
(6)La información obtenida se documenta en el expediente clínico y está disponible para los integrantes del equipo de salud.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la valoración inicial de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis.
- Formato o instrumento utilizado para documentar los elementos de la valoración inicial (puede ser integrado al expediente clínico o por secciones).
- Listado de criterios clínicos definidos por el establecimiento para realizar la valoración inicial.
- Registro de pacientes con fecha de ingreso y evidencia de aplicación de la valoración inicial y reevaluaciones clínicas.
- Evidencia documental de las competencias del personal que realiza cada componente de la valoración (ej. descripción de funciones, constancias de formación, manuales operativos).
- Expedientes clínicos con notas completas de valoración inicial y registros de actualización cuando existen cambios clínicos.
- Listado de pacientes con condiciones especiales y ajustes personalizados en su valoración (ej. pacientes geriátricos, con discapacidad, con alto riesgo de caídas).
- Registro de capacitación al personal involucrado en el proceso de valoración clínica inicial.

f. Estándar 6/16. Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

La historia clínica es un componente esencial del proceso de valoración inicial en los establecimientos de hemodiálisis, y constituye la base para comprender las necesidades clínicas del paciente, definir riesgos específicos y planear de forma adecuada la atención individualizada dentro del programa de tratamiento sustitutivo renal.
El establecimiento debe definir un proceso estandarizado para la elaboración de la historia clínica, asegurando que se realice al ingreso

SIN VALIDEZ OFICIAL

del paciente al programa y esté documentada en el expediente clínico dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento. Debe cumplir con la legislación aplicable vigente.

Esta historia clínica debe ser elaborada por un médico competente o en caso de ser realizada por un médico en formación, esta deberá ser supervisada y validada por el médico responsable, conforme a la legislación aplicable vigente.

La historia clínica debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Interrogatorio.
c) Exploración física.
d) Factores de riesgo social.
e) Valores, creencias y costumbres del paciente.
f) Factores de riesgo psicológico identificados.
g) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
h) Diagnósticos o problemas clínicos.
i) Pronóstico.
j) Indicación terapéutica inicial.
k) Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

En el contexto de atención en hemodiálisis, la historia clínica debe complementarse con los siguientes estudios:

l) Serología viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).
m) Biometría hemática completa.
n) Electrolitos séricos: sodio (Na), potasio (K), cloro (Cl).
o) Química sanguínea de tres elementos: glucosa, urea, creatinina.
p) Depuración de creatinina (si el paciente ya ha recibido tratamiento previo al ingreso al programa del establecimiento o conforme a criterios clínicos del establecimiento).
q) Radiografía de tórax.
r) Electrocardiograma.

El establecimiento definirá los plazos máximos para contar con los estudios definidos los incisos q) y r) considerando criterios de urgencia y el análisis riesgo-beneficio en caso de no contar con ellos al momento de la primera sesión. Toda la información generada en esta valoración inicial debe registrarse en el expediente clínico y estar disponible para el equipo de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la elaboración de la historia clínica al ingreso del paciente al programa.

(2)A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de valoración inicial.

(3)La historia clínica incluye al menos los elementos listados del inciso a) al k), y los estudios complementarios descritos del inciso l) al r), conforme a la guía.

(4)La historia clínica es elaborada por personal médico competente o, en caso de ser elaborada por médicos en formación, siempre bajo supervisión, validación y firma del médico responsable, en apego a la legislación aplicable vigente.

(5)La historia clínica está integrada al expediente clínico del paciente, y se encuentra disponible desde el inicio del tratamiento o dentro del plazo establecido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la elaboración de la historia clínica al ingreso de pacientes.
- Formato institucional de historia clínica, con campos alineados a los elementos obligatorios establecidos en la guía.
- Expedientes clínicos con historia clínica completa, fechada y firmada.
- Listado institucional de estudios complementarios requeridos al ingreso, con tiempos máximos definidos para su integración, según criterio clínico.
- Registro de personal médico autorizado para la elaboración y validación de historias clínicas.
- Registro de capacitación del personal médico y en formación, respecto al proceso de historia clínica y valoración inicial del paciente en hemodiálisis.

g. Estándar 7/16. Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la valoración inicial del paciente, dado su conocimiento sobre el estado clínico general, el acceso vascular

SIN VALIDEZ OFICIAL

y las condiciones que pueden influir en la seguridad y continuidad del tratamiento.

El establecimiento debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración de enfermería a cada paciente al momento de su ingreso al programa de hemodiálisis. Esta valoración debe completarse dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento, y debe integrarse al expediente clínico.

La valoración es realizada por personal de enfermería competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano. Cada establecimiento debe definir los elementos que conforman esta valoración conforme a su contexto.

Esta información debe utilizarse para comprender las necesidades del paciente y servir para la planeación del tratamiento individualizado por parte del equipo multidisciplinario. Toda valoración debe quedar registrada de forma clara, oportuna y accesible en el expediente clínico del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración de enfermería como parte del proceso de valoración inicial.

(2) La valoración de enfermería se realiza a cada paciente al ingreso al programa y se documenta dentro del plazo definido por el establecimiento.

(3) La valoración es realizada por personal de enfermería competente, conforme a las funciones establecidas.

(4) La información obtenida se documenta en el expediente clínico y está disponible para el equipo de salud.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la valoración de enfermería al ingreso de pacientes en hemodiálisis.
- Formato institucional de valoración de enfermería, que cuente con campos estandarizados a los criterios definidos.
- Expedientes clínicos que documenten valoraciones de enfermería completas, firmadas y dentro del plazo definido.
- Listado vigente de personal de enfermería autorizado y capacitado para realizar la valoración clínica de ingreso.
- Registro de capacitación del personal de enfermería en temas relacionados con la valoración clínica integral, detección de riesgos (como caídas, infecciones o eventos adversos), uso de escalas de valoración, etc.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h. Estándar 8/16. Valoración del dolor en pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que a cada paciente se le realice una valoración clínica del dolor, como parte del proceso de valoración inicial y durante la atención continua. Esta valoración debe realizarse en el primer contacto clínico con el paciente, pudiendo integrarse también en la elaboración de la historia clínica, y quedar documentada en el expediente clínico, de manera que permita el seguimiento, comparación y análisis por parte del equipo clínico.

En caso de que se identifique dolor, se debe realizar una valoración más específica, que contemple al menos: la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).

La valoración del dolor debe realizarse de forma estandarizada mediante herramientas validadas y adaptadas a las características clínicas y comunicativas de los pacientes atendidos y repetirse de forma periódica. La revaloración se lleva a cabo conforme a los criterios definidos por el establecimiento o ante las necesidades del paciente, como la persistencia de dolor.

La valoración es realizada por personal de clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración del dolor, incluyendo las herramientas y momentos en que debe aplicarse.

(2) Se realiza la valoración del dolor a cada paciente en su primer contacto clínico con el establecimiento.

(3) En pacientes con dolor, se aplica una evaluación más precisa que considera la intensidad y características del dolor.

(4) La valoración utiliza herramientas estandarizadas y adaptadas a la población atendida y acorde a las características clínicas de los pacientes.

(5) La información se documenta en el expediente clínico de manera que facilite el seguimiento y revaloración. Cuando corresponde, la revaloración se documenta en el expediente clínico.

(6) La valoración del dolor es realizada por personal clínico con funciones y competencias definidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la valoración del dolor, que indique el momento de aplicación, responsable, frecuencia de revaloración y herramientas autorizadas.
- Escalas o herramientas validadas y aprobadas por el establecimiento para evaluar el dolor, adaptadas a la población atendida.
- Registro de capacitación del personal clínico sobre el uso de herramientas de valoración del dolor y su documentación en el expediente clínico.
- Expedientes clínicos con evidencia de valoración del dolor al ingreso y durante el tratamiento, incluyendo revaloraciones documentadas cuando se ha identificado dolor.
- Registro o protocolo que establezca el procedimiento para revalorar el dolor en caso de persistencia o cambios clínicos.

i. Estándar 9/16. Valoración de los factores de riesgo social.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe integrar dentro del proceso de valoración inicial del paciente una evaluación estructurada de factores de riesgo social, con el propósito de identificar condiciones del entorno social, familiar, económico o de acceso a servicios que puedan afectar la continuidad de la atención, adherencia o efectividad del tratamiento. Esta información no debe usarse con fines de clasificación, sino tiene el propósito de identificar los factores de riesgo a considerar para diseñar planes de atención individualizados, priorizar intervenciones, orientar apoyos complementarios y facilitar la toma de decisiones compartida.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso para esta valoración, considerando los elementos o criterios pertinentes al contexto y tipo de población atendida. Entre los factores a evaluar se pueden incluir (de forma enunciativa, no limitativa):

a) Nivel educativo del paciente o cuidador primario.
b) Condiciones de vivienda y entorno domiciliario.
c) Acceso a servicios públicos (agua, luz, transporte, entre otros).
d) Disponibilidad de red de apoyo familiar o comunitaria.
e) Accesibilidad a servicios de salud ante datos de alarma clínica.
f) Acceso a servicios de salud del sistema público o privado.
g) Situación socioeconómica.
h) Otros elementos específicos definidos por el establecimiento conforme a su contexto o a su población de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La valoración debe personalizarse en casos específicos definidos por el establecimiento (por ejemplo: pacientes con discapacidad, sin cuidador primario, o en situación de vulnerabilidad social grave).
Los hallazgos deben registrarse como parte de la historia clínica del paciente, dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento, y servir como base para la planificación clínica, seguimiento social o referencia a otros servicios cuando sea necesario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para evaluar factores de riesgo social como parte de la historia clínica.
(2) La valoración incluye criterios sociales relevantes al contexto de la población atendida, toma en cuenta los definidos del inciso a) a la h) de la guía.
(3) La valoración de factores de riesgo social se realiza a todos los pacientes durante el ingreso al tratamiento, y queda registrada en el expediente clínico.
(4) Se toman en cuenta los resultados de la valoración para planificar la atención individualizada y asegurar la continuidad del tratamiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la evaluación de factores de riesgo social en pacientes de hemodiálisis.
- Formato institucional con campos para registrar condiciones sociales relevantes.
- Expedientes clínicos con evidencia de la evaluación realizada y utilizada para la planeación clínica.
- Registro de capacitación del personal sobre cómo aplicar y documentar esta evaluación.
- Ejemplos de intervenciones ajustadas o referencias realizadas con base en factores de riesgo identificados.

j. Estándar 10/16. Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe realizar una valoración individual de los valores, costumbres y creencias del paciente como parte de la valoración inicial, asegurando que esta se realice al ingreso

SIN VALIDEZ OFICIAL

del paciente al programa y quede documentada en el expediente clínico dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento.
Esta información permite adaptar el plan de atención al marco cultural del paciente, lo cual favorece la adherencia al tratamiento, la toma de decisiones compartida y la confianza con el equipo de salud.
El establecimiento define los elementos o criterios que conforman esta valoración, a fin de identificar los factores culturales que puedan influir en el proceso de atención, incluyendo:

a) Valores personales: autonomía, dignidad, decisiones familiares, respeto por la vida, actitudes hacia el dolor, la enfermedad o el final de la vida.
b) Costumbres: prácticas cotidianas significativas, rituales, alimentación, horarios, participación familiar durante la atención, uso de medicina tradicional.
c) Creencias: espirituales, religiosas o filosóficas que pudieran condicionar decisiones clínicas como el uso de transfusiones, ciertos medicamentos, ayuno u otros procedimientos.

La valoración debe ser realizada por personal clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades establecidas en el sistema de gestión del talento humano. La información debe quedar registrada en la historia clínica del expediente clínico en un lugar accesible para el equipo de salud.
Cuando existan cambios relevantes en el estado clínico o en las preferencias del paciente, la valoración debe ser actualizada, con base en lo definido por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido los elementos o criterios que deben ser valorados respecto a los valores, costumbres y creencias del paciente.
(2) La valoración se realiza al momento de ingreso del paciente al tratamiento y se actualiza cuando hay cambios relevantes.
(3) La información se documenta en el expediente clínico en un lugar accesible para el equipo de salud.
(4) Los resultados de la valoración se consideran en la planificación clínica individual del paciente, cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional o sección del expediente clínico para registrar valores, costumbres y creencias.
- Proceso documentado para la valoración del marco cultural individual del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Expedientes clínicos con registros completos y actualizados de esta valoración.
- Registros de capacitación del personal sobre atención centrada en la persona y diversidad cultural.
- Evidencia de adecuaciones realizadas al plan de atención considerando esta información (cuando aplique).

k. Estándar 11/16. Valoración de factores de riesgo psicológico.

1. Guía.

El establecimiento debe realizar una valoración de factores de riesgo psicológico como parte del proceso de valoración inicial, y actualizarla cuando existan cambios clínicos relevantes o situaciones que así lo ameriten.

El objetivo de esta valoración es identificar oportunamente estados emocionales o conductas que pudieran afectar la salud del paciente o el desarrollo del tratamiento, como depresión, ansiedad, miedo extremo, hostilidad, ideación suicida, o riesgo de autolesión o daño a terceros.

La valoración debe realizarse con enfoque de derechos humanos, respeto a la autonomía del paciente y sin prácticas coercitivas, garantizando su participación informada en las decisiones sobre su atención, dando cumplimiento a la legislación normativa vigente.

El establecimiento debe definir los elementos o criterios clínicos para la valoración, considerando:

a) Estado de ánimo y emociones prevalentes (por ejemplo, depresión, ansiedad, miedo, entre otros).
b) Capacidad de adaptación al tratamiento crónico (por ejemplo, grado de aceptación del diagnóstico, frustración, dependencia, aislamiento u otros factores que afecten la adaptación psicosocial al tratamiento).
c) Riesgo de abandono del tratamiento por motivos psicológicos (por ejemplo, depresión, negación, burnout, conflictos familiares, entre otros).
d) Presencia de pensamientos o conductas que representen un riesgo para el paciente o para otros (por ejemplo, ideación suicida, autolesiones o comportamientos agresivos, especialmente en pacientes con enfermedad terminal o crónica avanzada).

La valoración debe aplicarse mediante herramientas de tamizaje validadas y adaptadas al contexto, y realizada por personal clínico competente conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el Sistema de Gestión del Talento Humano. Esta información debe

SIN VALIDEZ OFICIAL

documentarse en el expediente clínico, estar disponible para el equipo de salud y utilizarse como base para planificar la atención o canalizar al paciente, si corresponde.

Cuando se detecte un riesgo psicológico significativo, el establecimiento debe brindar atención inicial ante urgencias psicológicas, garantizando una respuesta clínica oportuna, segura y profesional. Esto incluye personal capacitado para estabilizar al paciente dentro del establecimiento, criterios clínicos para identificar urgencias, y un protocolo para su canalización hacia servicios especializados internos o externos, o manejo ambulatorio posterior, si corresponde.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración de factores de riesgo psicológico como parte de la valoración inicial de todos los pacientes.

(2) El proceso incluye criterios clínicos claramente establecidos que contemplan, al menos, lo definido del inciso a) al d) en la guía.

(3) La valoración se realiza en el primer contacto clínico del paciente con el establecimiento y se actualiza cuando existen cambios clínicos relevantes o situaciones que lo ameriten.

(4) La valoración se realiza mediante herramientas validadas y adaptadas al contexto de atención, y es aplicada por personal clínico competente conforme al sistema de gestión del talento humano.

(5) La información se documenta en el expediente clínico de forma clara y está disponible para el equipo de salud, se utiliza como base para la planificación del tratamiento y con evidencia de seguimiento cuando se detecta algún riesgo.

(6) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención inmediata de urgencias psicológicas, el cual incluye:

(6.1) Personal clínico capacitado para brindar atención inicial ante urgencias en salud mental, conducta suicida o consumo de sustancias psicoactivas.

(6.2) Criterios clínicos y operativos para identificar este tipo de urgencias.

(6.3) Medidas para la estabilización del paciente dentro del establecimiento.

(6.4) Protocolo de canalización (servicios especializados internos o externos) o manejo ambulatorio posterior, si corresponde.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la valoración de factores de riesgo psicológico en pacientes en hemodiálisis.
- Herramientas o formatos estandarizados de tamizaje emocional.
- Registros de capacitación al personal sobre identificación y manejo de riesgos psicológicos.
- Expedientes clínicos con evidencia documentada de valoración psicológica.
- Protocolos de atención de la urgencia y referencia o seguimiento para pacientes con hallazgos relevantes.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

l. Estándar 12/16. Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que los resultados del proceso de valoración inicial (valoraciones clínicas, psicológicas, sociales y otras definidas por el establecimiento) sean analizados de forma multidisciplinaria por el equipo de salud para integrar la información, establecer prioridades, orientar la planeación de la atención y tomar decisiones centradas en el paciente.

Este proceso permite identificar riesgos, necesidades complejas y situaciones que puedan requerir ajustes al plan terapéutico, derivación a otro nivel o decisiones compartidas con el paciente y/o su cuidador primario.

El análisis multidisciplinario puede adaptarse al nivel de complejidad del paciente:

- En pacientes con necesidades no complejas, el proceso multidisciplinario puede realizarse de forma integrada y sencilla entre los profesionales involucrados.
- En pacientes con condiciones clínicas, sociales o psicológicas complejas, se puede convocar una revisión más estructurada mediante sesiones clínicas que faciliten la toma de decisiones compartidas entre el equipo, el paciente y/o cuidador primario.

La información debe documentarse en el expediente clínico, incluyendo:

- Los hallazgos de las valoraciones.
- Las prioridades clínicas identificadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

• Las recomendaciones del equipo multidisciplinario.
• Las decisiones compartidas con el paciente y/o su cuidador primario.

El establecimiento debe informar al paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario sobre:

a) Los resultados del proceso de valoración.
b) Las necesidades identificadas y su priorización.
c) El plan de atención o seguimiento.
d) La decisión de canalización o referencia si el establecimiento no puede brindar atención adecuada a sus necesidades.

i. Requerimiento auditable.

(1) El equipo multidisciplinario analiza de forma integral los resultados de la valoración inicial, identificando riesgos y necesidades del paciente.
(2) Se priorizan las necesidades identificadas para guiar la planeación de la atención.
(3) Se informa al paciente y/o su cuidador primario sobre los elementos mencionados en los incisos de la a) a la d) de la guía.
(4) La información anterior queda registrada en el expediente clínico y se actualiza conforme a la evolución del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Notas clínicas con evidencia de integración de la valoración multidisciplinaria.
- Formato o registro institucional de priorización de necesidades clínicas.
- Actas o notas de reuniones clínicas (si corresponde), para casos complejos.
- Registro de decisiones compartidas y plan de atención documentado.
- Registro de canalización o referencia, en los casos aplicables.
- Evidencia de capacitación al equipo en procesos de atención centrada en el paciente y trabajo colaborativo.

m. Estándar 13/16. Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe realizar una valoración sistemática de las barreras que puedan interferir con el aprendizaje de cada paciente y, cuando corresponda, de su cuidador primario, como parte del proceso educativo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El propósito de esta valoración es identificar factores que limiten la comprensión, retención o aplicación de la información proporcionada, y que deben ser considerados al planear intervenciones educativas personalizadas y efectivas.

Esta valoración debe realizarse al inicio del programa de tratamiento y, según lo defina el establecimiento, actualizarse cuando existan cambios clínicos, cognitivos, sociales o funcionales que puedan impactar en la capacidad del paciente para aprender.

El establecimiento debe definir los elementos o criterios mínimos que debe contemplar esta valoración, que pueden incluir, al menos:

a) Marco cultural del paciente, familia y/o cuidador primario (si aplica): Valores, creencias y costumbres.
b) Nivel de alfabetización, nivel educativo, idioma predominante.
c) Limitaciones cognitivas, sensoriales o físicas (por ejemplo, deterioro visual, auditivo, demencia leve, movilidad limitada).
d) Factores emocionales y motivacionales (por ejemplo, ansiedad, negación, baja autoestima, depresión, disposición de aprender).
e) Habilidad para realizar procedimientos prácticos, como cuidados post-diálisis o administración de medicamentos.

El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico. Cada establecimiento define si los elementos antes mencionados se deben revalorar, los intervalos de tiempo en que se realizan las revaloraciones. Esta información se utilizará para adaptar los contenidos, el lenguaje, los formatos y la forma en que se brinda la educación al paciente y/o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para valorar las barreras para el aprendizaje del paciente y/o cuidador primario.
(2) La valoración incluye, al menos, los criterios de los incisos a) al e) de la guía.
(3) La valoración se realiza al inicio del tratamiento y se revalora cuando hay cambios que lo ameriten.
(4) La valoración es realizada por personal competente, según las funciones y responsabilidades asignadas.
(5) La información derivada de la valoración se documenta en el expediente clínico.
(6) El equipo clínico adapta la estrategia de educación en función de las barreras identificadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional de valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes en hemodiálisis.
- Formatos o secciones del expediente clínico donde se registran dichas barreras.
- Capacitación al personal clínico sobre detección y abordaje de barreras para el aprendizaje.
- Ejemplos de adecuaciones implementadas en la estrategia educativa (uso de pictogramas, materiales en otro idioma, acompañamiento emocional).
- Reportes de seguimiento o revaloración de la capacidad de aprendizaje.
- Registro de actividades educativas adaptadas al perfil del paciente.

n. Estándar 14/16. Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso para identificar las necesidades educativas específicas de cada paciente y, cuando corresponda, de su cuidador primario, como parte del proceso educativo.

Esta valoración busca reconocer de manera estandarizada, sistemática e intencionada las dudas, preocupaciones, intereses y temas que el propio paciente desea conocer para participar activamente en su cuidado. Esta perspectiva parte del principio de que la educación es más efectiva cuando responde a lo que el paciente necesita saber en su contexto individual.

La identificación de estas necesidades debe realizarse desde el ingreso al programa de hemodiálisis, como parte del proceso de valoración inicial, y revalorarse en momentos clave del tratamiento, como cambios en la condición clínica, aparición de nuevas complicaciones, incorporación de nuevos tratamientos o situaciones familiares relevantes, conforme a lo definido por el establecimiento.

El establecimiento debe definir un mecanismo para:

a) Registrar fielmente las dudas o inquietudes expresadas por el paciente o cuidador primario.
b) Asegurar que esta información sea tomada en cuenta para planear la estrategia educativa individualizada.
c) Documentar la educación proporcionada, en qué momento, con qué medios y por quién fue impartida.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico. Las necesidades identificadas deben incorporarse en el plan educativo individual del paciente, asegurando su seguimiento y evaluación del aprendizaje.
El establecimiento debe definir si las necesidades educativas específicas se deben revalorar, y en su caso, establecer los intervalos y responsables correspondientes.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar las necesidades educativas específicas del paciente y/o su cuidador primario.
(2)La valoración se realiza al inicio del tratamiento y se revalora según lo definido por el establecimiento.
(3)Las necesidades identificadas se documentan claramente en el expediente clínico, incluyendo el lenguaje del paciente cuando corresponde.
(4)La educación brindada se adapta a las necesidades identificadas y se documenta conforme a lo establecido.
(5)La valoración es realizada por personal competente con funciones y responsabilidades asignadas.
(6)Existen registros que demuestran que el paciente y/o cuidador han recibido la educación alineada a sus necesidades específicas.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o sección del expediente clínico para el registro de necesidades educativas específicas.
- Evidencia de dudas e inquietudes expresadas directamente por el paciente (notas, entrevistas, hojas de ingreso).
- Proceso institucional para la planeación educativa individualizada.
- Registro de sesiones educativas dirigidas a necesidades específicas.
- Material educativo utilizado para responder a inquietudes particulares del paciente.
- Evaluaciones del aprendizaje relacionadas con los temas abordados según lo solicitado por el paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

o. Estándar 15/16. Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe identificar a los pacientes que, por su estado clínico, psicológico, social, o por momentos específicos del proceso de atención, requieren mecanismos adicionales de protección.

Se considera en condición de vulnerabilidad a todo paciente que, temporal o permanentemente, que por cualquier motivo no pueda protegerse o cuidarse a sí mismo frente a cualquier daño, abuso o discriminación, o no pueda comunicar situaciones de riesgo. Por ejemplo: pacientes con discapacidad intelectual o neurológica, pacientes con dificultad de comunicación, situaciones sensibles como procedimientos invasivos, entre otros.

El establecimiento debe:

a) Realizar un análisis multidisciplinario que le permita identificar a estos pacientes con base en su población atendida, características y condiciones clínicas frecuentes, momentos en el proceso de atención donde se requiere diseñar e implementar mecanismos de protección adicional.
b) Establecer mecanismos de protección adicionales acordes con su capacidad instalada, recursos disponibles y legislación aplicable vigente. Estos pueden incluir: acompañamiento de un segundo profesional de salud durante exploraciones sensibles, restricciones de acceso a ciertas áreas durante procedimientos, supervisión permanente a pacientes en riesgo.

Los mecanismos definidos deben estar documentados, ser conocidos por el personal involucrado y aplicarse de manera consistente a la práctica clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha realizado un análisis para identificar a los pacientes en condición de vulnerabilidad, considerando su población, condiciones clínicas y momentos del proceso de atención.

(2) Se han definido, documentado e implementado mecanismos adicionales de protección para los pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo con el contexto y recursos disponibles.

(3) El personal conoce e implementa los mecanismos de protección definidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se cuenta con evidencia documental de su aplicación en situaciones específicas (por ejemplo, bitácoras de acompañamiento, registros de supervisión, protocolos activados).

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define a los pacientes en condición de vulnerabilidad según el contexto clínico del establecimiento.
- Procedimientos operativos estándar que detallan los mecanismos de protección adicional.
- Evidencia de capacitación al personal sobre protección a personas vulnerables.
- Registros de aplicación de los mecanismos (bitácoras de acompañamiento, reportes de vigilancia, protocolos de atención).
- Registro de análisis de riesgos o evaluación multidisciplinaria para definir momentos críticos en la atención.
- Coordinación con organismos de protección de derechos humanos, cuando corresponda.

p. Estándar 16/16. Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que todo paciente (y cuando corresponda, su cuidador primario) reciba atención respetuosa y oportuna en relación con el dolor.

El dolor es un síntoma común en la experiencia de los pacientes, y cuando no es tratado puede generar consecuencias físicas o emocionales; por ello, debe ser abordado mediante una valoración estandarizada y un manejo individualizado.

El establecimiento debe promover un entorno donde el paciente se sienta en confianza para manifestar su dolor, sin temor a juicios o minimización de sus síntomas.

Esto requiere que el personal clínico esté sensibilizado sobre los factores personales, sociales o culturales que influyen en la manifestación del dolor, y que sea capaz de actuar conforme a los protocolos definidos por el establecimiento.

Este derecho debe ser promovido activamente desde el ingreso y a lo largo del tratamiento, con base en herramientas estandarizadas y procesos definidos por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)El establecimiento respalda y garantiza el derecho del paciente a una valoración y manejo adecuado del dolor.
(2)Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a expresar y reportar el dolor en cualquier momento del proceso de atención.
(3)El personal clínico ha sido capacitado en la valoración, registro y manejo del dolor conforme a lo definido por el establecimiento.
(4)El personal clínico ha sido sensibilizado sobre los factores personales, sociales o culturales que influyen en la manifestación del dolor.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la valoración y manejo del dolor.
- Escalas validadas de medición del dolor (adaptadas por grupo etario, estado de conciencia o nivel cognitivo).
- Materiales informativos para pacientes sobre su derecho a expresar el dolor.
- Registros clínicos donde se documenta la evaluación y manejo del dolor.
- Capacitación documentada del personal sobre manejo del dolor con enfoque integral, centrado en la persona y basado en buenas prácticas clínicas.
- Evidencia de educación al paciente y/o cuidador primario sobre el dolor como síntoma relevante.

B. DIAGNÓSTICO

a. Estándar 1/7. Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar la disponibilidad de servicios de laboratorio propios y/o subrogados que respondan a las necesidades clínicas de los pacientes, los procesos de atención médica y los profesionales tratantes. Estos servicios deben operar en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Los servicios de laboratorio deben contar con infraestructura, equipamiento y personal suficientes. Asimismo, se debe informar a los pacientes o familiares sobre la disponibilidad de horarios del servicio de atención de rutina y los procedimientos para su uso en casos urgentes, cuando corresponda.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados o contratados por convenio, debe asegurar que:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Sean accesibles al paciente.
ii. Su selección esté sustentada en un análisis técnico de antecedentes, calidad y capacidad operativa.
iii. Existan alternativas cuando sea necesario.
iv. Cumplan con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado, el establecimiento debe definir por escrito las especificaciones de calidad, que incluyan como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo; por ejemplo, competencias de su personal, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos o medidas para la prevención de infecciones, entre otras.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las AESP; por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva, entre otras.

El establecimiento debe alinear la supervisión al estándar de supervisión de servicios subrogados por el cuerpo de gobierno, alta dirección y responsables de área.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los servicios de laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.
(2)El establecimiento cuenta con servicios de laboratorio adecuados y regulares para cubrir las necesidades clínicas de los pacientes y del personal de salud.
(3)Existen servicios de laboratorio disponibles para casos de urgencia, cuando corresponda.
(4)Se realiza supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados y se documenta al menos una vez al año.
(5)Los resultados de la supervisión se comunican a los líderes y proveedores, y se toman acciones cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo

- Convenios o contratos vigentes con laboratorios subrogados.
- Especificaciones de calidad documentadas para cada laboratorio subrogado.
- Programa institucional de supervisión de servicios subrogados.
- Evidencia documental de la supervisión anual.
- Reportes de cumplimiento o no conformidades detectadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Actas o minutas con acciones tomadas con base en los resultados de la supervisión.
- Información institucional dirigida a pacientes sobre la disponibilidad de servicios de laboratorio.

b. Estándar 2/7. Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados de los análisis de laboratorio, ya sean realizados en laboratorios propios o subrogados, se informen de manera oportuna, documentada y segura, en función de las necesidades clínicas del paciente y del personal médico tratante.
Cuando el establecimiento dispone de Servicios de Laboratorio propios, debe definir formalmente los tiempos esperados para la entrega de resultados, distinguiendo entre estudios de rutina y estudios urgentes, los cuales deben tener un seguimiento particular.
Además, los resultados deben estar documentados en un informe completo que incluya:

a) Parámetros o rangos de referencia.
b) Nombre, firma y cédula profesional del responsable.
c) Fecha y hora de elaboración del informe.

Desde un enfoque de seguridad del paciente, el proceso de entrega de resultados también debe alinearse a las acciones esenciales de seguridad del paciente:

i. AESP 1: Identificar correctamente al paciente, mediante el uso de dos datos de identificación definidos institucionalmente, tanto en la solicitud, el contenedor de muestra y en el informe final.
ii. AESP 2: Mejorar la comunicación efectiva, especialmente en el caso de resultados críticos que se informan de forma verbal o telefónica. En estos casos, debe aplicarse el protocolo “escuchar-escribir-leer-confirmar”.

Cuando el servicio es subrogado, estas condiciones deben estar claramente establecidas en las especificaciones de calidad acordadas con el proveedor, tanto para la entrega oportuna como para la seguridad de la información entregada.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado los tiempos esperados para la entrega de resultados de laboratorio, según el tipo de análisis (de rutina o urgente).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se monitoriza la puntualidad de la entrega de resultados urgentes, cuando aplica.
(3)Los resultados se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades clínicas del paciente.
(4)Cada informe de resultado incluye lo referido del inciso a) a la c) de la guía.
(5)En servicios subrogados, las condiciones de oportunidad y seguridad están incluidas en las especificaciones de calidad del proveedor.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para la entrega y documentación de resultados de laboratorio.
- Formatos o sistemas de registro de resultados de laboratorio.
- Ejemplares de informes con los datos requeridos.
- Registros de resultados urgentes y tiempos de entrega.
- Proceso para la entrega verbal o telefónica de resultados
- Registros de auditoría de cumplimiento con identificación correcta del paciente
- Especificaciones de calidad firmadas con laboratorios subrogados.
- Evidencia de monitorización de cumplimiento y trazabilidad.

c. Estándar 3/7. Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que todos los análisis realizados en los servicios de laboratorio (propios o subrogados) cuenten con rangos o parámetros de referencia definidos, los cuales deben estar incluidos en los informes de resultados emitidos y ajustados al contexto clínico, demográfico y geográfico del establecimiento.

Estos rangos son fundamentales para permitir la interpretación clínica adecuada, comparar resultados con valores esperados, detectar desviaciones significativas y apoyar en la toma de decisiones del personal tratante.

Los parámetros de referencia deben:

a) Ser específicos para cada tipo de análisis.
b) Ser visibles y comprensibles en el informe de resultados.
c) Estar basados en literatura científica, validaciones técnicas o normas nacionales/internacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Ajustarse, cuando sea necesario, a condiciones particulares del entorno del establecimiento (por ejemplo: altitud, población atendida, género, edad, etc.).
e) Revisarse y actualizarse cuando se modifiquen los métodos analíticos, tecnologías utilizadas o cuando haya evidencia que lo justifique.

Cuando los servicios de laboratorio son subrogados, estos criterios deben incluirse dentro de las especificaciones de calidad establecidas contractualmente.

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado en el laboratorio.
(2)Los rangos de referencia están incluidos en todos los informes de resultados entregados.
(3)Los rangos o parámetros se encuentran ajustados a la geografía, población o condiciones demográficas del establecimiento, cuando corresponda.
(4)Se realiza una revisión y actualización periódica de los rangos de referencia, especialmente cuando cambian los métodos analíticos o los criterios técnicos.

(A). Referencia de apoyo

- Listado de análisis realizados con sus rangos o parámetros de referencia establecidos.
- Ejemplares de informes de resultados con inclusión de rangos.
- Registros o protocolos institucionales de revisión y actualización de rangos.
- Evidencia del sustento técnico o normativo utilizado para definir los rangos (literatura, guías clínicas, validaciones internas, etc.).
- Especificaciones de calidad con proveedores subrogados que incluyan este criterio.

d. Estándar 4/7. Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con mecanismos documentados para acceder a expertos en áreas de diagnóstico especializado cuando se requiera apoyo técnico o interpretación adicional en estudios complejos, fuera del alcance de los servicios de laboratorio disponibles. Este acceso es relevante en áreas como:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Parasitología
ii. Virología
iii. Toxicología
iv. Inmunogenética
v. Biología molecular
vi. Citogenética
vii. Otras especialidades que no se realizan de forma rutinaria en el establecimiento

El establecimiento debe ser capaz de:

a) Identificar previamente a los expertos con competencias verificadas.
b) Documentar su disponibilidad y formas de contacto (por convenio, referencia, colaboración, etc.).
c) Definir criterios clínicos o técnicos que justifiquen su intervención.
d) Demostrar que han sido convocados efectivamente cuando su participación haya sido requerida.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un directorio actualizado de expertos en diagnóstico especializado.
(2) Se han definido criterios clínicos o técnicos que justifican la consulta con expertos especializados.
(3) Se han convocado o consultado expertos cuando ha sido necesario, y existe evidencia documentada de su participación o recomendación.
(4) La participación de expertos se ha registrado en el expediente clínico o en el proceso de validación del informe de laboratorio, cuando aplica.

(A). Referencia de apoyo.

- Lista institucional de expertos en diagnóstico especializado.
- Procedimiento documentado para consulta o referencia a expertos.
- Registros de comunicación o consulta con expertos en casos reales.
- Informes diagnósticos que documenten la validación o intervención especializada.
- Convenios de colaboración o redes clínicas vinculadas al laboratorio o establecimiento.
- Actas del COCASEP o reuniones clínicas donde se haya discutido su intervención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/7. Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con servicios de radiología e imagen propios y/o subrogados que respondan a las necesidades clínicas de sus pacientes, apoyen los servicios ofrecidos por el establecimiento y den soporte a la toma de decisiones de los profesionales tratantes. Estos servicios deben cumplir con la legislación aplicable vigente y con los estándares técnicos y regulatorios correspondientes.

Dentro de los servicios de radiología e imagen se pueden incluir modalidades como radiodiagnóstico convencional, ultrasonido, entre otras.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados, estos deben:

i. Ser accesibles para los pacientes.
ii. Ser seleccionados con base en un análisis técnico de antecedentes y capacidad operativa.
iii. Cumplir con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado, el establecimiento debe definir por escrito las especificaciones de calidad, que incluyan como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo; por ejemplo, competencias de su personal, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos o medidas para la prevención de infecciones, entre otras.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las acciones esenciales de seguridad del paciente; por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva, entre otras.

El establecimiento debe alinear la supervisión al estándar de supervisión de servicios subrogados por el cuerpo de gobierno, alta dirección y responsables de área.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente.
(2) Existen servicios de radiología e imagen disponibles conforme a las necesidades clínicas del establecimiento.
(3) Para cada servicio subrogado, se han definido especificaciones de calidad que incluyen al menos las mencionadas del inciso a) a la d) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se realiza una supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad y se documenta al menos una vez al año.

(5)Los resultados de la supervisión se comunican a los líderes y proveedores, y se toman acciones cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Convenios o contratos con servicios subrogados de radiología e imagen.
- Especificaciones de calidad definidas para servicios subrogados.
- Procedimiento institucional para la supervisión de servicios subrogados.
- Informes de supervisión documentados (mínimo anual).
- Registros de disponibilidad de servicios (propios o contratados).
- Bitácoras de uso o reportes de atención fuera del horario habitual.
- Evidencia de acciones derivadas de supervisiones (retroalimentación, ajustes, cambios de proveedor).

f. Estándar 6/7. Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados de los estudios de Radiología e Imagen, tanto propios como subrogados, se informen de manera oportuna, completa y segura, conforme a las necesidades clínicas de los pacientes, los requerimientos del personal médico tratante y los criterios definidos institucionalmente.

Para garantizar una comunicación efectiva, el establecimiento debe:

a) Definir el tiempo esperado para la entrega de resultados de estudios de imagen, diferenciando entre estudios de rutina y estudios urgentes, asegurando el cumplimiento de este plazo por parte de servicios propios y subrogados.

b) Garantizar que todos los informes se documenten de forma escrita o electrónica, conteniendo:

– Datos de identificación del paciente (dos identificadores institucionales).

– Nombre y firma del médico radiólogo responsable u otro responsable cuando aplique.

– Cédula profesional.

– Fecha y hora de emisión del informe.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Desde el enfoque de seguridad del paciente, el proceso de entrega de resultados debe alinearse con las acciones esenciales de seguridad del paciente, específicamente:

i. AESP 1: Uso de dos datos de identificación en las solicitudes, contenedores y resultados informados.
ii. AESP 2: Cuando la entrega de resultados se realiza de forma verbal o telefónica, se debe utilizar el protocolo institucional escuchar-escribir-leer-confirmar para asegurar precisión y trazabilidad.

Cuando el servicio de imagenología es subrogado, estas condiciones deben estar formalmente integradas en las especificaciones de calidad acordadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado el marco de tiempo para la entrega de resultados de estudios de imagen (de rutina o urgente).
(2) Se monitoriza la puntualidad de la entrega de resultados urgentes, cuando aplique.
(3) Los resultados se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades clínicas del paciente.
(4) Los informes de los estudios de imagen contienen, al menos elementos mencionados en el inciso b) de la guía.
(5) Las condiciones anteriores están integradas en las especificaciones de calidad para servicios subrogados, cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la entrega de resultados de imagen.
- Registros de tiempos de entrega (bitácoras o reportes de puntualidad).
- Ejemplares de informes con los datos requeridos.
- Registros de verificación de cumplimiento con los AESP.
- Formatos institucionales de solicitud de estudios con los identificadores requeridos.
- Registro o bitácora de comunicaciones verbales con evidencia del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar.
- Contratos o acuerdos con proveedores subrogados que incluyan estos criterios como especificaciones de calidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/7. Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que, cuando se requiera, pueda acceder de manera oportuna y documentada a expertos en áreas de diagnóstico especializado dentro del campo de radiología e imagen, para fortalecer la toma de decisiones clínicas, la validación de resultados complejos o la supervisión de tecnologías avanzadas.

Estos expertos pueden incluir, entre otros:

a) Física médica aplicada a radiología y radioterapia
b) Medicina nuclear
c) Radiología intervencionista o vascular
d) Radioterapia oncológica
e) Imagenología avanzada (PET/CT, resonancia funcional, etc.)

El establecimiento debe:

i. Contar con una lista actualizada de expertos disponibles, que incluya sus datos de contacto, especialidad, institución de adscripción y condiciones de colaboración.
ii. Definir los criterios clínicos, técnicos o regulatorios que justifican la consulta o el apoyo experto.
iii. Documentar la solicitud y participación de dichos expertos cuando hayan sido convocados, especialmente cuando intervengan en procesos diagnósticos críticos, revisiones por segunda opinión, interpretación de casos complejos o análisis de resultados diferidos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un directorio institucional actualizada de expertos en diagnóstico especializado en imagenología.
(2) Se han definido criterios clínicos o técnicos que justifican el contacto con estos expertos.
(3) El establecimiento ha consultado o se ha puesto en contacto con expertos, cuando así ha sido necesario, y existe evidencia documental de dicha intervención (por ejemplo, minuta, informe, validación de resultado, segunda opinión técnica).

(A). Referencia de apoyo.

- Lista institucional de expertos técnicos o clínicos en imagenología avanzada.
- Proceso documentado para consulta o referencia a expertos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

- Registros o comunicaciones que evidencien contacto, participación o recomendación de expertos.
- Informes de estudios complejos con participación o validación de especialistas.
- Convenios de colaboración o redes clínicas vinculadas al establecimiento.
- Actas de comité técnico o clínico donde se documente su intervención.
- Contratos con laboratorios subrogados que incluyan este criterio como especificación técnica.

C. EVALUACIÓN

a. Estándar 1/2. Reevaluación clínica periódica de los pacientes.

1. Guía.

La reevaluación clínica de cada paciente es un componente esencial para asegurar la continuidad y actualización de la atención. Revaluar permite identificar cambios en el estado clínico, ajustar la planeación de la atención y fortalecer la integración de los cuidados. Esta actividad debe realizarse de forma periódica, conforme a las necesidades del paciente o la frecuencia definida por el establecimiento.

No debe confundirse con la valoración inicial, cuyo objetivo principal es identificar necesidades y factores de riesgo específicos desde el primer contacto con el establecimiento.

En el caso específico de los establecimientos de hemodiálisis, se requiere realizar una reevaluación clínica integral al menos una vez al mes. Esta debe ser realizada por un médico competente y documentarse en el expediente clínico, incorporando elementos clave que aseguren una valoración completa del estado del paciente y permitan tomar decisiones clínicas informadas.

La reevaluación mensual debe incluir, como mínimo, los siguientes componentes:

a) Diagnóstico nefrológico actualizado
b) Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis
c) Tiempo en el programa de hemodiálisis
d) Tipo de acceso vascular y su estado de funcionalidad
e) Tipo de hemodializador de superficie
f) Participación en el programa de reúso, si aplica
g) Peso seco habitual
h) Ganancia interdialítica
i) Alergias

SIN VALIDEZ OFICIAL

j) Medicamentos utilizados
k) Problemas clínicos o técnicos durante el tratamiento
l) Cinética de urea
m) Serología viral

Estas evaluaciones deben estar claramente registradas en el expediente clínico como evidencia de seguimiento, toma de decisiones, actualización del tratamiento e integración y coordinación del equipo clínico multidisciplinario.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se realiza la reevaluación clínica del paciente durante el proceso de atención para apoyar decisiones clínicas o el alta, según corresponda.
(2) Las reevaluaciones están documentadas de manera estructurada en el expediente clínico del paciente.
(3) En establecimientos de hemodiálisis, se documenta en el expediente clínico una reevaluación médica al menos una vez al mes que incluya los elementos mencionados del inciso a) a la m) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Expediente clínico con registro mensual de la reevaluación completa.
- Formatos de control clínico y seguimiento utilizados en hemodiálisis.
- Reportes de supervisión médica o auditorías internas de expediente.
- Procedimiento institucional para la reevaluación médica periódica en hemodiálisis.
- Registros de revisión de cinética de urea, serología y parámetros clínicos mensuales.
- Indicadores de cumplimiento del proceso de reevaluación mensual.

b. Estándar 2/2. Monitorización clínica de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

La reevaluación clínica de cada paciente es un componente esencial para asegurar El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que todos los pacientes en terapia de reemplazo renal sean monitorizados

SIN VALIDEZ OFICIAL

desde su ingreso al programa y durante toda su permanencia en el mismo, conforme la legislación aplicable vigente.

El proceso que guía la atención de los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis, además de los elementos definidos en el estándar anterior, la monitorización incluye 3 fases:

a) Integración inicial del paciente al programa

Al integrarse al programa de hemodiálisis, debe conformarse un expediente clínico completo que incluya, al menos:

- Historia clínica.
- Prescripción del tipo de acceso vascular requerido al ingreso.
- Prescripción dialítica y frecuencia de sesiones.
- Serología viral: Detección de antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).
- Biometría hemática completa.
- Electrolitos séricos.
- Química sanguínea de al menos tres elementos (glucosa, urea y creatinina).
- Depuración de creatinina (si el médico que prescribe lo indica).
- Radiografía de tórax (solo en pacientes que se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo).
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.

b) Monitorización en cada sesión

Durante cada sesión de hemodiálisis, se deben registrar en el expediente clínico, como mínimo:

- Peso del paciente pre y post diálisis.
- Presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria: pre, trans y post diálisis.
- Signos y síntomas pre, trans y post diálisis (ej. calambres, disnea, náusea, vómito, disfunción del acceso, etc.).
- Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis (funcionalidad, eritema, sangrado, secreciones, etc.).

c) Resumen clínico mensual

Al menos una vez al mes, debe integrarse un resumen clínico en el expediente, elaborado por el personal clínico responsable, con los siguientes elementos:

- Diagnóstico nefrológico.
- Frecuencia de sesiones.
- Tiempo en el programa de hemodiálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Tipo de acceso vascular, estado funcional y eventos relevantes del mes (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, entre otros).
- Tipo de hemodializador (filtro) utilizado y/o cambios que se presentaran.
- Peso seco habitual y ganancia interdialítica en el mes.
- Alergias.
- Medicamentos administrados durante el mes.
- Complicaciones presentadas durante las sesiones.
- Cinética de urea (Kt/V).
- Resultados actualizados de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente
- Registro de vacunas aplicadas.
- Estatus como candidato a trasplante (Sí/No).
- Otros hallazgos relevantes y recomendaciones.

i. Requerimiento auditable.

(1)Desde su ingreso al programa, los pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis cuentan con un expediente clínico que incluye los elementos clínicos y diagnósticos establecidos en la fase a).

(2)Durante cada sesión de hemodiálisis, se documenta en el expediente clínico la monitorización clínica del paciente conforme a los parámetros definidos en la fase b).

(3)Al menos una vez al mes, se integra al expediente clínico un resumen clínico con los elementos establecidos en la fase c).

(A). Referencia de apoyo.

- Expedientes clínicos de pacientes en programa de hemodiálisis con evidencia completa de las tres fases: ingreso, sesiones y resumen mensual.
- Formatos institucionales para la monitorización clínica pre, trans y post diálisis.
- Resultados de serología viral y estudios diagnósticos integrados al expediente.
- Protocolos institucionales de evaluación inicial, monitorización y seguimiento.
- Registros de revisión mensual por parte de personal clínico (firmas, hojas de resumen, notas de seguimiento).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

- Auditorías internas que verifiquen el cumplimiento de este estándar.

D. INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

a. Estándar 1/36. Planeación individualizada de la atención al paciente.

1. Guía.

La atención clínica que se brinda a cada paciente en el establecimiento de hemodiálisis debe ser planeada de forma oportuna, estructurada y basada en las necesidades identificadas durante su proceso de valoración inicial, así como en los resultados generados por servicios auxiliares de diagnóstico y sus reevaluaciones posteriores.

El propósito de esta planeación es asegurar intervenciones personalizadas, adecuadas a la condición clínica del paciente, que se actualicen en función de su evolución y cambios en el estado de salud. Esta planeación debe contemplar de manera activa la participación del paciente y, cuando corresponda, de su familia o cuidador primario.

La planeación debe ser continua y estar alineada con las valoraciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención, permitiendo priorizar de manera ordenada los cuidados, tratamientos o procedimientos necesarios. Su actualización puede responder a cambios clínicos esperados o inesperados, como resultados anormales en estudios, evolución favorable, complicaciones o reacciones adversas.

i. Requerimiento auditable.

(1) La atención de cada paciente es planeada de forma oportuna desde su ingreso al tratamiento.

(2) La planeación está fundamentada en los resultados de la valoración inicial y en la información derivada de servicios auxiliares de diagnóstico.

(3) La planeación de la atención se revisa y actualiza de acuerdo con los cambios clínicos identificados durante el seguimiento o reevaluaciones.

(4) La atención brindada al paciente corresponde con lo documentado en la planeación.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro clínico de la planeación de cuidados, tratamientos y procedimientos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formatos o secciones del expediente clínico que integren la valoración inicial, diagnósticos, y planes individuales de atención.
- Evidencia documental de participación del paciente y/o cuidador primario en la toma de decisiones.
- Resultados de laboratorio, gabinete o servicios auxiliares relacionados con decisiones clínicas.
- Notas de evolución que documenten revisión o actualización del plan de atención.
- Auditorías internas que verifiquen congruencia entre valoración, planeación y atención proporcionada.

b. Estándar 2/36. Participación activa del paciente en los procesos de atención.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar, respaldar y promover la participación activa del paciente (y cuando corresponda, de su cuidador primario) en todas las fases del proceso de atención. Esta participación se basa en el respeto a la autonomía, el derecho a la información, la toma de decisiones compartida y la corresponsabilidad en el cuidado.

La participación puede incluir:

a) Formular preguntas sobre su estado de salud, tratamiento o proceso de atención.
b) Expresar preferencias culturales o personales que deben ser consideradas en la atención.
c) Participar en la elección entre alternativas terapéuticas, incluyendo el rechazo procedimientos o tratamientos.
d) Colaborar en la planeación de los cuidados domiciliarios.

El establecimiento debe brindar capacitación al personal clínico y no clínico sobre su rol y responsabilidad para facilitar la participación del paciente, así como, la implementación de estrategias para facilitar la comunicación, diálogo abierto y toma de decisiones.

Cuando un paciente no pueda participar directamente, se debe garantizar que su cuidador primario participe en su representación, respetando la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado mecanismos para promover la participación activa del paciente en su proceso de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El personal conoce y aplica prácticas para facilitar la participación del paciente y/o cuidador primario en decisiones clínicas.
(3)Se dispone de evidencia documental (cuando aplica) de que el paciente ha sido involucrado en decisiones sobre su tratamiento o proceso de atención.
(4)El establecimiento ha capacitado a su personal clínico y no clínico sobre su rol en el respaldo a la participación activa del paciente y el respeto a su autonomía.
(5)Cuando el paciente no puede participar directamente, se promueve y documenta la participación de su cuidador primario.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos institucionales sobre consentimiento informado, toma de decisiones compartidas o participación del paciente.
- Registros clínicos donde se documente la decisión del paciente o del cuidador primario.
- Formatos o secciones del expediente clínico que capturan decisiones del paciente (por ejemplo, rechazos, elecciones de tratamiento, preferencias).
- Materiales educativos dirigidos al paciente y cuidador primario que fomenten su participación activa.
- Listas de asistencia y contenidos de sesiones de capacitación al personal sobre participación del paciente y derechos del paciente.
- Encuestas de experiencia del paciente que evalúan percepción sobre su participación

c. Estándar 3/36. Participación activa del paciente en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que los métodos utilizados para proporcionar educación al paciente y, cuando corresponda, al cuidador primario, se adapten a sus características, barreras, y que promuevan su participación activa en el proceso de atención.

Esta participación implica no solo recibir información, sino tener la oportunidad de expresar dudas, inquietudes, percepciones o desacuerdos, lo que permite al personal clínico adaptar la comunicación, validar la comprensión y reforzar el aprendizaje.

El establecimiento reconoce la importancia del papel que desempeña el paciente en la atención como parte del proceso educativo, y utiliza

SIN VALIDEZ OFICIAL

métodos y materiales ajustados a las necesidades del paciente, como folletos, imágenes, modelos anatómicos, videos o demostraciones prácticas, cuando sea necesario.
El establecimiento decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal, el uso de materiales escritos debe considerarse como una herramienta de apoyo para reforzar, especialmente en pacientes con dificultad de comprensión, retención o en aquellos que requieren apoyo domiciliario por parte de cuidadores.
El personal responsable de proporcionar educación debe estar capacitado para aplicar principios de educación centrada en la persona, identificar barreras para el aprendizaje, utilizar distintos enfoques didácticos, y fomentar la participación activa de los pacientes en su proceso de atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento implementa acciones para promover la participación activa del paciente durante la educación, incluyendo la expresión de dudas y retroalimentación.
(2)La educación verbal se refuerza con materiales escritos, visuales o didácticos, cuando corresponde, según las barreras o preferencias del paciente o su cuidador primario.
(3)El personal que imparte la educación ha recibido capacitación para seleccionar métodos adecuados, validar la comprensión de la información y fomentar su participación activa.
(4)Se documenta en el expediente clínico o registro educativo el tipo de método utilizado, incluyendo materiales entregados o reforzadores empleados.

(A). Referencia de apoyo

- Guía institucional o lineamiento sobre métodos educativos y participación activa del paciente.
- Materiales didácticos validados y adaptados (folletos, carteles, pictogramas, modelos de demostración).
- Registro de sesiones educativas con evidencia del método y materiales utilizados.
- Encuestas de satisfacción o retroalimentación del paciente sobre la comprensión de la información recibida.
- Registro de capacitación del personal en estrategias de educación centrada en la persona y comunicación efectiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/36. Participación de terceros en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que el proceso educativo contemple la participación activa de terceros, cuando el paciente, por su condición clínica, edad, limitaciones sensoriales, cognitivas o sociales, no pueda comprender o aplicar por sí mismo la información recibida.

Esta práctica fortalece la continuidad del tratamiento y el vínculo entre el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo. Estos terceros pueden ser familiares, cuidadores primarios, amigos u otras personas que apoyan directamente en la atención del paciente.

El establecimiento debe definir formalmente:

a) Las situaciones o criterios en que corresponde proporcionar educación a terceros.
b) El tipo de información que debe comunicarse.
c) Quiénes pueden ser considerados terceros autorizados para recibir los tipos de información, conforme a la legislación aplicable vigente.
d) Los mecanismos para garantizar el consentimiento del paciente cuando corresponda.
e) El lugar donde se documenta esta intervención educativa, dejando constancia del contenido educativo brindado, la persona que lo recibió, fecha y medio de entrega (verbal, escrita, etc.)

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión y rol que desempeñe el tercero en la atención. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente en su proceso educativo los criterios y situaciones en las que corresponde proporcionar educación a terceros.
(2) Se documenta la información proporcionada al tercero, incluyendo el contenido, fecha, medio de entrega y nombre del receptor.
(3) Se identifica adecuadamente a los terceros que reciben la educación, y cuando corresponde, se cuenta con el consentimiento informado del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado que incluye lineamientos para la educación a terceros.
- Registro de consentimiento informado cuando corresponde.
- Formatos o secciones del expediente clínico para documentar la educación a terceros.
- Registros de sesiones educativas impartidas a cuidadores o familiares.
- Evidencia de capacitación al personal sobre trato digno, comunicación efectiva y educación inclusiva.
- Material educativo adaptado para cuidadores o terceros no profesionales.
- Informes de evaluación o retroalimentación del impacto de la educación brindada a terceros.

e. Estándar 5/36. Información al paciente sobre su proceso de atención.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que el paciente (y, cuando corresponda, su cuidador primario o representante legal) reciba información comprensible, suficiente y oportuna sobre su estado de salud, los diagnósticos identificados, el tratamiento propuesto, y cualquier situación clínica relevante para la toma de decisiones, conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe de considerar, al menos, que el paciente debe conocer:

a) El momento, la frecuencia y el personal responsable de proporcionar la información clínica.
b) El tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participan.
c) El proceso para la obtención del consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnóstico o tratamiento lo requieren, conforme a la legislación aplicable vigente.

Durante todo el proceso de atención, los pacientes y cuidadores primarios deben ser informados sobre los resultados de la atención y tratamientos planeados. También deben ser notificados de manera oportuna sobre resultados imprevistos de la atención y tratamiento, eventos adversos o cambios relevantes en el pronóstico o plan terapéutico.

El establecimiento debe adaptar la forma de brindar esta información a las características del paciente: el idioma, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente, y garantizar el respeto a su voluntad

SIN VALIDEZ OFICIAL

sobre recibir directamente la información o delegarla a un tercero responsable de la toma de decisiones (familiares, tutor o representante legal).

El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano. El establecimiento define los mecanismos para documentar en el expediente clínico, el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación de la comprensión de la información, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar información clínica al paciente y su cuidador primario, incluyendo personal responsable, tiempos y formas.

(2) Se informa al paciente y/o cuidador primario, de manera clara y comprensible, sobre su estado de salud, diagnósticos confirmados y tratamientos propuestos y cualquier otra situación clínica relevante, y se valida la comprensión de la información recibida.

(3) Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a participar en decisiones clínicas y rechazar tratamientos cuando así lo deseen.

(4) Se comunica al paciente y/o cuidador primario sobre los procesos que requieren consentimiento informado y el proceso para otorgarlo, conforme a la legislación aplicable vigente.

(5) El personal clínico responsable informa al paciente sobre resultados esperados e imprevistos relacionados con su tratamiento, incluyendo eventos adversos.

(6) Cuando el paciente no desea recibir directamente la información, se documenta su decisión y se comunica a su representante autorizado.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional de entrega de información clínica al paciente.
- Documentos de consentimiento informado (firmados o con registro de negativa).
- Notas médicas que registran comunicación de diagnóstico, alternativas terapéuticas y seguimiento.
- Registro de capacitación al personal sobre derechos del paciente y comunicación clínica efectiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de materiales de apoyo para facilitar la comprensión (folletos, carteles, materiales visuales).

f. Estándar 6/36. Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que los pacientes y, cuando corresponda, sus cuidadores primarios, sean informados de manera clara, oportuna y comprensible sobre los resultados derivados de su atención clínica, incluyendo tanto los resultados esperados como aquellos que sean imprevistos o adversos.

Una adecuada retroalimentación hacia el paciente fortalece la confianza, promueve la participación activa en las decisiones.

Cuando ocurren eventos imprevistos (por ejemplo, reacciones adversas, errores clínicos, complicaciones inesperadas o resultados diferentes a los anticipados), el personal clínico responsable debe comunicar esta información de forma veraz, empática y documentada.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre los resultados de su atención y tratamiento.

(2)El establecimiento informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre cualquier resultado imprevisto derivado de la atención o tratamiento recibido.

(3)La información comunicada es documentada en el expediente clínico, incluyendo la fecha, contenido del mensaje y la persona que realizó la comunicación.

(A). Referencia de apoyo.

- Expediente clínico con evidencia de que se informó al paciente o familiar sobre resultados clínicos (ej. notas de evolución, interconsulta, consentimiento complementario).
- Registro escrito de notificación de eventos imprevistos (cuando aplique).
- Política o lineamiento institucional sobre comunicación de resultados o eventos adversos a pacientes y familiares.
- Encuestas de satisfacción o retroalimentación del paciente donde se evalúe la claridad y oportunidad de la información recibida.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Bitácoras de sesiones clínicas o reuniones de información con pacientes o familiares, cuando exista comunicación estructurada de resultados en grupo.

g. Estándar 7/36. Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que el paciente (y cuando corresponda, su representante legal) reciba información clara y comprensible sobre su derecho a rechazar o suspender el tratamiento, así como sobre las implicaciones clínicas y resultados potenciales, y sus responsabilidades relacionadas con la decisión.

El personal clínico debe explicar las consecuencias previsibles de no recibir o suspender el tratamiento y registrar de forma clara esta decisión en el expediente clínico. Esta información debe incluir alternativas terapéuticas disponibles, posibles efectos adversos y procesos de atención paliativa o de continuidad cuando sea aplicable.

En situaciones complejas, como la negativa a continuar tratamientos que puedan prolongar la vida de manera innecesaria, el establecimiento debe contar con lineamientos ético-legales definidos, basados en la legislación aplicable vigente en la entidad federativa correspondiente.

Además, el establecimiento debe promover una cultura de respeto a la autonomía del paciente y asegurar que su voluntad sea tomada en cuenta y documentada, incluso si decide delegar esta facultad a su representante legal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El paciente, su cuidador primario o representante legal, recibe información sobre su derecho a rechazar o suspender el tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) Se informa al paciente sobre las consecuencias clínicas y resultados potenciales de rechazar o suspender el tratamiento, así como, sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.

(3) El establecimiento informa a los pacientes, cuidador primario o representante legal de las alternativas de tratamiento, si corresponde.

(4) La decisión del paciente o representante legal sobre rechazar o suspender el tratamiento se documenta de manera clara en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Cuando aplica, el establecimiento ha definido procesos para actuar ante la negativa del paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos que pretendan prolongar innecesariamente la vida, conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones institucionales para rechazo o suspensión de tratamientos.
- Formatos o plantillas para el registro de decisiones clínicas relevantes.
- Evidencia documental de consentimiento informado negativo o de suspensión voluntaria del tratamiento.
- Capacitación al personal clínico en aspectos ético-legales del rechazo a tratamientos.
- Registros clínicos de comunicación con pacientes/cuidadores sobre alternativas terapéuticas y consecuencias del rechazo.

h. Estándar 8/36. Protección de la privacidad del paciente durante la atención.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe respetar la necesidad de privacidad de cada paciente durante las distintas fases del proceso de atención, incluyendo entrevistas clínicas, valoraciones, procedimientos y sesiones de tratamiento.

La privacidad no solo se refiere al entorno físico (barreras visuales o auditivas), sino también a la confidencialidad de la información, el trato durante procedimientos clínicos y la comunicación con familiares o terceros (evitar conversaciones del estado clínico del paciente en presencia de otras personas sin consentimiento). Cada paciente puede tener expectativas distintas respecto a su privacidad, las cuales pueden cambiar con el tiempo o en diferentes contextos clínicos.

El personal debe consultar al paciente de forma directa o indirecta sobre sus expectativas o necesidades relacionadas con su privacidad, y adaptar la atención conforme a estas preferencias. Aunque esta comunicación no requiere documentarse, el establecimiento debe contar acciones que orienten al personal sobre cómo responder ante una solicitud expresa de privacidad.

Los líderes del establecimiento son responsables de generar una cultura de respeto y de establecer las condiciones que favorezcan la

SIN VALIDEZ OFICIAL

privacidad, incluso en situaciones de atención simultánea o en salas compartidas, o cuando los pacientes así lo soliciten.

i. Requerimiento auditable.

(1)El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad del paciente durante la atención clínica, y adapta su comportamiento y comunicación de acuerdo con estas.

(2)Las solicitudes expresas de privacidad realizadas por los pacientes son respetadas en todo momento, incluyendo entrevistas, procedimientos, sesiones de tratamiento y traslados.

(3)El establecimiento ha definido e implementado acciones que permitan brindar privacidad adicional cuando el paciente lo requiere.

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamiento o protocolo institucional sobre privacidad durante la atención clínica.
- Registros de capacitación del personal sobre privacidad, confidencialidad y comunicación respetuosa.
- Evidencia de condiciones estructurales que favorecen la privacidad: biombos, cortinas, separación de espacios, señalización de zonas restringidas, etc.

i. Estándar 9/36. Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un proceso definido y documentado para proteger y resguardar los objetos personales de los pacientes, cuando aplique, durante su estancia o tratamiento, especialmente cuando, por su condición física, edad o nivel de conciencia no puedan hacerse cargo de sus pertenencias.

El establecimiento es responsable de definir, comunicar e implementar medidas que prevengan el extravío, robo o daño de estos objetos, incluyendo ropa, artículos personales, documentos, dispositivos de apoyo (como bastones, lentes, prótesis), entre otros.

Este proceso debe ser aplicable a todas las áreas del establecimiento donde se atienda a pacientes, incluyendo salas de espera, áreas clínicas, y espacios de tratamiento. Debe considerar los casos en el que los pacientes no puedan tomar decisiones por sí mismos, el establecimiento debe establecer mecanismos de resguardo, notificación al cuidador primario, y registro documentado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Como parte del proceso, el establecimiento debe:

a) Informar al paciente o a su cuidador primario sobre la política de manejo de objetos personales.
b) Registrar, si corresponde, los objetos resguardados bajo custodia del establecimiento.
c) Establecer mecanismos de devolución seguros y documentados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.
(2) Los pacientes y/o sus cuidadores primarios reciben información clara sobre el proceso de resguardo de pertenencias.
(3) Cuando corresponde, el establecimiento documenta los objetos personales bajo su custodia y los mecanismos de resguardo aplicados.
(4) El personal conoce el procedimiento y lo aplica de forma consistente con lo definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para el resguardo de pertenencias de pacientes.
- Formato de registro de objetos personales bajo custodia del establecimiento.
- Material informativo entregado al paciente y cuidador primario sobre el manejo de objetos personales.
- Evidencia de devolución de pertenencias con firma de conformidad, si corresponde.
- Capacitación del personal en el procedimiento de resguardo y manejo de pertenencias.

j. Estándar 10/36. Documentación de indicaciones clínicas.

1. Guía.

En el establecimiento de hemodiálisis, las actividades clínicas incluyen múltiples tipos de indicaciones: administración de medicamentos, ajustes en la terapia dialítica, uso de servicios auxiliares de diagnóstico, cuidados de enfermería, nutrición y otros servicios auxiliares. La correcta emisión, localización y ejecución de estas indicaciones es fundamental para garantizar la continuidad, seguridad y eficacia del tratamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso para la emisión y documentación de indicaciones clínicas, el cual describa, al menos, lo siguiente:

a) Personal clínico competente autorizado a emitir indicaciones.
b) Ubicación uniforme de las indicaciones dentro del expediente clínico, asegurando un lugar claro y accesible, permitiendo su consulta y ejecución oportuna por parte del equipo multidisciplinario.
c) Qué tipo de indicaciones deben justificarse explícitamente para promover su uso racional, si corresponde. (por ejemplo: estudios auxiliares de diagnóstico).
d) Las acciones a seguir ante indicaciones ilegibles, confusas o incompletas.
e) Las consideraciones especiales y excepciones, como situaciones de urgencia consideradas en la AESP 2.

Las indicaciones deben ser claras, completas y comprensibles, y deben estar disponibles para su ejecución en el momento oportuno. Su correcta documentación es esencial para garantizar la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la trazabilidad clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la emisión y documentación de indicaciones clínicas.
(2) El proceso incluye al menos los elementos mencionados en el inciso a) al e) de la guía.
(3) Las indicaciones clínicas documentadas cumplen con lo definido por el proceso institucional.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la emisión y documentación de indicaciones clínicas.
- Manual o política que defina las atribuciones del personal autorizado.
- Formatos o estructuras del expediente clínico que integren las indicaciones de manera visible y ordenada.
- Registros clínicos que evidencien la ejecución de las indicaciones.
- Registros de capacitación del personal clínico sobre la emisión de indicaciones.
- Bitácoras, hojas de enfermería o reportes de seguimiento donde se observe la ejecución de las indicaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Proceso para el manejo de indicaciones ilegibles o urgentes.

k. Estándar 11/36. Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que todo procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado al paciente (ya sea invasivo o no invasivo) se documente de forma clara, completa y oportuna en el expediente clínico, conforme a la regulación aplicable vigente. Esta documentación debe incluir tanto la ejecución del procedimiento como los resultados obtenidos, incluso si estos se emiten con posterioridad.

La información registrada debe contener, al menos: el nombre del procedimiento, la fecha y hora de realización, la técnica utilizada (cuando corresponda), los hallazgos o resultados clínicos (incluso si fueron normales o sin complicaciones), las complicaciones identificadas en caso de haberlas, y el nombre completo del personal clínico responsable.

En los casos en que los resultados se generan de forma diferida (por ejemplo, biopsias, estudios histopatológicos, cultivos o pruebas de gabinete enviadas a análisis externos), el personal clínico debe dar seguimiento activo a dichos resultados, integrarlos al expediente clínico y tomar las decisiones clínicas correspondientes.

La documentación precisa y oportuna de los procedimientos es esencial para garantizar la continuidad y trazabilidad de la atención, coordinar decisiones clínicas subsecuentes y fortalecer la seguridad del paciente, al prevenir duplicidades, omisiones o decisiones sin sustento clínico. La falta de registro o seguimiento puede traducirse en fallas asistenciales, pérdida de oportunidades diagnósticas o retrasos terapéuticos.

Es responsabilidad de los líderes del establecimiento supervisar que la documentación de los procedimientos sea sistemática y que se asegure el seguimiento a los resultados diferidos.

i. Requerimiento auditable.

(1)Todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados al paciente son documentados en el expediente clínico.

(2)Los resultados derivados de los procedimientos realizados (hallazgos clínicos, reportes, imágenes, valores técnicos) también se integran oportunamente al expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Cuando los resultados se emiten en forma diferida, el personal clínico da seguimiento activo a su integración en el expediente y toma decisiones clínicas basadas en dichos resultados.
(4)El establecimiento supervisa que la documentación de procedimientos y el seguimiento de resultados se realicen de manera sistemática.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros en el expediente clínico donde se documente de forma estructurada la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Informe o resultado de procedimientos diferidos (ej. estudios histopatológicos, biopsias, cultivos, imágenes) integrados al expediente clínico.
- Notas médicas o de evolución donde se evidencie que el profesional clínico dio seguimiento y tomó decisiones clínicas con base en resultados recibidos con posterioridad.
- Bitácoras, hojas de procedimiento o plantillas institucionales para el registro estandarizado de procedimientos y resultados.
- Supervisiones o auditorías clínicas internas del expediente clínico electrónico, que verifiquen que existe trazabilidad entre el procedimiento, su resultado y la decisión clínica posterior.
- Política institucional o lineamientos de documentación clínica, donde se especifique la obligatoriedad de registrar todos los procedimientos y realizar seguimiento a los resultados posteriores.
- Formatos o sistemas electrónicos (si aplica) que garanticen visibilidad de los resultados en diferido y alertas de seguimiento pendientes (en sistemas de expediente clínico electrónico).

I. Estándar I2/36. Proceso para la obtención del consentimiento informado. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe definir, documentar e implementar un proceso formal para la obtención del consentimiento informado, como un componente esencial del respeto a la autonomía del paciente y su participación activa en las decisiones clínicas, conforme a la legislación aplicable vigente.
Para que el consentimiento sea válido, este proceso debe asegurar que la información acerca del acto que se autoriza sea:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Otorgada previo a la realización del procedimiento o tratamiento que lo requiera.
b) Basada en información veraz, suficiente y comprensible, adaptada al nivel educativo, cultural o cognitivo del paciente.
c) Proporcionada por personal de salud competente y autorizado para brindar la información y recabar el consentimiento.
d) Ratificada la comprensión de la información por parte del paciente o, cuando corresponda, su representante legal.
e) Documentada por escrito en el expediente clínico, mediante firma u otro medio válido conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento identifica los momentos del proceso de atención que requieren consentimiento informado, por ejemplo, procedimientos generales (como el ingreso al programa de hemodiálisis), tratamientos específicos (uso de catéteres, medicamentos especiales), o situaciones de alto riesgo clínico (reutilización de filtros, si aplica).

Se informa a los pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. También deben estar informados sobre quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento.

El personal clínico involucrado debe ser capacitado para informar a los sobre el proceso de consentimiento informado, sus fundamentos éticos y legales, así como el rol que les corresponde conforme a las funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano. El establecimiento debe contar con mecanismos para supervisar el cumplimiento del proceso.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la obtención del consentimiento informado, acorde a la legislación aplicable vigente.

(2) Los pacientes otorgan el consentimiento informado antes de procedimientos o tratamientos que así lo requieren, conforme al proceso definido.

(3) El consentimiento informado queda documentado mediante firma, huella u otro medio legalmente válido, y se integra al expediente clínico.

(4) El establecimiento capacita al personal clínico responsable en la correcta implementación del proceso de consentimiento informado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Proceso institucional para la obtención del consentimiento informado.
- Listado o protocolo de procedimientos que requieren consentimiento informado.
- Formatos de consentimiento informado (general, especial, de procedimientos).
- Ejemplos documentados en expedientes clínicos.
- Materiales de apoyo al paciente para explicar el consentimiento (folletos, guías, pictogramas).
- Registros de capacitación del personal clínico sobre consentimiento informado.
- Evaluación del proceso en auditorías internas o comités de calidad.

m.Estándar 13/36. Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que los pacientes (y, cuando corresponda, su cuidador primario o representante legal) reciban información veraz, suficiente, comprensible y oportuna para participar en las decisiones clínicas y otorgar su consentimiento informado de manera libre y consciente, conforme a la legislación aplicable vigente.

La información debe ser proporcionada por personal de salud competente y autorizado, y adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. Debe incluir al menos:

a) El diagnóstico o estado de salud identificado.
b) El procedimiento o tratamiento propuesto (acto autorizado).
c) Los beneficios, riesgos y alternativas al tratamiento.
d) Los posibles resultados si el paciente decide no someterse al tratamiento.
e) Las probabilidades de éxito y los posibles efectos adversos durante la recuperación.
f) El nombre del profesional de salud responsable del procedimiento.

Este consentimiento debe ser documentado por escrito en el expediente clínico (en todos los casos, la información proporcionada debe haber sido previamente comprendida y ratificada) y debe contener, como mínimo, los elementos establecidos en la legislación aplicable vigente:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Datos de identificación de la institución.
ii. Lugar y fecha en que se emite;
iii. Acto autorizado;
iv. Objetivos;
v. Posibles beneficios y riesgos esperados del acto médico autorizado;
vi. Alternativas de tratamiento
vii. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado;
viii. Nombre completo y firma del paciente. Si el paciente no puede firmar por su condición clínica, se debe registrar el nombre completo y firma del familiar más cercano, tutor o representante legal.
ix. Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y responsable del acto específico que fue otorgado;
x. Nombre completo y firma de dos testigos.

El proceso definido por el establecimiento debe contemplar la participación de un tercero cuando el consentimiento puede ser otorgado directamente por el paciente o, cuando este no pueda decidir por sí mismo (por ejemplo, por estado clínico o por ser menor de edad), por su representante legal, tutor o familiar más cercano, conforme a lo establecido en la legislación aplicable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar información clínica suficiente, comprensible y oportuna a los pacientes y cuidadores primarios antes de obtener el consentimiento informado.
(2) La información entregada al paciente incluye el diagnóstico, tratamiento propuesto, beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias de no tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.
(3) Se informa y documenta el nombre del profesional responsable del procedimiento o tratamiento.
(4) Cuando el paciente no puede otorgar el consentimiento, se identifica y documenta al tercero legalmente autorizado para hacerlo.
(5) Se integra la carta de consentimiento informado debidamente requisitada al expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.
(6) Se documenta en el expediente clínico la entrega de información, la comprensión del paciente y el acto de consentimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso para la obtención del consentimiento informado.
- Formato institucional de consentimiento informado.
- Registros de capacitación del personal sobre consentimiento informado y derechos del paciente.
- Copia del consentimiento informado debidamente requisitado y archivado en el expediente clínico.
- Registros de revisión y auditoría de expedientes clínicos.

n. Estándar 14/36. Obtención del consentimiento informado al ingreso del paciente al establecimiento.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe obtener un consentimiento informado general al momento del ingreso del paciente al programa de tratamiento sustitutivo con hemodiálisis, como parte del proceso inicial de atención. Este consentimiento representa la aceptación voluntaria del paciente para recibir atención clínica continua bajo las condiciones definidas por el establecimiento, en ocasiones llamado "consentimiento informado general" o "consentimiento informado de ingreso/admisión".

La información proporcionada debe incluir:

a) El alcance del consentimiento informado general (por ejemplo, monitoreo clínico regular, acceso vascular, procedimientos de rutina, etc.).
b) La aclaración de que para ciertos procedimientos adicionales (como terapia de hemodiálisis, inserción de catéteres, administración de medicamentos especiales, reutilización de filtros, etc.), se requerirá un consentimiento específico adicional.

Si corresponde, se informa la participación potencial de recursos humanos en formación durante su atención, y se documenta en la carta de consentimiento informado conforme a la legislación aplicable vigente.

El consentimiento debe ser otorgado por el paciente o, en su defecto, por su tutor, familiar o representante legal, conforme a lo establecido en la legislación vigente. El establecimiento debe definir y documentar cómo este consentimiento se registra, archiva y actualiza dentro del expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento informa al paciente y/o su cuidador primario sobre el alcance del consentimiento informado de ingreso.

(2)Se obtiene el consentimiento informado de ingreso al establecimiento, incluyendo el ingreso al programa de hemodiálisis y el inicio del tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

(3)El establecimiento ha definido como se documenta y archiva la carta de consentimiento de ingreso en el expediente clínico.

(4)Cuando corresponde, se documenta en el consentimiento informado de ingreso la participación de personal en formación en los procesos de atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato de consentimiento informado general de ingreso.
- Procesos institucionales relacionados con el consentimiento informado.
- Materiales informativos entregados al paciente sobre el alcance del consentimiento.
- Registro de capacitación del personal sobre el proceso de obtención del consentimiento.

o. Estándar 15/36. Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe obtener un consentimiento informado específico antes de realizar procedimientos clínicos considerados de alto riesgo o que impliquen decisiones sensibles por parte del paciente, conforme a la legislación aplicable vigente.

Estos procedimientos incluyen, al menos:

a) Inicio del tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.
b) Inserción, cambio o uso de catéteres vasculares temporales o permanentes.
c) Reutilización de filtros de hemodiálisis (cuando aplique).
d) Administración de medicamentos especiales.
e) Procedimientos invasivos o diagnósticos que impliquen riesgo.

Además, el establecimiento debe identificar, mediante un análisis institucional multidisciplinario, otras situaciones especiales en las que sea necesario obtener un consentimiento informado por escrito, más allá de los procedimientos clínicos definidos. Estos consentimientos informados especiales pueden incluir, por ejemplo:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Consentimiento para el uso de sujeciones físicas (cuando aplique y esté permitido).
ii. Participación en investigaciones clínicas u observacionales.
iii. Grabaciones con fines educativos o documentales.
iv. Otros casos definidos por la práctica institucional, la experiencia del paciente o la legislación aplicable vigente.

El proceso debe asegurar que la información sea clara, suficiente y comprensible, e incluir al menos: beneficios esperados, riesgos asociados, alternativas terapéuticas y consecuencias del rechazo. El consentimiento debe ser otorgado por el paciente o, cuando corresponda, por su tutor, familiar o representante legal. La persona profesional de salud que proporciona la información debe estar debidamente autorizada, y su identidad debe quedar documentada.

El consentimiento debe registrarse e integrarse al expediente clínico antes de la realización del procedimiento o evento.

El contenido, estructura, responsables del consentimiento informado deben alinearse con lo establecido en el estándar de comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado, que define de forma integral los elementos mínimos requeridos, el proceso de entrega de información y la documentación en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado los procedimientos clínicos de alto riesgo que requieren consentimiento informado específico conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) Se obtiene y documenta el consentimiento informado específico antes de realizar cualquier procedimiento clínico de alto riesgo.
(3) El establecimiento ha realizado un análisis institucional para identificar y documentar las situaciones especiales en las que se requiere consentimiento informado especial.
(4) Se obtienen consentimientos informados especiales por escrito en las situaciones definidas por el establecimiento.
(5) El consentimiento informado específico o especial se documenta e integra en el expediente clínico antes del procedimiento correspondiente.
(6) El profesional de salud que proporciona la información y obtiene el consentimiento está identificado, capacitado y autorizado por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la obtención de consentimientos informados, que incluya los específicos y especiales.
- Listado institucional de procedimientos de alto riesgo y situaciones especiales que requieren consentimiento informado.
- Formatos de consentimiento informado específico y especial.
- Registros de capacitación del personal clínico sobre el proceso de consentimiento informado.
- Evidencia de integración de los consentimientos al expediente clínico.
- Actas o reportes de análisis institucional donde se hayan definido las situaciones especiales.

p. Estándar 16/36. Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso estructurado de educación para el paciente y, cuando corresponda, para su cuidador primario, con el fin de fortalecer la participación activa en el tratamiento, la adherencia terapéutica y la seguridad de la atención.

Este proceso debe desarrollarse de forma continua, desde el ingreso al programa y en todas las fases de la atención, considerando la misión del establecimiento, el contexto del establecimiento y los servicios brindados, las necesidades particulares del paciente, su condición clínica, su entorno familiar y los lineamientos del modelo de calidad en salud.

La educación debe ser proporcionada de forma verbal y escrita, en un lenguaje claro y comprensible, utilizando apoyos visuales o materiales adaptados cuando sea necesario.

El establecimiento debe contemplar al menos cuatro perspectivas:

a) Educación basada en las necesidades específicas del paciente

i. La educación que responde directamente a las dudas, preocupaciones manifestadas sobre el tratamiento, expectativas, cuidados domiciliarios, preparación antes y después de cada sesión.

ii. No se limita a información general, sino que parte de lo que el paciente necesita o quiere saber en un momento específico de su tratamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Educación basada en la condición clínica del paciente y aspectos relacionados con programas de prevención y promoción de la salud
   i. La educación específica para la situación médica del paciente: su enfermedad renal crónica, tratamiento con hemodiálisis, dieta, medicamentos, comorbilidades, y riesgos clínicos. Informa sobre el manejo, autocuidado, signos de alarma y adaptación al tratamiento.
   ii. El establecimiento cuenta con programas de prevención y promoción de la salud que se consideren prioridades dentro del establecimiento, de acuerdo a la población que atiende, su misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente, se pueden incluir:
      – Salud Materna y Perinatal.
      – Atención integral del adolescente.
      – Atención integral del adulto mayor.
      – Enfermedades crónico-degenerativas prevenibles (sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardio y cerebrovasculares).
      – Prevención y control de la tuberculosis.
      – Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia).
      – Violencia Familiar.
      – Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
      – Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (cervicouterino, mama, próstata).
      – Infecciones respiratorias (incluyendo influenza y COVID-19).
      – Enfermedades diarreicas.
      – Adicciones.
      – Salud Bucal.
      – Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona.

c) Educación organizacional
   i. La educación que todas las personas que ingresan al establecimiento deben recibir, con base a un análisis multidisciplinario del contexto del establecimiento, para conocer cómo funciona el establecimiento de hemodiálisis, su reglamento interno, horarios, manejo de citas, servicios disponibles, terceros pagadores, canales de comunicación, la dinámica de atención, derechos y responsabilidades del paciente.

d) Educación sobre las barreras de seguridad del paciente, acorde al MOCEBPASS.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Se refiere a los aspectos de educación relacionados con la participación activa del paciente en los procesos del modelo y las barreras de seguridad. Se considera al menos:
   – Higiene de manos
   – Riesgo de caídas
   – Dolor
   – Medicación segura

El establecimiento planifica sus recursos, para educar al paciente y su cuidador primario, de manera eficiente y efectiva. La educación se proporciona de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario. Por consiguiente, el establecimiento puede optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

• Designar un coordinador de educación.
• Crear un comité de educación.
• Crear un servicio de educación.
• Trabajar con todo el personal.

Como parte del proceso educativo, el establecimiento define:

• Un proceso de evaluación del aprendizaje adquirido por el paciente y su cuidador primario. Por ejemplo, pedir al paciente que explique lo que la información compartida.
• La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.
• El lugar en el expediente clínico donde se documenta la educación de cada una de las cuatro perspectivas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado proceso para la educación al paciente y cuidador primario, incluyendo al menos las cuatro perspectivas descritas.
(2) El establecimiento ha definido cómo se evalúa el aprendizaje del paciente y/o cuidador primario.
(3) El establecimiento ha definido el lugar y la forma en que debe documentarse cada tipo de educación.
(4) Se documenta en el expediente clínico o registros correspondientes la educación proporcionada, conforme a lo definido por el establecimiento.
(5) Existen materiales educativos adaptados al nivel de comprensión del paciente o cuidador primario, y se usan como apoyo cuando corresponde.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Programa educativo institucional estructurado para pacientes en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis y sus cuidadores primarios.
- Materiales educativos desarrollados o adaptados por el establecimiento (folletos, infografías, carteles, videos, pictogramas).
- Formatos de registro de sesiones educativas, individuales o grupales, vinculadas a los diferentes enfoques del estándar.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente y/o cuidador primario, incluyendo listas de verificación, encuestas breves o preguntas dirigidas.
- Evidencia documental de capacitación al personal clínico y no clínico sobre estrategias de educación, comunicación efectiva y trato digno.
- Protocolos o lineamientos institucionales sobre cómo y dónde se documenta cada tipo de educación
- Reportes de supervisión o auditoría del cumplimiento del proceso educativo.
- Actas o registros del comité, responsable o equipo multidisciplinario de educación (si aplica).

q. Estándar 17/36. Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso sistemático para proporcionar educación al paciente, y cuando corresponda, a su cuidador primario. La identificación de temas será con base en su condición clínica específica, sus comorbilidades y factores de riesgo.

Este enfoque del proceso educativo se orienta a brindar información que permita al paciente tomar decisiones fundamentadas, comprender su tratamiento, prevenir complicaciones y participar activamente en el mantenimiento de su salud dentro y fuera del establecimiento.

La educación se proporciona desde el ingreso al programa de hemodiálisis, durante todo el tratamiento y en cada momento clínico relevante. El contenido educativo deberá actualizarse cuando exista un cambio clínico significativo, complicación nueva, ajuste en la prescripción o necesidad de educación reforzada derivada de eventos previos.

La educación debe contemplar, al menos, dos grupos de temas:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Temas clínicos directamente relacionados con la atención del paciente. Incluye:
   i) Uso seguro y efectivo de medicamentos prescritos durante y fuera de las sesiones de hemodiálisis.
   ii) Uso seguro y efectivo del equipo médico relacionado con su atención (máquina de hemodiálisis, monitoreo de signos vitales, cuidados del acceso vascular, etc.).
   iii) Recomendaciones nutricionales y de hidratación individualizadas según la condición del paciente.
   iv) Manejo del dolor relacionado con el tratamiento u otras condiciones clínicas.
   v) Técnicas de rehabilitación física o recomendaciones de actividad adaptadas a la situación funcional del paciente.

Esta información debe ser entregada de manera clara, en el momento clínico oportuno, y con seguimiento si corresponde.

b) Temas de salud pública y programas prioritarios en México (prevención y promoción de la salud). Si corresponde, de acuerdo a la población que atiende, su misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente, el establecimiento debe proporcionar educación sobre los siguientes temas cuando sea pertinente:
   i) Planificación familiar, salud sexual y reproductiva.
   ii) Prevención de violencia familiar y detección de factores de riesgo.
   iii) Enfermedades crónicas no transmisibles, como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y sus cuidados específicos.
   iv) Patologías oncológicas (cáncer cervicouterino, de mama, próstata).
   v) Prevención y atención temprana de adicciones (alcohol, tabaco, drogas no prescritas).
   vi) Enfermedades prevenibles por vacunación, particularmente en población inmunocomprometida o con factores de riesgo.
   vii) Educación específica para pacientes embarazadas, incluyendo signos de alarma.
   viii) Entre otras.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano.

El establecimiento define los mecanismos para documentar la educación en el expediente clínico, el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación del aprendizaje, cuando sea

SIN VALIDEZ OFICIAL

posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

i. Requerimiento auditable.

(1)El personal clínico identifica las necesidades educativas derivadas de la condición clínica de cada paciente, acorde a lo definido por el establecimiento.

(2)Se proporciona educación al paciente y, cuando corresponde, a su cuidador primario, con base en dicha identificación, incluyendo temas clínicos directamente relacionados con la atención del paciente.

(3)Cuando corresponde, se proporciona educación sobre temas de salud pública y programas prioritarios de acuerdo con la población que atiende, la misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente.

(4)La educación se proporciona y se documenta en el expediente clínico conforme al mecanismo definido por el establecimiento.

(5)La educación se proporciona en un lenguaje comprensible y se apoya de materiales adaptados cuando corresponde (folletos, pictogramas, recursos audiovisuales).

(A). Referencia de apoyo.

- Programa educativo institucional estructurado para pacientes con enfermedad renal crónica en tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.
- Materiales educativos adaptados a la condición clínica de los pacientes (folletos sobre medicamentos, cartillas alimentarias, cuidados del acceso vascular, prevención de caídas, etc.).
- Formatos de registro de sesiones educativas individuales o grupales, vinculadas a condiciones clínicas o temas prioritarios de salud pública.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente, mediante listas de verificación, preguntas dirigidas o retroalimentación verbal.
- Evidencia documental de participación del personal clínico capacitado en procesos educativos.
- Informes de supervisión o auditoría interna sobre la entrega de educación clínica y temas de prevención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

r. Estándar 18/36. Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe proporcionar educación organizacional a todos los pacientes y, cuando corresponda, a sus cuidadores primarios, como parte del proceso educativo.

Esta educación corresponde a la tercera perspectiva del proceso educativo y se define con base en un análisis multidisciplinario del contexto operativo del establecimiento, sus recursos, servicios y dinámica organizacional. Esta educación debe impartirse al ingreso y reforzarse según se requiera, en un lenguaje claro y adaptado a las características de cada persona.

El establecimiento debe definir formalmente qué contenidos forman parte de esta educación organizacional, quién es el personal responsable de brindarla, y cómo y dónde se documenta su entrega. La información puede ser proporcionada de manera verbal, escrita o mediante materiales de apoyo.

Entre los contenidos considerados dentro de esta perspectiva se incluyen, de forma enunciativa más no limitativa:

a) Reglas y lineamientos internos del establecimiento.
b) Horarios de atención e informes.
c) Derechos y responsabilidades del paciente.
d) Canales de comunicación o mecanismos de queja y sugerencia.
e) Uso de servicios auxiliares o de apoyo (como laboratorios o farmacia, si aplica).
f) Información relacionada con terceros pagadores (programas gubernamentales, aseguradoras, convenios).

El establecimiento debe asegurar que esta educación organizacional sea consistente con las políticas institucionales. La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente los contenidos que conforman la educación organizacional para pacientes y cuidadores primarios.

(2) Se proporciona educación organizacional a los pacientes, conforme a lo establecido por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)La educación organizacional se proporciona de forma comprensible, adaptada al contexto del paciente.
(4)Se documenta en el expediente clínico o en registros institucionales la educación organizacional brindada.

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamiento o política institucional que define el contenido y responsables de la educación organizacional.
- Materiales educativos: reglamento interno, folleto de bienvenida, infografías sobre horarios y servicios.
- Formato o sección del expediente clínico donde se registra la educación organizacional.
- Registros de sesiones educativas colectivas o individuales con pacientes y/o cuidadores primarios.
- Evaluaciones de comprensión o encuestas de satisfacción sobre información institucional recibida.

s. Estándar 19/36. Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe proporcionar educación estructurada a todos los pacientes y, cuando corresponda, a su cuidador primario, sobre los temas definidos por el MOCEBPASS, con el propósito de fortalecer la participación informada y activa del paciente en su propia seguridad.

Esta educación corresponde a la cuarta perspectiva del proceso educativo y debe integrarse desde el ingreso del paciente al programa y mantenerse de forma continua durante la atención. El establecimiento define el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación del aprendizaje, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

La educación debe considerar como mínimo los siguientes temas:

a) Higiene de manos, puede incluir: Explicación clara sobre cuándo y cómo debe realizarse la higiene de manos, su importancia en la prevención de infecciones, y el rol del paciente en solicitar o recordar esta práctica al personal.
b) Prevención de caídas, puede incluir: Información sobre medidas para prevenir caídas dentro del establecimiento y en el entorno domiciliario, especialmente para pacientes con movilidad reducida, alteraciones neurológicas o fatiga post-diálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Dolor, puede incluir: Educación sobre cómo identificar, expresar y reportar el dolor, uso de escalas visuales simples, derechos relacionados con el manejo del dolor y los canales para comunicarlo al personal clínico.
d) Medicación segura, puede incluir: Información básica sobre los medicamentos utilizados durante la hemodiálisis y los prescritos para su manejo en casa; importancia de seguir las indicaciones, comunicar alergias o reacciones adversas, y conocer los nombres, horarios y dosis de los medicamentos administrados.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido los contenidos mínimos que deben incluirse en la educación sobre barreras de seguridad del paciente, considerando al menos los temas mencionados del inciso a) a la d) de la guía.
(2) Se proporciona educación al paciente y, cuando corresponde, al cuidador primario, desde el ingreso y durante las diferentes fases de atención, sobre cada uno de los temas establecidos.
(3) La educación se proporciona en un lenguaje comprensible y se apoya de materiales adaptados cuando corresponde (folletos, pictogramas, recursos audiovisuales).
(4) La educación sobre higiene de manos, riesgo de caídas, dolor y medicación segura se documenta en el expediente clínico o en el registro correspondiente, conforme a lo establecido por el establecimiento.
(5) Se cuenta con evidencia de que el personal clínico ha sido capacitado sobre los contenidos y la metodología para proporcionar educación al paciente en temas de seguridad.
(6) Existen mecanismos para evaluar la comprensión del paciente o cuidador primario respecto a los temas de seguridad del paciente

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos institucionales sobre higiene de manos, caídas dolor y medicación segura (folletos, carteles, pictogramas).
- Registro de sesiones educativas individuales o grupales sobre seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formatos de evaluación de comprensión (verbal, checklist o entrevista).
- Ejemplos de registros documentales en los expedientes clínicos donde se consigna la educación recibida.

t. Estándar 20/36. Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que el proceso educativo sea implementado por personal clínico competente, con conocimiento del contenido a transmitir, habilidades de comunicación efectiva y compromiso con la participación activa del paciente y su cuidador primario.

El proceso educativo debe ser coordinado a través de un enfoque multidisciplinario, asegurando que distintos profesionales de salud (clínico y no clínico) contribuyan según su rol y competencias, evitando la duplicación de información y asegurando un enfoque integral.

Para brindar educación al paciente, el establecimiento debe considerar.

a) Identificar el personal clínico y no clínico que participará en la impartición de la educación, con base a su perfil.
b) Verificar que estos profesionales cuenten con las competencias y conocimientos requeridos.
c) Asegurar disponibilidad de tiempo y recursos necesarios para que la actividad educativa se realice adecuadamente.
d) Capacitar al personal en técnicas de comunicación efectiva, escucha activa y estrategias de enseñanza para adultos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado los perfiles del personal clínico y no clínico responsable de impartir la educación en cada una de las cuatro perspectivas.
(2) La educación se proporciona de manera coordinada, con participación del equipo multidisciplinario de atención.
(3) Quienes imparten educación cuentan con conocimientos actualizados sobre el tema que abordan.
(4) El personal que brinda educación ha sido capacitado y cuenta con las competencias para comunicar, enseñar y evaluar la comprensión del paciente.
(5) El establecimiento verifica que el personal responsable de la educación disponga del tiempo y recursos para desempeñar esta función.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Perfiles de puesto del personal responsable de la educación.
- Registros de capacitación del personal en estrategias de educación y comunicación con el paciente.
- Evidencia documental de sesiones educativas impartidas por diferentes profesionales de salud.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente, firmado por el educador responsable.
- Plan operativo que evidencia la coordinación del proceso educativo multidisciplinario.
- Encuestas o retroalimentación del paciente sobre la educación recibida.

u. Estándar 21/36. Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis deben contar con un proceso estructurado para garantizar la prescripción segura, completa y legible de medicamentos, con base en buenas prácticas clínicas, la legislación aplicable vigente y el enfoque de prevención de errores de medicación. Este proceso debe ser diseñado e implementado de manera multidisciplinaria, considerando la participación del personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo, cuando corresponda. El objetivo es reducir la variabilidad, prevenir errores y asegurar que la indicación terapéutica se alinee con las necesidades clínicas, el perfil del paciente y los estándares de seguridad.

El proceso debe contemplar:

a) Identificación precisa del paciente conforme a la AESP 1.
b) Requisitos normativos de la prescripción, incluyendo campos esenciales como nombre del fármaco, dosis, vía, frecuencia, duración y otros según el servicio prestado.
c) Lineamientos para el uso de prescripciones "por razón necesaria" (PRN) o "previa valoración médica" (PVM), especificando indicaciones clínicas claras.
d) Acciones para prescripciones de medicamentos con nombres o aspectos parecidos.
e) Criterios especiales para medicamentos prescritos por peso o superficie corporal.
f) Requisitos para medicamentos autoadministrados por el paciente.
g) Requisitos para medicamentos que el paciente trae consigo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h) Requisitos para muestras médicas.
i) Tipos de prescripciones especiales permitidas (urgencia, repetición prolongada, detención automática).

El proceso también debe prevenir errores por ilegibilidad, uso de abreviaturas prohibidas o escritura ambigua, estableciendo acciones ante prescripciones incompletas o dudosas.

Finalmente, el personal involucrado en la prescripción debe recibir capacitación documentada y periódica, orientada a reforzar estas prácticas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la prescripción segura de medicamentos, que considera al menos los incisos a) a i) según su contexto.
(2) El proceso incluye buenas prácticas sobre uso correcto de abreviaturas, puntos, comas y decimales.
(3) El proceso contempla acciones para abordar prescripciones incompletas, ilegibles o confusas.
(4) El personal involucrado en la prescripción está capacitado sobre las prácticas seguras y los lineamientos del proceso.
(5) Las prescripciones de medicamentos se realizan conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Política o procedimiento institucional de prescripción segura.
- Registros de capacitación del personal prescriptor.
- Lista institucional de abreviaturas permitidas
- Evidencia de auditorías o evaluaciones internas sobre cumplimiento en prescripción.
- Evidencia de correcciones/intervenciones ante prescripciones incompletas o confusas.
- Material educativo o guías clínicas internas sobre prescripción segura.

v. Estándar 22/36. Prevención de errores en la transcripción de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, los errores de transcripción entre la prescripción médica y la administración del tratamiento farmacológico pueden comprometer gravemente la seguridad del paciente. Estos errores ocurren comúnmente durante la transcripción

SIN VALIDEZ OFICIAL

de indicaciones médicas al expediente clínico, hoja de enfermería, perfil farmacoterapéutico, plan de atención u otros documentos institucionales.

Para disminuir este riesgo, el establecimiento debe identificar, documentar y controlar los momentos en los que se realiza la transcripción de medicamentos. A partir de ello, debe diseñar e implementar un proceso institucional que establezca:

a) Un listado de los momentos de transcripción, que incluya transiciones entre formatos, sistemas digitales y registros físicos.
b) Barreras de seguridad específicas para prevenir errores, como la doble verificación, sistemas de prescripción electrónica, uso de formatos estructurados, entre otros.
c) Acciones que seguir ante indicaciones ilegibles, incompletas o confusas, asegurando que ningún medicamento sea administrado sin haber sido validado correctamente.

Este proceso debe ser diseñado por un equipo multidisciplinario e incluir la capacitación al personal clínico (enfermería, personal médico, nutriólogos, personal en formación y cualquier otro profesional que participe en la transcripción) sobre buenas prácticas para la documentación y verificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, a través de un análisis multidisciplinario, documentado e implementado un proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicamentos, el cual incluye al menos:
  (1.1) Un listado institucional de los momentos en los que se realiza la transcripción.
  (1.2) Las barreras de seguridad implementadas para prevenir errores.
  (1.3) El proceso que seguir ante indicaciones o transcripciones ilegibles, incompletas o confusas.

(2) El proceso de transcripción está implementado conforme a lo definido por el establecimiento.

(3) El personal involucrado en las transcripciones ha sido capacitado sobre las prácticas correctas y los riesgos asociados a este proceso.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para transcripción de medicamentos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listado oficial de puntos de transcripción dentro del establecimiento.
- Registro de capacitaciones en transcripción segura.
- Ejemplos de barreras de seguridad implementadas (sistemas electrónicos, doble validación, checklist).
- Acciones tomadas frente a casos de transcripciones confusas, ilegibles o incompletas.
- Auditorías internas o externas sobre calidad en registros clínicos.

w. Estándar 23/36. Conciliación de medicamentos.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, los pacientes reciben tratamientos crónicos que requieren el uso simultáneo de múltiples medicamentos. Estos pueden haber sido prescritos por diferentes especialistas o instituciones, por lo que el riesgo de omisiones, duplicaciones, interacciones o contraindicaciones terapéuticas es alto.

La conciliación de medicamentos es una estrategia clave para mejorar la seguridad del paciente y reducir eventos adversos. Consiste en un proceso deliberado y documentado mediante el cual se compara el listado de los medicamentos que el paciente toma habitualmente (ya sean prescritos por otros profesionales, autoadministrados o adquiridos sin receta) con las indicaciones que se generan durante su atención en el establecimiento.

Este proceso debe:

i. Realizarse al ingreso del paciente al programa de hemodiálisis.
ii. Repetirse cuando haya cambios significativos en el estado de salud del paciente o en su tratamiento.
iii. Aplicarse también cuando exista cambio de médico tratante dentro del establecimiento.

El proceso debe incluir:

a) La obtención de un listado completo de medicamentos actuales del paciente, incluyendo nombre genérico, dosis, frecuencia, vía y duración.
b) La documentación de ese listado en el expediente clínico.
c) La comparación con las nuevas indicaciones prescritas en el establecimiento.
d) La identificación y resolución de discrepancias intencionales, intencionales no documentadas y no intencionales (omisiones,

SIN VALIDEZ OFICIAL

duplicados, interacciones o indicaciones contradictorias), con el involucramiento del médico tratante.

e) La toma de decisiones clínicas fundamentadas, incluyendo ajustes o confirmación de las prescripciones.

Este proceso debe estar documentado, implementado y el personal involucrado (médico, enfermería, farmacia o personal clínico designado) debe estar capacitado para llevarlo a cabo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la conciliación de medicamentos en pacientes que reciben tratamiento en el establecimiento de hemodiálisis, incluyendo los incisos a) a e) descritos en la guía.

(2) El proceso de conciliación se aplica al ingreso del paciente al programa de hemodiálisis o en su primera consulta médica.

(3) El proceso se reaplica cuando hay un cambio de médico tratante dentro del establecimiento.

(4) El establecimiento realiza la conciliación de medicamentos ante cambios clínicos relevantes.

(5) El personal responsable de realizar la conciliación está capacitado y actúa conforme al procedimiento institucional.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado de conciliación de medicamentos.
- Formato o sección en el expediente clínico donde se documenta el listado de medicamentos y las acciones derivadas de la conciliación.
- Capacitación o constancias del personal sobre conciliación segura de medicamentos.
- Registros de revisiones o auditorías internas sobre la conciliación realizada.
- Evidencia de participación del médico tratante en la toma de decisiones ante discrepancias intencionales, intencionales no documentadas y no intencionales.

x. Estándar 24/36. Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, la dispensación y distribución de medicamentos (ya sea directamente al personal clínico o al paciente)

SIN VALIDEZ OFICIAL

debe realizarse mediante un sistema uniforme, seguro y documentado que minimice errores y garantice la trazabilidad del proceso.
El sistema debe:

a) Aplicarse de forma homogénea en todos los puntos de dispensación dentro del establecimiento o entre turnos (incluyendo farmacia, subalmacenes o estaciones clínicas, si corresponde).
b) Establecer mecanismos de verificación redundante antes de la entrega del medicamento (por ejemplo, validación del medicamento prescrito, dosis, nombre del paciente, vía de administración y fecha de caducidad).
c) Asegurar que la dispensación sea precisa, oportuna y conforme a lo prescrito.
d) Será llevado a cabo por personal con las competencias necesarias, en conocimiento del sistema, de los protocolos de seguridad y del marco regulatorio correspondiente.
e) Asegurar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Este sistema debe además alinearse con las políticas definidas por el establecimiento en relación con el proceso completo de manejo de medicamentos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha diseñado e implementado un sistema estandarizado de dispensación y distribución de medicamentos.
(2) El sistema incluye mecanismos de verificación antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal clínico o al paciente.
(3) El sistema asegura una dispensación precisa, oportuna y segura, conforme a lo prescrito.
(4) La dispensación de medicamentos es realizada exclusivamente por personal con las competencias necesarias.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional de dispensación y distribución de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal responsable del proceso de dispensación.
- Procedimientos de verificación previa a la entrega del medicamento.
- Evidencia de auditorías internas o controles de calidad en la dispensación.
- Legislación aplicable vigente
- Registros de entrega de medicamentos y bitácoras de verificación cruzada (paciente–medicamento–prescripción).

SIN VALIDEZ OFICIAL

y. Estándar 25/36. Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, la preparación de medicamentos puede realizarse en diferentes áreas: en la farmacia, en estaciones de enfermería o en los espacios clínicos designados. Estas actividades incluyen la preparación de medicamentos inyectables, soluciones intravenosas, antibióticos y otros tratamientos que requieren precisión, condiciones higiénicas estrictas y control de riesgos.

El establecimiento debe asegurar que:

a) La preparación y dispensación de medicamentos se realiza en un entorno seguro, limpio y conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Las áreas destinadas a estas actividades están claramente identificadas y cuentan con condiciones ambientales, mobiliario y suministros que permitan mantener la limpieza y seguridad del proceso.
c) Se estandarizan las prácticas de preparación en todas las áreas, sin importar el lugar donde se lleven a cabo (farmacia, consultorio, estación de enfermería, etc.).
d) El personal responsable de la preparación y dispensación esté capacitado en técnicas asépticas.
e) Cuando se manipulen medicamentos que requieran condiciones especiales (ej. ambiente estéril o medicamentos peligrosos), se utilice el equipo de protección personal adecuado y se sigan protocolos específicos.

Estas medidas son esenciales para evitar errores, prevenir infecciones y proteger tanto al paciente como al personal de salud.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los medicamentos se preparan y dosifican en áreas seguras e higiénicas, que cuentan con el equipo y suministros adecuados.
(2) Las actividades de preparación y dosificación de medicamentos cumplen con la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas reconocidas.
(3) El personal responsable está capacitado en técnicas asépticas.
(4) En caso de preparación de medicamentos que requieren ambiente estéril o manipulación especial, se utiliza el equipo de protección personal y técnicas específicas conforme a protocolo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos documentados para preparación, dispensación y manipulación segura de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal en técnicas asépticas y preparación segura.
- Listas de verificación de condiciones higiénicas en las áreas de preparación.
- Evidencia de uso y control de equipo de protección personal en la manipulación de medicamentos especiales.

z. Estándar 26/36. Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas. – Indispensable –

1. Guía.

El etiquetado inmediato y completo de medicamentos y soluciones preparadas es una práctica clave para reducir errores de medicación, especialmente en situaciones donde se manipulan múltiples fármacos o soluciones en áreas de atención directa como estaciones de tratamiento, consultorios o salas de procedimiento en establecimientos de hemodiálisis.

El establecimiento debe asegurar que todo medicamento o solución vertido, fraccionado o preparado —que no será administrado de inmediato— cuente con un etiquetado legible y seguro, que permita su identificación inequívoca, evitando confusiones o riesgos para los pacientes.

Este etiquetado debe realizarse inmediatamente después de la preparación y debe contener como mínimo los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente
b) Nombre del medicamento
c) Dosis (si corresponde)
d) Concentración (si corresponde)
e) Vía de administración (si corresponde)
f) Dilución (si corresponde)
g) Fecha y hora de preparación
h) Fecha y hora de caducidad (si corresponde)
i) Número de lote del medicamento o solución

Cuando el medicamento se administre de inmediato al mismo paciente por la misma persona que lo preparó, el etiquetado puede omitirse, conforme al protocolo institucional. Sin embargo, si se transfiere a otro recipiente o será administrado por otra persona, el etiquetado es obligatorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Asimismo, antes de la administración, el medicamento debe ser verificado de manera verbal y visual contra el expediente clínico o la orden médica, especialmente si la persona que administra no es quien preparó el medicamento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha implementado el etiquetado inmediato y seguro de todo medicamento o solución que no se administre inmediatamente después de su preparación.

(2)El etiquetado incluye al menos los incisos a) a la i) definidos en la guía.

(3)Se realiza una verificación verbal y visual del etiquetado previo a la administración o dispensación del medicamento.

(4)Se implementan mecanismos para asegurar que el personal conozca y aplique los lineamientos de etiquetado y verificación.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales sobre preparación y administración segura de medicamentos (manuales de enfermería, farmacia o gestión clínica).
- Formatos de etiquetado institucionales que incluyan todos los campos requeridos: nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis, concentración, vía, dilución, fecha/hora de preparación, fecha/hora de caducidad y número de lote.
- Registros de capacitación del personal sobre prácticas seguras de etiquetado, preparación y administración de medicamentos.
- Bitácoras o reportes de verificación cruzada (visual y verbal) del etiquetado entre personal que prepara y administra.
- Auditorías internas o supervisiones periódicas que verifiquen el cumplimiento del etiquetado y su impacto en la reducción de eventos de medicación.

aa. Estándar 27/36. Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración. – Indispensable –

1. Guía.

La administración segura de medicamentos requiere de un proceso estandarizado que garantice la verificación precisa de la prescripción médica, previniendo errores y contribuyendo a la seguridad del paciente. Este proceso debe considerar como mínimo los siguientes elementos de verificación:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) La identificación del paciente utilizando dos datos confiables, conforme a lo establecido en AESP 1.
b) El medicamento prescrito.
c) La caducidad del producto.
d) La dosis y/o concentración.
e) La vía de administración.
f) La hora y frecuencia prescritas.
g) La velocidad de infusión (cuando corresponda).
h) Otros elementos que el establecimiento defina como relevantes (por ejemplo: tipo de diluyente, compatibilidad, condiciones de almacenamiento, entre otros).

Estas verificaciones deben aplicarse antes de cada administración, independientemente si el medicamento fue preparado previamente o si lo administra el mismo personal que lo preparó. El proceso concluye con la documentación completa y oportuna de la administración en el expediente clínico.

En el contexto de los establecimientos de hemodiálisis, estas verificaciones son especialmente relevantes debido a la alta frecuencia de uso de medicamentos intravenosos, soluciones parenterales, anticoagulantes y medicamentos de alto riesgo durante las sesiones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estandarizado para verificar los medicamentos antes de su administración, que incluye como mínimo los incisos a) a la g), y otros definidos institucionalmente.
(2) El personal clínico verifica la identidad del paciente utilizando dos identificadores seguros, conforme a la AESP 1.
(3) Se documenta en el expediente clínico la administración del medicamento, incluyendo la fecha, hora, dosis, vía y firma del responsable.
(4) El proceso de verificación incluye la comprobación de la caducidad del medicamento, la dosis o concentración, la vía de administración, la velocidad de infusión y la frecuencia indicada.
(5) Se verifica cualquier otro aspecto que el establecimiento haya definido como necesario para la seguridad del paciente, como condiciones de almacenamiento, requerimientos especiales o riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Política y procedimiento institucional de administración segura de medicamentos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Manuales de enfermería y guías de buenas prácticas para la administración de medicamentos (adaptadas al contexto de establecimientos de hemodiálisis).
- Registros de capacitación del personal en administración segura de medicamentos.
- Auditorías clínicas de cumplimiento con los "correctos" de la administración.
- Protocolos institucionales de verificación de identidad del paciente.

bb. Estándar 28/36. Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales. – Indispensable –

1. Guía.

En establecimientos de hemodiálisis pueden presentarse situaciones donde los pacientes autoadministran medicamentos, traen consigo tratamientos prescritos por otros profesionales de salud o reciben muestras médicas. Estas prácticas, si no se gestionan adecuadamente, pueden representar riesgos clínicos, legales y de seguridad.

Por lo anterior, el establecimiento debe realizar un análisis institucional que identifique si permitirá alguno de estos procesos especiales de administración de medicamentos, y definir, en su caso, procesos documentados con medidas de control y seguridad para:

a) La autoadministración de medicamentos por parte del paciente o su cuidador primario durante la sesión o en instalaciones del establecimiento.
b) La administración de medicamentos que el paciente trae consigo, incluyendo tratamientos crónicos, antibióticos, inmunosupresores u otros.
c) La administración de muestras médicas, cuando sean prescritas y autorizadas bajo criterios clínicos y éticos.

Si el establecimiento decide no autorizar alguno o todos estos procesos, deberá contar con políticas explícitas y mecanismos de supervisión que aseguren el cumplimiento operativo de dicha restricción.

En cualquiera de los casos, debe establecerse claramente la responsabilidad médica y del personal clínico que participa en la evaluación, validación, administración y seguimiento de estos procesos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido si permite o prohíbe la autoadministración de medicamentos, y en caso afirmativo, ha

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecido un proceso documentado con barreras de seguridad.

(2)El establecimiento ha definido si permite la administración de medicamentos que el paciente trae consigo, y en caso afirmativo, cuenta con un proceso documentado para su verificación y autorización.

(3)El establecimiento ha definido si permite la administración de muestras médicas, y en caso afirmativo, cuenta con un proceso documentado para asegurar su origen, prescripción y trazabilidad.

(4)Todos los procesos especiales definidos por el establecimiento se encuentran implementados y supervisados por personal competente.

(5)En caso de que estos procesos no estén autorizados, el establecimiento ha definido mecanismos de supervisión que aseguran su cumplimiento en la operación diaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas institucionales sobre autoadministración y uso de medicamentos externos.
- Consentimientos informados cuando el paciente usa medicamentos traídos de fuera.
- Registro de medicamentos autorizados en contexto especial (muestras, externos).
- Procedimientos documentados de evaluación, autorización y seguimiento clínico.
- Evidencia de capacitación del personal en el manejo de situaciones especiales.

cc. Estándar 29/36. Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de hemodiálisis que utilizan medicamentos multidosis deben contar con un proceso formal y estandarizado que garantice su manejo seguro, evitando riesgos relacionados con estabilidad farmacéutica y prevención de infecciones.

El proceso debe surgir de un análisis multidisciplinario que involucre tanto al sistema para la gestión segura del uso de medicamentos como al sistema para la prevención y control de infecciones, e incluir medidas como:

a) Criterios de uso de frascos multidosis (uso exclusivo para un solo paciente o compartido entre varios).

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Medidas de higiene y control de infecciones al momento de la extracción.
c) Condiciones de almacenamiento adecuadas.
d) Etiquetado obligatorio inmediato tras la apertura o preparación, incluyendo al menos:
e) Fecha y hora de apertura y/o preparación.
f) Fecha y hora de caducidad.

Estas acciones son esenciales para evitar contaminación cruzada, deterioro del producto y errores de dosificación o uso.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para el manejo y uso de medicamentos multidosis, que considera las medidas de seguridad y control requeridas.
(2) El proceso contempla los riesgos asociados a la estabilidad del producto y la prevención de infecciones, integrando a los sistemas clínicos y de control aplicables.
(3) El proceso para el uso de medicamentos multidosis está implementado en todas las áreas que los utilizan.
(4) Todos los frascos o presentaciones multidosis son etiquetados al momento de su apertura y contienen como mínimo:
- Fecha y hora de apertura o preparación.
- Fecha y hora de caducidad.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos normalizados de operación (PNO) sobre manejo de medicamentos multidosis, incluyendo manipulación, conservación y desecho.
- Registro fotográfico o documental de etiquetas utilizadas para medicamentos multidosis.
- Auditorías internas de cumplimiento del proceso de etiquetado, almacenamiento y manipulación.
- Registros de capacitación al personal sobre uso de medicamentos multidosis y medidas de prevención de infecciones asociadas.
- Recomendaciones de seguridad de organismos como la CDC, OMS, ISMP (Institute for Safe Medication Practices) y OPS sobre el uso de frascos multidosis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

dd. Estándar 30/36. Prescripción dialítica en pacientes con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

1. Guía.

La prescripción dialítica es un componente clínico esencial para garantizar la seguridad, eficacia y personalización del tratamiento de hemodiálisis. Esta prescripción debe ser realizada por el personal médico especialista en área de nefrología, y ajustarse a las necesidades específicas de cada paciente, con base en criterios clínicos, bioquímicos y técnicos.

La prescripción dialítica forma parte de la valoración inicial al ingreso del Programa de Hemodiálisis y orienta el uso del equipo médico, los insumos, los parámetros técnicos de la terapia y las condiciones individuales del paciente. Por tanto, su definición debe quedar documentada en el expediente clínico y revisarse de forma periódica, especialmente cuando existan cambios en el estado clínico del paciente o en el acceso vascular.

El contenido mínimo indispensable de la prescripción dialítica incluye:

a) Área de superficie del dializador (m^2): seleccionada según talla, peso y necesidades depurativas del paciente.
b) Duración de la sesión (minutos)
c) Flujo de líquido dializante (ml/min): considerando eficiencia depurativa.
d) Flujo sanguíneo (ml/min): ajustado a la condición cardiovascular del paciente y tipo de acceso vascular.
e) Temperatura del líquido dializante (°C):
f) Conductividad del líquido dializante (mS/cm) y/o sodio.
g) Composición del líquido dializante: concentración de calcio (mmol/L), potasio (mEq/L) y sodio (mEq/L).
h) Volumen de ultrafiltración (mL): determinado según el peso seco, ganancia interdialítica y evaluación clínica.
i) Anticoagulación: tipo, dosis, periodicidad, vía de administración.
j) Tipo de acceso vascular y condiciones de uso.

La prescripción debe estar sustentada en la evaluación clínica reciente del paciente y en estudios de laboratorio. El establecimiento debe asegurar que todos los elementos de la prescripción estén documentados con claridad, disponibles para consulta del equipo multidisciplinario y sean utilizados como base para la preparación y ejecución de la sesión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)La prescripción dialítica está registrada en el expediente clínico del paciente e incluye al menos los incisos a) a j) definidos en la guía.

(2)La prescripción es realizada por personal médico especialista en área de nefrología, conforme al Sistema de Gestión del Talento Humano y la legislación aplicable vigente.

(3)Se documentan los ajustes realizados a la prescripción dialítica cuando existen cambios en el estado clínico del paciente.

(4)La información de la prescripción es utilizada para la preparación técnica de la sesión y está disponible para el personal de enfermería responsable.

(5)Se realiza una revisión periódica por parte del médico responsable del tratamiento sustitutivo y se documentan acciones de mejora cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato que incluya prescripción dialítica, con los elementos mínimos definidos por el estándar.
- Registro clínico de las sesiones con la prescripción aplicada.
- Manual o protocolo institucional para la prescripción dialítica.
- Evidencia de capacitación al personal médico en prescripción y ajuste de terapia dialítica.
- Reportes de supervisión o auditoría de la actualización y adherencia a las prescripciones.
- Registro de modificaciones a la prescripción conforme a la evolución clínica.

ee. Estándar 31/36. Manejo seguro de accesos vasculares en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

1. Guía.

El acceso vascular es uno de los elementos más críticos en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis y representa una de las principales fuentes de riesgo de infección si no se maneja adecuadamente. El establecimiento debe contar con políticas, procedimientos y prácticas clínicamente fundamentadas para garantizar la prevención de infecciones relacionadas con el acceso vascular, ya sea mediante fístulas arteriovenosas, injertos o catéteres venosos centrales.

Las acciones deben enfocarse en:

a) La selección adecuada del tipo de acceso vascular según las características clínicas del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) El uso de técnicas asépticas estrictas para la canalización, punción, conexión y desconexión del acceso vascular.
c) La correcta preparación de la piel del paciente antes de la conexión.
d) La inspección y monitoreo continuo del sitio de inserción para detectar signos de infección o complicaciones.
e) La documentación sistemática de la vigilancia clínica de signos locales y sistémicos de infección.
f) La capacitación continua del personal en las buenas prácticas relacionadas con el manejo de accesos vasculares.
g) La implementación de barreras de seguridad, incluyendo el uso correcto de EPP.

La estrategia debe ser coherente con lo definido en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones, y estar alineada con guías de práctica clínica y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos clínicos para el manejo seguro de los accesos vasculares en hemodiálisis.
(2) Se utilizan técnicas asépticas durante las etapas de conexión, desconexión, canalización o manipulación de accesos vasculares.
(3) Se inspecciona de forma periódica el sitio de inserción para identificar signos de infección y se documenta en el expediente clínico.
(4) El personal clínico involucrado en la atención de pacientes en hemodiálisis está capacitado en el manejo seguro de accesos vasculares.
(5) Se cuenta con evidencia de las acciones de prevención de infecciones asociadas a accesos vasculares como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos clínicos institucionales para la inserción, uso, monitoreo y retiro de accesos vasculares en pacientes con terapia de hemodiálisis.
- Listas de verificación o checklists utilizadas durante los procedimientos de conexión y desconexión del acceso vascular que incluyan pasos de higiene de manos, uso de EPP y asepsia del sitio.
- Registros de inspección diaria del sitio del acceso vascular documentados en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de sesiones de capacitación y actualización al personal de enfermería y médicos sobre el manejo seguro de accesos vasculares (constancias, listas de asistencia, temarios).
- Documentación de reportes o análisis de eventos adversos relacionados con infecciones por acceso vascular, y planes de acción derivados.
- Actas o informes del comité de infecciones o del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, donde se incluyan indicadores o acciones específicas vinculadas al control de infecciones por accesos vasculares.

ff. Estándar 32/36. Colocación segura de catéteres de acceso vascular guiada por ultrasonido

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe definir, documentar e implementar un proceso estandarizado para la colocación de accesos vasculares tipo catéter guiada por ultrasonido, con el propósito de reducir riesgos durante el procedimiento y mejorar la efectividad clínica.

El uso de ultrasonido en este contexto permite:

a) Seleccionar el sitio anatómico más adecuado para la colocación del catéter.
b) Minimizar punciones fallidas, lesiones a estructuras vasculares o vecinas, y otras complicaciones como hematomas o neumotórax.
c) Aumentar la probabilidad de éxito desde el primer intento, mejorando la seguridad del procedimiento y optimizando el uso de recursos.

Este procedimiento debe realizarse exclusivamente por personal médico con formación en ultrasonografía diagnóstica, que cuente con certificación de especialización y evidencia documental de experiencia o formación formal en la técnica, conforme a regulación aplicable vigente.

El proceso debe incluir:

i. Uso de ultrasonido (modo B, Doppler color) para selección del sitio anatómico.
ii. Guía en tiempo real para la punción y colocación del catéter.
iii. Registro clínico del procedimiento y cualquier evento adverso relacionado.
iv. Evaluación periódica del desempeño de la técnica mediante indicadores clínicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe contar con equipo de ultrasonido funcional, de al menos 5-15 MHz de frecuencia, y protocolos actualizados sobre el uso seguro de esta tecnología en procedimientos vasculares.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un protocolo para la colocación de accesos vasculares tipo catéter guiada por ultrasonido.

(2)El procedimiento se realiza exclusivamente por personal médico capacitado y con formación documentada en ultrasonografía diagnóstica.

(3)Se cuenta con equipo de ultrasonido adecuado y disponible para estos procedimientos.

(4)Se cuenta con un sistema de evaluación periódica de resultados clínicos y complicaciones asociadas al procedimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Constancias o registros de capacitación del personal médico que realiza el procedimiento, que acrediten formación en ultrasonografía diagnóstica.
- Protocolo clínico institucional para la colocación de accesos vasculares tipo catéter con guía por ultrasonido, que incluya criterios de selección, técnica empleada, responsables y gestión de complicaciones.
- Registros del expediente clínico que documenten procedimientos realizados con guía ultrasonográfica.
- Inventario o evidencia física de la disponibilidad del equipo de ultrasonido funcional en el establecimiento.
- Indicadores internos de seguimiento, tales como:
  - % de accesos colocados con guía por ultrasonido respecto al total de procedimientos.
  - Tasa de complicaciones por técnica utilizada (con/sin ultrasonido).
  - Tiempo promedio de colocación o número de intentos por procedimiento.

gg. Estándar 33/36. Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis, que brinde atención a pacientes en etapa terminal, debe garantizar una atención respetuosa y compasiva,

SIN VALIDEZ OFICIAL

considerando sus necesidades clínicas, emocionales, sociales y culturales. Esta atención debe adaptarse a los objetivos de cuidado definidos conjuntamente con el paciente y su cuidador primario, cuando corresponda.

Cuando la hemodiálisis se brinda a pacientes con enfermedad renal en fase terminal, puede mantenerse bajo un enfoque paliativo. Este enfoque prioriza la comodidad, la calidad de vida y el control de síntomas, sobre los objetivos tradicionales de prolongación de vida. La frecuencia, duración y condiciones de la diálisis deben adaptarse para minimizar molestias y favorecer el bienestar.

El establecimiento debe fomentar la planificación anticipada de la atención , donde se identifiquen los deseos del paciente respecto al tratamiento y la suspensión de la diálisis, si corresponde. El establecimiento puede establecer protocolos que orienten la canalización a cuidados paliativos u otros apoyos, conforme a la legislación aplicable vigente.

El personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen:

a) Tratamiento de síntomas primarios y secundarios.
b) Valoración y manejo del dolor.
c) Apoyo ante inquietudes emocionales, sociales y culturales.
d) Respeto al marco cultural del paciente y su cuidador primario.
e) Participación activa del paciente y/o cuidador primario en decisiones clínicas.
f) Colaboración con equipos de cuidados paliativos, cuando aplique.

El establecimiento debe asegurar que el personal clínico esté sensibilizado y capacitado sobre el manejo integral del final de la vida en el contexto de hemodiálisis, conforme a las funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento reconoce y respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva, centrada en sus necesidades únicas.

(2)Se cuenta con acciones implementadas que atienden las necesidades identificadas durante el proceso de atención.

(3)El establecimiento brinda la atención de pacientes en etapa terminal que contempla lo mencionado de los incisos a) a f) de la guía clínica.

(4)El personal clínico ha sido sensibilizado sobre las necesidades y derechos de los pacientes en etapa terminal y su familia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Cuando corresponde, se cuenta con mecanismos de referencia a cuidados paliativos o servicios de apoyo psicosocial, conforme a las características del paciente y a la legislación aplicable.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional para la atención de pacientes en etapa terminal bajo tratamiento de hemodiálisis.
- Documento de planificación anticipada de la atención (ej. hoja de decisiones compartidas, voluntades anticipadas, resumen clínico paliativo).
- Registro de reuniones interdisciplinarias para atención de pacientes en cuidados paliativos.
- Materiales educativos entregados a pacientes y cuidadores sobre el enfoque paliativo en hemodiálisis.
- Registro de adaptación de sesiones de hemodiálisis por indicación paliativa (duración, frecuencia, tipo de filtros).
- Documentación clínica que evidencie la identificación de necesidades emocionales, sociales o culturales del paciente.
- Constancias o evidencia de capacitación del personal clínico sobre principios de cuidados paliativos, manejo de pacientes en etapa terminal, entre otros temas.
- Registro de coordinación con equipos o unidades de cuidados paliativos externos (hospital, domicilio u otras instituciones).
- Registro de decisiones clínicas compartidas sobre suspensión o continuidad del tratamiento en etapa terminal.

hh. Estándar 34/36. Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que todos los pacientes reciban atención adecuada para el manejo del dolor durante el proceso de atención. El dolor puede estar presente como síntoma primario, secundario o como consecuencia esperada de procedimientos, tratamientos o condiciones clínicas. Si no se trata adecuadamente, el dolor puede generar efectos físicos, emocionales y funcionales negativos que impactan directamente la calidad de vida del paciente.

Es responsabilidad institucional informar al paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario, sobre la posibilidad de presentar dolor, así como las opciones disponibles para su manejo. Este abordaje debe hacerse con respeto a su marco cultural.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Con base en el contexto del establecimiento y el alcance de los servicios prestados, se debe definir un proceso clínico que oriente la atención al paciente con dolor, el cual debe incluir al menos:

a) La identificación del dolor durante la valoración inicial y en las reevaluaciones posteriores.
b) Las directrices y estrategias terapéuticas para el manejo del dolor, basadas en evidencia científica, considerando el plan de atención y los objetivos clínicos.
c) La identificación de grupos de pacientes que requieren consideraciones especiales (por ejemplo: pacientes en cuidados paliativos, etc.).
d) La forma en que se informará a los pacientes cuando se espere que experimenten dolor como parte del proceso clínico.
e) Las estrategias de comunicación y educación hacia los pacientes y sus familiares sobre el manejo del dolor, en el marco de sus valores y creencias.

Se documenta en el expediente, conforme al proceso definido, la valoración inicial, así como la intervención terapéutica realizada, su evaluación y ajuste según evolución clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para el manejo del dolor.
(2) El proceso incluye al menos los incisos de la a) al e) descritos en la guía.
(3) Los pacientes que presentan dolor reciben atención conforme al proceso institucional definido para su valoración, intervención y seguimiento.
(4) El expediente clínico documenta la evaluación del dolor, las estrategias terapéuticas empleadas y la evolución del paciente en relación con el dolor reportado.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado sobre la valoración inicial, manejo y seguimiento del dolor en pacientes.
- Protocolos clínicos o guías de manejo del dolor basados en evidencia.
- Registros clínicos en el expediente que evidencien: valoración inicial, intervenciones aplicadas, reevaluación del dolor, si aplica.
- Notas de enfermería y evolución médica que documenten la respuesta terapéutica al tratamiento del dolor.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales educativos o evidencia de información sobre manejo del dolor.
- Capacitación del personal clínico en valoración y tratamiento del dolor.

ii. Estándar 35/36. Manejo de pacientes seropositivos para prevenir infecciones cruzadas en hemodiálisis.

1. Guía.

El establecimiento debe implementar medidas específicas para reducir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes, personal de salud y entorno físico cuando se brinda atención a pacientes con serología positiva a infecciones como el Virus de Hepatitis B, Virus de Hepatitis C o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Estas medidas incluyen estrategias diferenciadas para el uso de equipo, la asignación de áreas o turnos, y la capacitación del personal que atiende a dichos pacientes. En todos los casos, las acciones deben implementarse conforme a la legislación aplicable vigente y a las mejores prácticas de bioseguridad, respetando los principios de no discriminación, confidencialidad y trato digno.

El establecimiento debe definir:

a) Un protocolo específico de atención para pacientes con serología positiva.
b) Estrategias de separación física o temporal (por turno, máquina o área específica) cuando sea necesario.
c) Reglas para el uso exclusivo de equipo o insumos (máquinas, circuitos, filtros, materiales, etc.).
d) Capacitación periódica para el personal involucrado en el manejo de estos pacientes.
e) Mecanismos de supervisión y evaluación del cumplimiento del protocolo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un protocolo de atención para pacientes con serología positiva en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

(2) Se implementan medidas de separación física o por turnos, y se garantiza el uso exclusivo de equipo cuando corresponda.

(3) El personal de salud recibe capacitación específica y actualizada sobre las medidas de bioseguridad aplicables a la atención de pacientes con serología positiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se supervisa el cumplimiento de las medidas implementadas y se evalúa periódicamente su efectividad como parte del sistema para la prevención y control de infecciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional vigente de atención diferenciada para pacientes con serologías positivas (VHB, VHC, VIH).
- Registro de asignación de turnos o áreas específicas para pacientes seropositivos.
- Evidencia de capacitación dirigida al personal sobre el manejo clínico, bioseguridad y derechos de pacientes con serología positiva.
- Listas de verificación sobre cumplimiento de medidas en la atención.
- Informes de auditoría interna o reportes del comité de infecciones que incluyan revisión de estas prácticas.

jj. Estándar 36/36. Reprocesamiento seguro de filtros en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El reprocesamiento de filtros de hemodiálisis representa un proceso crítico que debe llevarse a cabo bajo condiciones estrictas de seguridad e higiene para evitar infecciones asociadas a la atención. Los establecimientos de hemodiálisis que optan por reutilizar filtros deben contar con procesos documentados, sistemáticos y auditables, alineados con la legislación aplicable vigente y las mejores prácticas nacionales e internacionales.

Este proceso debe asegurar al menos lo siguiente:

a) La obtención de un consentimiento informado antes de incluir a un paciente en el plan de reprocesamiento, especificando los riesgos, beneficios y medidas de seguridad adoptadas.

b) El etiquetado individualizado de los filtros de diálisis reutilizables, con información clave como:

   i. Datos de identificación del paciente (conforme a la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1).
   ii. Fecha del primer uso.
   iii. Número de reprocesamientos.
   iv. Nombre de la persona responsable del reprocesamiento.

c) El registro detallado y actualizado del historial de reprocesamiento por cada filtro, asegurando su trazabilidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Definición del proceso para la limpieza, desinfección y almacenamiento de los filtros, que asegure su integridad funcional.
e) La prohibición explícita de reutilizar filtros en pacientes con serología positiva a hepatitis y/o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Estos procedimientos deben ejecutarse únicamente por personal capacitado, bajo condiciones controladas y con un sistema de monitoreo permanente que garantice la bioseguridad del proceso.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para el reprocesamiento de filtros de hemodiálisis, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) El proceso contempla lo definido en los incisos a) al e) de la guía.
(3) Se obtiene y conserva el consentimiento informado por escrito de los pacientes incluidos en el plan de reprocesamiento.
(4) Se garantiza que no se reutilizan filtros en pacientes con serología positiva a hepatitis B, hepatitis C y/o VIH.
(5) El proceso es supervisado y ejecutado por personal capacitado.
(6) Se implementan controles de seguridad para validar la calidad y condición de los filtros reutilizados antes de cada sesión.

(A). Referencia de apoyo

- Proceso documentado de reprocesamiento de filtros validado por el Comité de Prevención y Control de Infecciones.
- Registros de consentimiento informado firmados por los pacientes incluidos en el programa de reutilización.
- Bitácoras de trazabilidad del filtro, incluyendo número de reprocesos y responsable del reprocesamiento.
- Etiquetas adheridas a los filtros con los datos requeridos (identificación, fecha de uso, etc.).
- Listado de exclusión de pacientes con serología positiva, vinculado a los controles previos al reprocesamiento.
- Procedimientos de validación de filtros previo a su reutilización.
- Registros de capacitación del personal responsable del reprocesamiento.
- Resultados de auditorías internas del sistema de reprocesamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

E. EGRESO

a. Estándar 1/2. Definición del proceso que guía el egreso del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un proceso documentado, estructurado y centrado en el paciente, que oriente el egreso del paciente del establecimiento, ya sea por término del tratamiento programado, alta médica, referencia a otro nivel de atención, o abandono voluntario.

Este proceso debe ser definido por el establecimiento y ejecutado por el personal responsable, tomando en cuenta tanto las necesidades específicas del paciente, los criterios clínicos como los aspectos operativos que garanticen la continuidad de la atención y la seguridad del paciente fuera del establecimiento.

El egreso debe considerar, al menos:

a) La validación por parte del médico responsable.
b) La notificación oportuna al paciente y/o a su cuidador primario.
c) La información o recomendaciones clínicas o administrativas posteriores al egreso (como próximas citas, instrucciones médicas, seguimientos, etc.).
d) La referencia, si corresponde, a otro establecimiento o proveedor de servicios médicos o de apoyo (por ejemplo: hospital general, servicios de urgencias, servicios de salud mental, apoyo nutricional o apoyo social).

En los casos en los que el paciente requiere atención adicional posterior a su egreso, el establecimiento debe identificar y, en su caso, facilitar el vínculo con servicios disponibles en la comunidad o en su red de atención.

El egreso debe documentarse en el expediente clínico, y debe asegurarse que el paciente y/o su cuidador primario comprende las recomendaciones entregadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estructurado para el egreso de los pacientes atendidos.
(2) El proceso de egreso contempla lo definido en los incisos a) a la d) de la guía.
(3) El establecimiento identifica recursos y servicios de apoyo disponibles en la comunidad o en su red para facilitar el

SIN VALIDEZ OFICIAL

seguimiento posterior al egreso, según las necesidades del paciente.

(4)El egreso del paciente y las recomendaciones posteriores quedan documentadas en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para el egreso de pacientes atendidos en el establecimiento de hemodiálisis.
- Registro clínico del egreso del paciente firmado por el médico responsable.
- Formato de alta o egreso clínico, utilizado y archivado en el expediente.
- Evidencia de referencias realizadas a otros servicios (hospital, urgencias, salud mental, etc.), incluyendo documento de derivación o nota médica correspondiente.
- Listado de servicios comunitarios o institucionales disponibles para seguimiento de pacientes egresados.
- Registros de capacitación al personal clínico sobre el proceso de egreso, continuidad de la atención y vinculación con servicios externos.
- Indicadores o reportes de seguimiento sobre cumplimiento del proceso de egreso o eventos asociados a discontinuidad del tratamiento (cuando aplique).

b. Estándar 2/2. Documentación de la nota de egreso. – Indispensable –

1. Guía.

Para garantizar la continuidad de la atención médica y cumplir con la legislación aplicable vigente, el establecimiento de hemodiálisis debe elaborar una nota de egreso médica en el momento en que el paciente concluye su tratamiento o es dado de alta del servicio. Esta nota proporciona una síntesis estructurada del estado clínico del paciente y de la atención recibida, y sirve como herramienta para el seguimiento ambulatorio, la referencia o la coordinación con otros niveles de atención.

La nota de egreso puede ser elaborada por cualquier médico competente autorizado para ello, incluyendo al médico responsable u otros médicos tratantes autorizados. Cuando la nota es realizada por un médico en formación, debe ser validada formalmente por el médico responsable y firmada por ambas partes.

La nota debe integrarse al expediente clínico del paciente y, cuando corresponda, una copia debe ser entregada al paciente o a su cuidador

SIN VALIDEZ OFICIAL

primario. Su contenido debe ajustarse a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

El contenido mínimo de la nota de egreso incluye:

a) Datos de identificación del paciente
b) Fecha de ingreso y fecha de egreso
c) Motivo del egreso
d) Resumen clínico de la evolución
e) Diagnóstico(s) final(es)
f) Manejo durante el proceso de atención
g) Medicación administrada durante el proceso de atención y prescripción al egreso (con receta médica conforme a lo establecido por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente)
h) Estado clínico del paciente al momento del egreso
i) Problemas clínicos pendientes
j) Pronóstico
k) Plan de seguimiento y tratamiento
l) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
m) Atención de factores de riesgo
n) Pronóstico

En el caso de los establecimientos de hemodiálisis, el registro clínico también contempla la nota médica por cada visita, conforme a lo indicado por la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la elaboración de notas de egreso conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) La nota de egreso se integra al expediente clínico del paciente al momento del alta.

(3) La nota contiene, al menos, los elementos establecidos del inciso a) al n) en la guía.

(4) Se entrega al paciente o cuidador primario una copia de la nota, cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la elaboración y documentación de notas de egreso.
- Formato o plantilla de nota de egreso que incluya todos los elementos requeridos.
- Expedientes clínicos con notas de egreso completas y firmadas por el médico responsable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Ejemplares de recetas médicas emitidas conforme a la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente.
- Registro de entrega de copia de la nota de egreso o receta al paciente o cuidador primario, cuando corresponda.
- Bitácoras o auditorías internas de cumplimiento del proceso de egreso.
- Lineamientos internos o manual de procedimientos clínicos para el alta médica o conclusión del tratamiento.

F. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

a. Estándar 1/8. Identificación del médico responsable de la atención del paciente.

1. Guía.

En los establecimientos de hemodiálisis, la continuidad de la atención clínica requiere que cada paciente tenga identificado un médico responsable, cuya función es coordinar, supervisar y garantizar la atención durante su tratamiento en el establecimiento.

El médico responsable es el profesional clínico competente que lidera la planificación, seguimiento y evaluación del tratamiento sustitutivo renal, y actúa como referente principal para el paciente, su cuidador primario y se comunica con el resto del equipo multidisciplinario.

Este profesional debe estar claramente identificado en el expediente clínico y debe documentar o validar la atención médica brindada, incluyendo la toma de decisiones clínicas relevantes, la prescripción de tratamientos y los ajustes del plan terapéutico.

En caso de que exista un cambio en la responsabilidad médica (por ejemplo, rotación por turnos o sustitución del médico tratante), este cambio debe estar documentado en el expediente clínico e informado al paciente o a su cuidador primario, cuando corresponda.

Cuando un médico en formación documenta la atención planeada y brindada, ésta se valida por el médico responsable del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica formalmente a un médico responsable de la atención de cada paciente atendido en el establecimiento de hemodiálisis y lo documenta en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El médico responsable documenta la atención planeada y brindada, incluyendo los ajustes al tratamiento, y en su caso, valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.
(3)En caso de cambio de médico responsable, el establecimiento documenta la modificación en el expediente clínico con la justificación correspondiente, e informa al paciente o su cuidador primario, conforme a lo definido en su proceso.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro institucional de asignación médica, que evidencie la relación entre cada paciente y su médico tratante.
- Expediente clínico del paciente, con el nombre, firma y cédula profesional del médico responsable documentado en hoja de ingreso o evolución.
- Notas clínicas validadas por el médico responsable, especialmente si participan médicos en formación u otros clínicos.
- Registro o acta de cambio de médico tratante, con motivos, fecha y validación de continuidad del tratamiento.
- Comunicación documentada al paciente o cuidador primario, cuando se informe del cambio de médico tratante.
- Política o lineamiento sobre responsabilidad clínica en atención ambulatoria crónica, incluyendo definición de roles.

b. Estándar 2/8. Comunicación estructurada durante las transiciones en la atención. – Indispensable –

1. Guía.

Para asegurar la continuidad en la atención del paciente en establecimientos de hemodiálisis, el establecimiento debe implementar un mecanismo estructurado de comunicación que garantice la entrega clara, oportuna, completa y coordinada de la información clínica relevante durante las transiciones de atención.

El establecimiento debe identificar, de forma multidisciplinaria, qué transiciones existen, quiénes participan en ellas (personal clínico o no clínico) y en qué momentos ocurren. Con base en este análisis, se deben definir procesos específicos de entrega de información clínica de manera estandarizada y sistémica, durante:

a) Las transiciones en tiempo (Por ejemplo: cambio de guardia y/o turno)
b) Las transiciones en lugar (Por ejemplo: cambio de área o servicio).

SIN VALIDEZ OFICIAL

En los establecimientos de hemodiálisis estas transiciones ocurren principalmente durante los cambios de turno, reubicaciones temporales de pacientes dentro del establecimiento (por mantenimiento, limpieza u otras contingencias), cambios en la persona responsable de la atención (médico tratante o enfermería), o cuando se transfiere información entre servicios subrogados que participan en el proceso de atención.

La comunicación estructurada debe realizarse de forma verbal, documentada y basada en un formato definido. Existen herramientas sugeridas, aunque no limitativas, que pueden ser adaptadas al contexto de hemodiálisis:

SAER	SBAR	IDEAS	ISOBAR
- S: Situación actual del paciente - A: Antecedentes clínicos relevantes - E: Evaluaciones realizadas o en curso - R: Recomendaciones y actividades pendientes	- S: Situación actual del paciente - B: Antecedentes clínicos relevantes - A: Análisis del problema - R: Recomendaciones y actividades pendientes	- I: Identificación - D: Diagnóstico - E: Estado - A: Actuaciones - S: Signos y síntomas de alarma	- I: Identificación - S: Situación - O: Observación - B: Background o antecedentes clínicos relevantes - A: Acordar un plan - R: “Read-Back” Confirmar la transferencia

El uso sistemático de una herramienta permite una transferencia clara de la información, lo que favorece la continuidad del tratamiento y la prevención de riesgos clínicos.

Estos procedimientos deben estar documentados, estandarizados, implementados y supervisados de forma periódica, a fin de evaluar su cumplimiento y su efectividad en la práctica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado las transiciones clínicas que ocurren durante la atención, ya sean en el tiempo o en el lugar, así como el personal involucrado.

(2) Se ha definido, documentado e implementado un proceso estructurado para la comunicación de información durante las transiciones identificadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El proceso incluye el uso de un formato o herramienta estandarizada (como SAER u otra equivalente) que asegure una comunicación clara, completa, ordenada y oportuna.
(4)El personal clínico responsable de participar en estas transiciones ha sido capacitado en el proceso y aplica la herramienta conforme a lo establecido.
(5)La entrega de información durante las transiciones se documenta en el expediente clínico o en un registro específico definido por el establecimiento.
(6)Se evalúa periódicamente el cumplimiento del proceso y se implementan acciones de mejora cuando se identifican desviaciones o áreas de oportunidad.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la comunicación de información clínica durante las transiciones.
- Formato estructurado de comunicación de la información, utilizado y firmado como parte del registro clínico u operativo del paciente.
- Listado de tipos de transiciones clínicas identificadas por el establecimiento.
- Registro de capacitación al personal clínico sobre el proceso de comunicación estructurada durante las transiciones.
- Auditorías o listas de verificación que evalúen el cumplimiento del proceso de comunicación estructurada en las transiciones clínicas.
- Informe de evaluación periódica sobre la implementación del proceso, que incluya análisis de eventos adversos, cuasifallas o desviaciones relacionadas con fallas en la continuidad de la atención.

c. Estándar 3/8. Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un proceso documentado, estandarizado y conocido por el personal para gestionar el traslado de pacientes a otro establecimiento, cuando no sea posible brindar la atención dentro de su capacidad resolutiva.
El traslado puede requerirse en situaciones como:

i. Condiciones clínicas que superan los recursos del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ii. Necesidad de atención de servicios especializados o intervención urgente.
iii. Complicaciones que requieren observación médica continua o procedimientos fuera del alcance del establecimiento.

El proceso de traslado describe al menos, lo siguiente:

a) Criterios clínicos y operativos para determinar cuándo un paciente debe ser trasladado a otro establecimiento.
b) Responsabilidad sobre el paciente durante el traslado (por ejemplo, personal de ambulancia, médico tratante, etc.).
c) Transferencia formal de la atención entre proveedores y el establecimiento, incluyendo el envío de información clínica relevante y la notificación al establecimiento receptor.
d) Medidas en caso de que no sea posible el traslado inmediato, como la estabilización del paciente, así como la comunicación con autoridades o redes de atención.

Este proceso debe documentarse claramente en el expediente clínico e incluir evidencia de:

• La decisión clínica que justifica el traslado.
• La comunicación con el establecimiento receptor.
• Las acciones tomadas durante la espera o el proceso de referencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el traslado de pacientes a otros establecimientos cuando la atención no puede ser garantizada en el establecimiento de hemodiálisis, e incluye al menos lo mencionado en los incisos a) a la d) de la guía.
(2) El personal está capacitado y aplica el proceso conforme a lo establecido.
(3) Se documentan las decisiones, acciones y comunicaciones relacionadas con cada traslado en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para el traslado de pacientes
- Listado de criterios clínicos y operativos definidos por el establecimiento para determinar cuándo debe realizarse un traslado.
- Formato o registro de traslado que evidencie: La justificación clínica del traslado, El establecimiento receptor, La persona responsable del traslado, La hora de salida y llegada, si aplica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Notas clínicas en el expediente del paciente que documenten La decisión de traslado y comunicación con el establecimiento receptor.
- Convenios, acuerdos o directorio de referencia con establecimientos receptores.
- Capacitación al personal sobre el proceso de traslado y su rol durante el mismo.
- Reportes o actas de revisión de traslados realizados como parte del sistema de mejora de la calidad.

d. Estándar 4/8. Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.

1. Guía.

Para garantizar la continuidad del tratamiento en pacientes que requieren ser trasladados o referidos a otro establecimiento, el establecimiento de hemodiálisis debe asegurarse de que el lugar receptor cuenta con la capacidad resolutiva necesaria para atender las necesidades del paciente.

En aquellos casos donde los traslados o referencias ocurren con frecuencia, el establecimiento debe contar con convenios formales o informales que definan los términos de referencia, asegurando la aceptación oportuna y las condiciones para la recepción del paciente.

El establecimiento también debe contar con un directorio actualizado de instituciones receptoras, incluyendo:

a) Nombre del establecimiento.
b) Tipo de atención que ofrece.
c) Dirección y medios de contacto (teléfono, correo u otros).
d) Horarios de atención o requisitos específicos de referencia.

Este listado debe estar disponible para el personal autorizado. Cuando no se pueda confirmar la capacidad resolutiva del receptor, el paciente no debe ser trasladado hasta contar con una alternativa viable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento verifica que el establecimiento receptor cuenta con la capacidad resolutiva para atender al paciente que será trasladado o referido.

(2) Existen convenios formales o informales documentados con establecimientos receptores cuando la referencia ocurre de manera recurrente.

(3) Se dispone de un directorio vigente de establecimientos a los que pueden referirse pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El personal responsable del traslado conoce y aplica estos criterios antes de referir al paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Directorio vigente de establecimientos receptores, con datos completos.
- Convenios formales o acuerdos de colaboración para traslado o referencia.
- Registro de verificación documentada de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor (formato de confirmación o evidencia de llamada/documento).
- Acciones definidas para la verificación previa a la referencia o traslado de pacientes.
- Registro de personal capacitado en los criterios y lineamientos para referir o trasladar pacientes.
- Ejemplos de referencia documentada con confirmación de recepción por parte del establecimiento receptor.
- Indicadores o registros de seguimiento sobre cumplimiento de procesos de referencia/traslado (auditoría interna, revisión de expedientes, etc.).

e. Estándar 5/8. Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

Para asegurar la continuidad de la atención del paciente durante un traslado (referencia o contrarreferencia), el establecimiento de hemodiálisis debe entregar al establecimiento receptor un resumen clínico con información completa, clara, suficiente y actualizada conforme a la legislación aplicable vigente.

Esta transferencia de información clínica debe realizarse mediante una nota de referencia/contrarreferencia, elaborada por el médico responsable del paciente u otro profesional autorizado. En caso de ser realizada por un médico en formación, esta debe ser validada por el médico responsable.

Esta nota clínica debe proporcionar un panorama general del estado clínico del paciente, la atención recibida, el motivo del envío y las necesidades clínicas para la atención posterior. La nota debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Nombre del establecimiento que refiere.
c) Nombre del establecimiento receptor.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Motivo del envío.
e) Fecha y hora de la referencia
f) Impresión diagnóstica (incluye comorbilidades y riesgos relevantes).
g) Terapéutica empleada, procedimientos realizados o tratamientos iniciados.
h) Estado clínico actual del paciente.
i) Necesidades de atención continua, como vigilancia, acceso vascular, hemodiálisis urgente, tratamiento farmacológico, entre otras.
j) Nombre completo y firma del profesional que refiere.

En el caso de los establecimientos de Hemodiálisis, el Resumen Clínico además deberá incluir:

i) Diagnóstico nefrológico
ii) Frecuencia actual de sesiones de hemodiálisis
iii) Tiempo de permanencia en programa de hemodiálisis
iv) Tipo y estado funcional del acceso vascular
v) Superficie del dializador
vi) Si participa en programa de reúso
vii) Peso seco actual
viii) Ganancia interdialítica promedio
ix) Resultados de cinética de urea
x) Serología viral
xi) Alergias conocidas
xii) Problemas clínicos ocurridos durante el tratamiento

El resumen clínico debe estar documentado, firmado y anexado al expediente clínico del paciente. En los casos aplicables, se debe entregar también una copia al paciente o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la elaboración y entrega de la nota de referencia/contrarreferencia al momento de referir o trasladar a un paciente a otro establecimiento.
(2) El resumen clínico es elaborado por un médico autorizado y contiene al menos los elementos del inciso a) al j) y del i) al xii) de la guía.
(3) El resumen clínico es entregado al establecimiento receptor junto con el paciente.
(4) La nota de traslado, debidamente firmada, se anexa en el expediente clínico y, cuando corresponde, se entrega una copia al paciente o cuidador primario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la elaboración de notas de referencia/contrarreferencia.
- Formato institucional de resumen clínico o nota de traslado conforme a la legislación aplicable vigente.
- Registro de traslado con evidencia de entrega del resumen clínico al establecimiento receptor.
- Nota de referencia documentada y firmada por médico tratante, anexada en el expediente clínico del paciente.
- Copia de resumen clínico entregado al paciente o cuidador primario, cuando corresponde.

f. Estándar 6/8. Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe garantizar que, cuando se realiza el traslado de un paciente a otro establecimiento, el cuidado durante el traslado sea proporcionado por personal que cuente con las competencias necesarias, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

El proceso de traslado puede variar en complejidad, desde pacientes estables que no requieren intervención activa, hasta pacientes con condiciones críticas que necesitan monitorización continua, administración de oxígeno, manejo de accesos vasculares o respuesta ante emergencias.

El establecimiento debe evaluar el estado clínico del paciente antes del traslado y definir quién será responsable de su atención durante el mismo. Esto implica:

a) Identificar si se requiere personal clínico (enfermero/a, médico) capacitado para acompañar al paciente.
b) Asegurar que el personal asignado cuente con los conocimientos, habilidades y recursos para manejar posibles complicaciones durante el traslado.
c) Asegurar que el medio de traslado sea adecuado (unidad móvil equipada, ambulancia con soporte vital, etc.).

Cuando el traslado sea realizado por un servicio subrogado, el establecimiento debe asegurarse de que el proveedor cumpla con los mismos criterios de competencia clínica, vigilancia y respuesta ante eventos, conforme a las especificaciones de calidad definidos por el establecimiento.

Cuando se traslada a un paciente inestable, debe implementarse un protocolo que incluya monitorización continua, según aplique.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe documentar quién fue responsable del paciente durante el traslado, el nivel de vigilancia proporcionado, y de ser posible, si hubo incidentes clínicos durante el trayecto.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento evalúa el estado clínico del paciente antes del traslado y determina el nivel de vigilancia requerido.
(2) El cuidado durante el traslado es proporcionado por personal con las competencias necesarias, conforme al estado del paciente.
(3) En traslados realizados por servicios subrogados, el establecimiento verifica que el personal asignado cumple con las competencias requeridas.
(4) Cuando corresponde, el paciente es monitorizado durante el traslado.
(5) El expediente clínico documenta el nombre del responsable del traslado, el tipo de vigilancia proporcionada y de ser posible, cualquier evento relevante durante el trayecto.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso para traslados de pacientes, incluyendo criterios de acompañamiento clínico.
- Evaluación pre-traslado documentada en el expediente clínico.
- Registro de traslado con nombre del responsable, estado del paciente y observaciones del trayecto.
- Lista de personal clínico capacitado para traslados.
- Bitácora de eventos durante traslados (cuando aplica).
- Capacitación documentada sobre manejo de pacientes durante el traslado, según niveles de complejidad.

g. Estándar 7/8. Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.

1. Guía.

Cuando se realiza una referencia, traslado o egreso de un paciente, el establecimiento de hemodiálisis debe considerar las condiciones clínicas y sociales del paciente para determinar si requiere apoyo en el traslado. Este componente es particularmente relevante para pacientes en situación de vulnerabilidad, riesgo social o sin acompañamiento.

El establecimiento debe evaluar las necesidades de transporte, asegurando que el paciente reciba orientación, apoyo logístico y, cuando sea posible, coordinación con servicios internos, subrogados o cuidadores primarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esto incluye casos en los que el paciente:

a) No puede movilizarse por sí mismo debido a discapacidad o estado clínico.
b) Requiere monitoreo clínico o acompañamiento por personal capacitado durante el traslado.
c) Carece de redes familiares o sociales que puedan apoyarlo en el retorno seguro a su domicilio.

Además, se debe contar con un directorio actualizado de servicios de ambulancia, públicos o privados, con información de contacto, ante situaciones en las que el traslado debe realizarse con medios especializados.

Toda la gestión relacionada con el transporte debe quedar documentada en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que considera las necesidades de transporte.
(2) Se evalúa y documenta si el paciente requiere apoyo para su traslado según su estado clínico o situación social.
(3) Cuando corresponde, se realiza coordinación con familiares, servicios subrogados o autoridades locales para facilitar el traslado seguro.
(4) Se cuenta con un directorio vigente y accesible de servicios de ambulancia u otras opciones de transporte asistido.
(5) El apoyo brindado o gestionado para el traslado queda documentado en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o sección dentro del proceso de referencia o egreso que contemple necesidades de transporte.
- Evaluación clínica del paciente que determine si requiere apoyo para el traslado.
- Directorio vigente de ambulancias o transporte asistido, con datos de contacto.
- Registro en expediente clínico de la coordinación realizada con familiares o servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h. Estándar 8/8. Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico por sesión y/o egreso.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe proporcionar a cada paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario, instrucciones claras y comprensibles al momento del egreso médico, así como al concluir una sesión de tratamiento cuando la condición del paciente lo requiera.

Estas instrucciones son esenciales para asegurar la continuidad del tratamiento, la identificación oportuna de complicaciones y la adopción de medidas que promuevan la seguridad del paciente en el entorno ambulatorio o domiciliario.

Estas instrucciones deben adaptarse al nivel de comprensión del paciente y/o su cuidador primario, y se entregan de forma verbal y escrita, utilizando lenguaje sencillo y, si se requiere, materiales complementarios (pictogramas, esquemas, formatos adaptados).

El establecimiento debe definir un proceso estandarizado para entregar instrucciones en dos escenarios principales:

a) Egreso definitivo del paciente (por alta médica, referencia o cambio de establecimiento): las instrucciones pueden incluir:
   i. El plan de seguimiento médico.
   ii. Fechas o condiciones para el próximo contacto o revisión.
   iii. Establecimientos de referencia.
   iv. Recomendaciones específicas sobre medicamentos prescritos o suspendidos, dieta, restricciones y vigilancia.
   v. Signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata.
   vi. Medidas de autocuidado o apoyo familiar.
   vii. Datos de contacto del establecimiento, incluyendo los medios para resolver dudas o acceder a servicios fuera del horario habitual.

b) Al término de una sesión de hemodiálisis, cuando se detecten situaciones relevantes, como:
   i. Hipotensión post-diálisis, cambios en el acceso vascular, prescripción especial de líquidos o dieta.
   ii. Indicaciones para consultar antes de la próxima sesión.
   iii. Fechas de programación de sesiones.
   iv. Signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata.

Cuando el paciente tenga limitaciones cognitivas, sensoriales, educativas o de otra índole, el cuidador primario debe recibir esta

SIN VALIDEZ OFICIAL

información, principalmente si desempeña un papel dentro del proceso de atención, y quedar registrada su participación.
Toda la información proporcionada debe documentarse en el expediente clínico y dejar constancia que respalde la evidencia de entrega al paciente o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento proporciona instrucciones de seguimiento al egreso en un formato claro, estructurado y comprensible para el paciente y/o su cuidador primario.
(2)Las instrucciones incluyen indicaciones específicas sobre seguimiento clínico, próxima cita o condiciones para revaloración.
(3)Las instrucciones incluyen signos de alarma o datos que indican la necesidad de buscar atención inmediata.
(4)Cuando corresponde, el cuidador primario también recibe las instrucciones.
(5)La entrega de las instrucciones y la comprensión por parte del paciente/cuidador se documenta en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional para la entrega de instrucciones al paciente y/o cuidador primario en el egreso o al término de la sesión.
- Evidencia de entrega escrita de las instrucciones al paciente o cuidador primario.
- Materiales informativos complementarios utilizados por el establecimiento (formatos con pictogramas, hojas con recomendaciones post-diálisis, etc.).
- Política o proceso documentado sobre la entrega de instrucciones al egreso o al cierre de una sesión, incluyendo cuándo y cómo deben emitirse.

SIN VALIDEZ OFICIAL

X. EJE ESTRUCTURAL: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

La mejora continua permite a las organizaciones identificar oportunidades de fortalecimiento, corregir desviaciones, aprender de sus resultados y adaptar sus procesos a un entorno cambiante. Este eje estructural evalúa la capacidad institucional para medir su desempeño, auditar sus procesos, incorporar la voz del paciente y del personal, e implementar acciones de mejora basadas en datos y evidencia.

Componente	Estándar	
A. Mejora continua	1	Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	2	Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
	3	Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	4	Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
	5	Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.
	6	Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.
	7	Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.
	8	Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.
	9	Rediseño de procesos clínicos o de gestión mediante herramientas de análisis proactivo.
	10	Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.
	11	Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.
	12	Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.
	13	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.
	14	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.
	15	Análisis sistemático los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.
	16	Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.
	17	Implementación y consolidación de acciones de mejora.
	18	Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	19	Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
A. Mejora continua	20	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen.
	21	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio.
	22	Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.
B. Sistema de salud	1	Conocimiento y ejecución de los protocolos nacionales de atención médica (PRONAMs).
	2	Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.
	3	Certificación del establecimiento como centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad (CEVADECE).
	4	Protocolo para la orientación y seguimiento de pacientes en terapia de reemplazo renal hacia programas de trasplante renal.
	5	Implementación de un programa de apoyo institucional para segundas víctimas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

A. MEJORA CONTINUA

a. Estándar 1/22. Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe desarrollar un plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente como instrumento estratégico que articule de forma sistémica y transversal los esfuerzos institucionales para consolidar una cultura de calidad, seguridad y mejora continua.

El gobierno y los líderes del establecimiento son responsables de analizar de manera integral la información generada por la implementación de los procesos clínicos y de gestión, con el objetivo de evidenciar y conducir las mejoras derivadas de estos procesos.

Este plan debe elaborarse mediante un enfoque de sistema, con liderazgo directivo y participación multidisciplinaria, e integrar tanto estrategias proactivas como reactivas:

i. El enfoque proactivo se basa en el proceso de gestión de riesgos, que incluye la identificación, priorización, análisis y toma de decisiones, con el propósito de disminuir la posibilidad que los riesgos identificados se materialicen. Para ello, el establecimiento puede emplear herramientas como análisis causa-raíz prospectivo, matrices de priorización, análisis de barreras, flujogramas u otros mecanismos definidos institucionalmente o alineados a proyectos de mejora.
ii. El enfoque reactivo no solo considera la información generada por el sistema de notificación de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, sino también los mecanismos de supervisión y monitoreo de los procesos clínicos y de gestión establecidos dentro de los estándares del modelo. Este enfoque permite aprender de las situaciones que ya han ocurrido y tomar decisiones basadas en evidencia.

El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente no debe concebirse como un documento aislado, sino como una herramienta activa que integra, organiza y dirige las acciones necesarias para alcanzar los objetivos institucionales de mejora continua.

El plan tiene un alcance organizacional y debe actualizarse anualmente. Para su efectividad, debe integrar al menos los siguientes seis elementos:

a) Evaluación integral de riesgos y problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
c) Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramientas de estandarización.
d) Evidencia de seguimiento y mejora de las prioridades mediante indicadores u otros mecanismos.
e) Análisis de un proceso de riesgo prioritario utilizando alguna herramienta proactiva o alineado a un proyecto institucional de mejora.
f) Programa de auditoría y supervisión de los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es el responsable final de la calidad y seguridad del paciente. Por ello, debe demostrar su compromiso y liderazgo aprobando, supervisando e impulsando la implementación del plan, asegurando su alineación con el MOCEBPASS y su integración efectiva en todos los niveles del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente se basa en la evaluación y priorización de riesgos y problemas institucionales.
(2) El plan incluye, al menos, los elementos presentados en los incisos a) al f) de la guía.
(3) El plan ha sido revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno o directivos.
(4) El documento del plan describe de forma clara cómo se desarrollan, articulan e implementan las acciones de calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Acta o constancia de revisión y aprobación por el cuerpo directivo.
- Informes de evaluación de riesgos, matriz de riesgos u otras herramientas de análisis proactivo.
- Sistema o registros de notificación y análisis de eventos adversos y cuasifallas.
- Protocolos clínicos o guías de práctica clínica implementadas en la institución.
- Indicadores utilizados para seguimiento de mejoras.
- Reportes periódicos de avance y resultados del plan de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/22. Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o su equivalente, conformado de manera multidisciplinaria, con el objetivo de coordinar, evaluar y dar seguimiento a las acciones institucionales relacionadas con la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Este comité es un órgano colegiado de carácter técnico consultivo, cuyas funciones incluyen el análisis de los problemas relacionados con la calidad, la formulación de acciones de mejora continua, la evaluación de resultados y el fortalecimiento de la cultura institucional de calidad y seguridad, en concordancia con el MOCEBPASS.

El comité debe estar integrado al menos por el titular del establecimiento (quien lo preside), personal clínico, de calidad y de áreas relevantes para los procesos clínicos y de gestión. Debe sesionar de forma periódica, tener objetivos y funciones formalmente definidos, y contar con mecanismos documentados para:

a) Avalar, supervisar e impulsar el diseño y la implementación del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
b) Tomar decisiones basadas en evidencia, derivada de indicadores, análisis de eventos, resultados de auditorías y experiencia del paciente.
c) Articularse con otros comités clínicos y técnicos del establecimiento.
d) Asegurar el seguimiento puntual de los acuerdos adoptados.
e) Elaborar y presentar una memoria anual institucional.

Los temas por tratar en el COCASEP pueden incluir los siguientes aspectos, entre otros definidos por el establecimiento.

i. Avances respecto a las revisiones previas.
ii. Cambios que afecten la calidad y seguridad del paciente en el establecimiento.
iii. Resultados sobre las quejas y experiencia del paciente.
iv. Las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
v. Los resultados de la implementación de procesos y barreras de seguridad para mejorar el desempeño de los procesos y servicios.
vi. Los resultados de las evaluaciones realizadas, las inconsistencias identificadas y acciones tomadas.
vii. El desempeño de los proveedores.
viii. Las oportunidades de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En caso de que el contexto operativo del establecimiento no permita integrar un comité formal, se deben definir mecanismos alternos de análisis periódico y multidisciplinario, que permitan cumplir con los mismos fines.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.
(2) El comité cuenta con objetivos y funciones definidas, alineadas al MOCEBPASS.
(3) El comité es presidido por el titular del establecimiento o su equivalente en funciones de gobierno institucional.
(4) El comité sesiona de forma periódica y documenta sus sesiones mediante minutas, acuerdos y seguimiento.
(5) El comité realiza, al menos, las siguientes funciones enlistadas del inciso a) al e) de la guía.
(6) En caso de no contar con un comité formal, el establecimiento implementa mecanismos alternos documentados para el análisis periódico de la información y la toma de decisiones sobre calidad y seguridad.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que formaliza la conformación del COCASEP (acta de instalación, nombramientos).
- Actas de sesiones periódicas del comité con evidencia de acuerdos y seguimiento.
- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente avalado por el comité.
- Memoria anual del COCASEP.
- Calendario institucional de sesiones.
- Informes de subcomités vinculados (ej. expediente clínico, mortalidad, seguridad del paciente).
- Evidencia de decisiones tomadas con base en análisis de indicadores, eventos adversos o supervisiones.
- Documento alternativo con mecanismos de análisis si no existe comité formal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/22. Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe realizar una evaluación integral de riesgos y problemas como base para definir prioridades institucionales relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente. Esta evaluación permite identificar, priorizar y gestionar de forma estructurada aquellos factores que pueden afectar negativamente los procesos clínicos y de gestión.

El riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento que produzca consecuencias negativas. El análisis de riesgos parte del principio de que la seguridad nunca es absoluta. Los riesgos están presentes en todas las actividades, y si bien muchos no pueden eliminarse por completo, pueden ser gestionados para reducir su probabilidad, su impacto o ambos.

Esta evaluación se debe aplicar a todos los procesos relevantes del establecimiento, tanto clínicos como de gestión, que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e infraestructura. Es importante incluir no solo riesgos potenciales, sino también eventos que ya han ocurrido en el pasado y que pueden repetirse si no son gestionados adecuadamente.

La gestión institucional de riesgos debe incluir, al menos, los siguientes pasos:

a) Identificación de riesgos con la participación directa del personal involucrado en los procesos, a partir del análisis de sus actividades, reportes de eventos o inspecciones internas.
b) Priorización de los riesgos detectados conforme a una metodología previamente definida por el establecimiento.
c) Análisis y gestión de los riesgos para proponer intervenciones o acciones de mejora orientados a limitar el impacto de estos en el establecimiento.
d) Integración de los resultados de esta evaluación al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, asegurando que las prioridades institucionales reflejen las áreas de mayor vulnerabilidad y oportunidad.

Este proceso se vincula directamente con la función del comité o grupo responsable de la calidad, y debe ser documentado, trazable y actualizable de forma periódica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)La definición de prioridades para la calidad y seguridad del paciente se basa en una evaluación integral de riesgos y problemas institucionales.

(2)La identificación de riesgos considera todos los procesos clínicos y de gestión que impactan en la seguridad del paciente, del personal y de la infraestructura.

(3)El personal involucrado en los procesos participa en la identificación de los riesgos.

(4)Los riesgos son priorizados con base en la metodología definida por el establecimiento.

(5)Los riesgos son analizados y gestionados como parte integral del desarrollo del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(6)Se implementan acciones de mejora como resultado del análisis y priorización de riesgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento que describe la metodología institucional para la identificación y priorización de riesgos.
- Matrices de riesgos o reportes institucionales de evaluación por áreas o procesos.
- Evidencia de participación del personal operativo en la identificación de riesgos (actas, talleres, encuestas).
- Listados priorizados de riesgos con criterios definidos (probabilidad, impacto, recurrencia).
- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente con acciones alineadas a los riesgos evaluados.
- Registros de seguimiento y mejora derivados del análisis de riesgos (reportes de avance, indicadores, minutas de comités).

d. Estándar 4/22. Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente como componente esencial del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este sistema debe permitir identificar, analizar y aprender de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, con el objetivo de prevenir su recurrencia, fortalecer la cultura de seguridad y

SIN VALIDEZ OFICIAL

mejorar los procesos institucionales. Su enfoque debe ser proactivo, no punitivo y orientado a la mejora.

Cada establecimiento debe establecer, documentar y difundir las definiciones operativas de los eventos que deben ser notificados, considerando su contexto clínico y organizacional, con el objetivo de facilitar su identificación por parte del personal operativo.

Si bien los eventos adversos con consecuencias graves afectan directamente a los pacientes, también impactan al personal involucrado y a la institución. Por ello, el sistema debe contemplar mecanismos para la atención integral de las víctimas, así como estrategias de comunicación y manejo institucional del impacto.

El sistema debe estar alineado con los criterios establecidos por la AESP 7 y debe incluir, al menos, los siguientes componentes:

a) Las definiciones operativas de cuasifallas, evento adverso y evento centinela.
b) Un mecanismo accesible, confidencial y no punitivo para su notificación.
c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz de eventos centinela y el análisis periódico de patrones y tendencias de eventos adversos y cuasifallas.
d) El proceso para la atención del personal afectado por un evento adverso graves, que puede incluir apoyo psicológico o contención institucional.
e) Un protocolo de comunicación institucional y manejo de crisis en casos de eventos adversos con impacto reputacional o social.
f) Lineamientos claros para la gestión y confidencialidad de la información generada por el sistema.
g) Un mecanismo que asegure la toma de decisiones informadas, orientadas a la mejora.
h) Estrategias de retroalimentación periódica a las áreas, al COCASEP y a los líderes y al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento

Este sistema debe estar documentado, difundido, supervisado y vinculado directamente con el proceso de gestión de riesgos, el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y el comité correspondiente (COCASEP o equivalente).

i. Requerimiento auditable.

(1) El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente incluye la implementación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El sistema definido por el establecimiento incluye, al menos, los elementos enlistados de a) a h) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Definiciones operativas institucionales de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
- Reportes mensuales o acumulados de notificación, análisis y acciones derivadas.
- Registro de capacitaciones al personal sobre el sistema de notificación.
- Evidencia de atención a segunda víctima (canales de apoyo, seguimiento psicológico, etc.).
- Informes de retroalimentación y análisis enviados al COCASEP o cuerpo de gobierno y/o alta dirección.
- Vínculo documental entre los eventos notificados y las decisiones institucionales de mejora.

e. Estándar 5/22. Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que todos los eventos centinela notificados o identificados sean analizados a través de un proceso estructurado, con el propósito de implementar acciones que disminuyan la probabilidad de su recurrencia.

Un evento centinela se define como un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función, no atribuible al curso natural de la enfermedad o condición del paciente. La OMS lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente”.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este análisis no necesariamente implica la existencia de un error clínico, pero exige una respuesta institucional inmediata y sistemática.

Cada establecimiento debe definir de manera operativa el concepto de evento centinela, considerando al menos los siguientes escenarios cuando correspondan a su contexto:

a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente.
b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente.
c) Procedimiento incorrecto o paciente equivocado.
d) Muerte materna.
e) Transmisión de enfermedad crónica como resultado de circuitos de hemodiálisis contaminados, reutilización inadecuada de filtros falla en los procesos de desinfección de máquinas, contaminación cruzada por mal manejo del acceso vascular, etc.
f) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente dentro del establecimiento.

El análisis de cada evento centinela debe iniciarse tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del evento o su notificación. El desarrollo del análisis causa-raíz debe cumplir los siguientes criterios:

i. Enfoque multidisciplinario, incluyendo al personal involucrado directa o indirectamente.
ii. Participación de los líderes del establecimiento, como parte de su función de toma de decisiones en calidad y seguridad.
iii. Enfoque de mejora y no punitivo, orientado a encontrar fallas en los procesos y barreras institucionales.

Como resultado del análisis, el establecimiento debe implementar acciones correctivas y preventivas para reducir la probabilidad de recurrencia de eventos similares, fortaleciendo su sistema de gestión de riesgos y la seguridad del paciente.

Es importante notar que el término “evento centinela” no siempre hace referencia a un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido operativamente el concepto de evento centinela e incluye al menos los incisos a) a g) cuando correspondan a su contexto.

(2) Se realiza un análisis causa-raíz documentado para cada evento centinela notificado o identificado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El análisis se concluye dentro de un plazo no mayor a 45 días desde la ocurrencia o notificación del evento.
(4)El análisis se realiza con participación multidisciplinaria e involucra al personal relacionado con el evento.
(5)El análisis cuenta con la participación del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento para la toma de decisiones.
(6)Se implementan acciones preventivas y de mejora como resultado del análisis causa-raíz.
(7)Se da seguimiento documentado a la implementación de dichas acciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Definición operativa institucional de evento centinela.
- Reportes de eventos centinela notificados o identificados.
- Formatos de análisis causa-raíz (ej. árbol de causas, diagrama de Ishikawa, 5 porqués).
- Actas o minutas de sesiones multidisciplinarias donde se haya realizado el análisis.
- Evidencia de participación del gobierno institucional en la validación del análisis.
- Planes de acción correctiva y preventiva derivados de los análisis.
- Registros de seguimiento a las acciones implementadas.

f. Estándar 6/22. Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que todos los eventos adversos sean notificados, analizados e integrados dentro de un sistema estructurado que permita comprender su causa, implementar acciones correctivas inmediatas y prevenir su recurrencia.

Los eventos adversos son aquellos sucesos imprevistos, indeseados o potencialmente peligrosos en un establecimiento de atención médica que llegan al paciente. La OMS lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente”.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cada establecimiento debe establecer definiciones operativas claras de evento adverso, difundidas al personal clínico y de apoyo, para facilitar su correcta identificación y notificación.
El análisis de eventos adversos debe realizarse tanto a nivel individual como agrupado:

a) A nivel individual, cada evento adverso notificado debe ser registrado y categorizado conforme al sistema definido por el establecimiento (ejemplo: por tipo de evento, área o servicio, impacto, etc.). Esta categorización tiene como propósito identificar de manera clara qué eventos requieren acciones correctivas inmediatas, mientras que aquellos de menor impacto se integran al análisis agrupado.
b) A nivel institucional, el establecimiento debe realizar un análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos al menos dos veces por año, con el fin de detectar recurrencias, áreas críticas o procesos vulnerables.

Ambos niveles de análisis deben generar evidencia documentada de decisiones y mejoras implementadas, y estar integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y difundido las definiciones operativas de eventos adversos.
(2) Se analiza eventos adversos reportados y se implementan acciones correctivas inmediatas cuando corresponde.
(3) Se realiza un análisis de patrones y tendencias de eventos adversos al menos dos veces al año.
(4) Como resultado del análisis de tendencias, se implementan acciones de mejora documentadas y trazables.
(5) El análisis de eventos adversos está documentado, vinculado con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y se presenta al COCASEP o mecanismo equivalente.

(A). Referencia de apoyo.

- Definiciones operativas institucionales de eventos adversos.
- Formatos de notificación y análisis de eventos adversos.
- Registros de eventos individuales con acciones correctivas implementadas.
- Informes bimestrales o semestrales de análisis de patrones y tendencias.
- Evidencia de medidas correctivas derivadas del análisis agrupado (actas, reportes, minutas).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Indicadores de mejora relacionados con reducción de eventos adversos.
- Documentación presentada al COCASEP.

g. Estándar 7/22. Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un proceso definido para la identificación, notificación, análisis y seguimiento de las cuasifallas, como parte del sistema de seguridad del paciente. Este proceso forma parte esencial del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente incluido en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Una cuasifalla es un evento adverso que no llegó a afectar al paciente, pero que revela una desviación respecto a la práctica óptima y que podría haber ocasionado un daño, de no haber sido interrumpida por una acción planificada, una intervención oportuna o el azar. La OMS lo define como “Cuasi-incidente: desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión del establecimiento, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”.

El análisis de cuasifallas permite detectar vulnerabilidades tempranas en los procesos, identificar patrones de riesgo y prevenir eventos adversos.

Cada establecimiento debe:

a) Definir operativamente qué constituye una cuasifalla en su contexto clínico y organizacional.
b) Implementar un mecanismo de notificación accesible y no punitivo para que el personal pueda reportarlas con confianza.
c) Analizar individualmente las cuasifallas críticas y, además, realizar un análisis de patrones y tendencias al menos dos veces al año.
d) Documentar e implementar acciones de mejora derivadas del análisis, integrándolas al ciclo de mejora institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y difundido definiciones operativas de cuasifallas.

(2) Las cuasifallas se notifican y analizan conforme al proceso institucional documentado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se realiza un análisis de patrones y tendencias de cuasifallas al menos dos veces por año.
(4)Se implementan acciones de mejora como resultado del análisis de patrones y tendencias.
(5)El análisis y seguimiento de cuasifallas se encuentra documentado y vinculado con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional con definiciones operativas de cuasifallas.
- Procedimiento documentado para la notificación y análisis de cuasifallas.
- Reportes de cuasifallas individuales y por unidad operativa.
- Informes semestrales de patrones y tendencias.
- Actas del COCASEP donde se analicen cuasifallas.
- Evidencia de acciones de mejora derivadas del análisis (indicadores, cambios en procesos, protocolos).
- Comunicación institucional de resultados o lecciones aprendidas.

h. Estándar 8/22. Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.

1. Guía.

La estandarización de los procesos de atención clínica reduce los riesgos para los pacientes, en particular aquellos asociados con decisiones críticas; además, permite que la atención se brinde de manera oportuna y efectiva, utilizando en forma eficiente los recursos disponibles.

A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, el establecimiento identifica y selecciona un proceso de atención en el cual se haya detectado alta variabilidad, con el propósito de estandarizarlo y así reducir riesgos. Esta variabilidad no necesariamente se relaciona con alta frecuencia o morbimortalidad, sino con la falta de consistencia en su ejecución, lo que puede derivar en resultados impredecibles.

Para estandarizar el proceso seleccionado, se implementa una guía, vía clínica, lineamiento o protocolo de práctica clínica y se mide el apego del personal involucrado al mismo. La implementación sigue un proceso estructurado que abarca, al menos, los siguientes pasos:

a) Seleccionar un protocolo, guía, vía o lineamiento acorde al proceso que presenta alta variabilidad dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Evaluar la aplicabilidad y respaldo científico de dicha guía, vía o protocolo.
c) Adaptarla, cuando sea necesario, a los recursos tecnológicos, terapéuticos, normativos o logísticos del establecimiento.
d) Aprobarla formalmente por parte del establecimiento.
e) Implementarla asegurando que su uso sea constante y efectivo en la atención clínica.
f) Evaluar el apego del personal involucrado, mediante el uso de herramientas como listas de verificación u otros instrumentos estructurados.
g) Actualizar el documento conforme a nueva evidencia o resultados operativos, según corresponda.

El establecimiento debe seguir este proceso para al menos una guía, vía o protocolo de atención por año.

Como resultado de la implementación y la medición del apego, se deben analizar los datos y tomar decisiones institucionales para fortalecer la seguridad del paciente y promover la mejora continua.

Esta buena práctica está respaldada por evidencia internacional. La OMS y múltiples estudios han demostrado que la estandarización clínica disminuye la variabilidad, reduce errores médicos, y mejora tanto los resultados de salud como la eficiencia institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, el establecimiento ha seleccionado un proceso de atención clínica con alta variabilidad.
(2) Para estandarizar el proceso seleccionado, se ha implementado una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los pasos mencionados del inciso a) al g) de la guía.
(3) Se evalúa el apego del personal mediante el uso de una herramienta.
(4) Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones institucionales.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional de evaluación de riesgos y procesos con alta variabilidad.
- Guía, vía, lineamiento o protocolo clínico con evidencia de evaluación, adaptación y aprobación.
- Instrumentos de medición del apego (listas de verificación, auditorías clínicas, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Informes o actas de comité con resultados analizados y decisiones derivadas.
- Evidencia de implementación activa del protocolo (capacitaciones, indicadores, registros clínicos).

i. Estándar 9/22. Rediseño de procesos clínicos o de gestión mediante herramientas de análisis proactivo.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe integrar en su Plan de Calidad y Seguridad del Paciente un enfoque proactivo para la gestión de riesgos. Este enfoque consiste en seleccionar, al menos una vez por año, un proceso clínico o de gestión clasificado como prioritario por su nivel de riesgo, para analizarlo, rediseñarlo e implementarlo con mejoras que lo hagan más seguro y eficiente.

Para ello, el establecimiento puede utilizar la herramienta de análisis proactivo que considere más adecuada a su contexto, capacidad técnica y recursos disponibles, como pueden ser: análisis de tendencia de eventos sin daño, mapeo de procesos con identificación de puntos críticos, matriz de priorización de riesgos, Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF), revisión por pares, metodología Planear – Hacer – Estudiar – Actuar (PDSA), entre otros. Lo importante es que el análisis derive en un rediseño del proceso que incorpore acciones correctivas o preventivas para reducir el riesgo identificado.

Este análisis debe contar con la participación del personal clínico y operativo directamente involucrado en el proceso y considerar su alcance desde el inicio hasta el final de la atención. Una vez rediseñado, el establecimiento debe implementar las mejoras, monitorear su cumplimiento, evaluar su efectividad y, si corresponde, documentar el aprendizaje institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y priorizado anualmente los procesos con mayor riesgo para la seguridad del paciente, personal e infraestructura.

(2) El establecimiento selecciona, al menos una vez por año, un proceso de riesgo prioritario para su análisis y rediseño.

(3) Se utiliza una herramienta de análisis proactivo elegida por el establecimiento para examinar el proceso y diseñar mejoras.

(4) El proceso es rediseñado con base en los hallazgos del análisis y se implementan las mejoras propuestas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Se realiza seguimiento a la implementación del proceso rediseñado y se evalúa su efectividad.

(A). Referencia de apoyo.

- Matriz de priorización de procesos de riesgo definida por el establecimiento.
- Registro o informe del análisis proactivo aplicado (ej. mapeo de procesos, análisis de eventos, PDSA, etc.).
- Documento de rediseño del proceso y plan de implementación.
- Evidencia de participación del equipo multidisciplinario.
- Indicadores o métricas de evaluación posterior al rediseño.
- Plan de seguimiento y mejora continua vinculado al plan de calidad y seguridad del paciente.

j. Estándar 10/22. Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis cuenta con un programa de auditoría y supervisión formalmente estructurado como una herramienta para evaluar el cumplimiento, eficacia y seguridad de los procesos definidos en los sistemas clínicos y de gestión.

Este programa se integra al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y debe permitir identificar desviaciones, variaciones no deseadas, incumplimientos normativos u oportunidades de mejora que requieran acciones correctivas o ajustes institucionales.

El programa debe cumplir con las siguientes características:

a) Estar organizado y coordinado por el área de calidad del establecimiento o la persona responsable de las actividades de calidad y seguridad del paciente.
b) Incluir la participación multidisciplinaria del personal involucrado en los procesos auditados.
c) Establecer los criterios de priorización de auditorías (por ejemplo: criticidad del proceso, historial de incumplimiento, incidentes asociados, etc.).
d) Incluir auditorías tanto documentales como observacionales, con metodologías y herramientas estandarizadas (listas de verificación, guías, formatos validados) definidas y validadas por el establecimiento.
e) Documentar los resultados y establecer, en forma conjunta con las áreas auditadas, planes de acción derivados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Informar tanto los resultados de la auditoría como el plan de acción al personal de área y al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

Posterior a la auditoría, y como parte del plan de acción, se diseñan e implementan mecanismos de supervisión que contribuyan a consolidar la mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de auditoría y supervisión como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) El programa se encuentra coordinado por el área de calidad y contempla la participación multidisciplinaria del personal involucrado en los procesos auditados.

(3) El programa define los criterios de priorización para la selección de procesos auditables.

(4) Se utilizan metodologías y herramientas estandarizadas para realizar las auditorías (listas de verificación, formatos de observación, entrevistas, etc.).

(5) Se documentan los resultados de las auditorías realizadas, y se establecen acciones de mejora derivadas de los hallazgos.

(6) Los resultados y acciones del programa se comunican a los responsables de área y cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento.

(7) Se cuenta con evidencia documental de auditorías realizadas, planes de mejora derivados y seguimiento a las acciones implementadas mediante mecanismos definidos de supervisión.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de auditoría y supervisión.
- Cronograma anual de auditorías con responsables asignados.
- Instrumentos utilizados (listas de verificación, guías de observación, actas de revisión).
- Evidencia de hallazgos documentados y planes de acción.
- Bitácoras o informes de recorridos o visitas supervisadas.
- Actas de comités o de las reuniones donde se analizaron los resultados.
- Registro fotográfico u observacional, si se utiliza.
- Documentación de los mecanismos de seguimiento y consolidación de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

k. Estándar 11/22. Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.

1. Guía.

Cuando el establecimiento de hemodiálisis utiliza servicios de ambulancia (ya sean propios o subrogados) para el traslado de pacientes, debe garantizar que estos cumplan con la legislación aplicable vigente, así como con los criterios y especificaciones de calidad definidos por el establecimiento.

Las ambulancias deben contar con el equipamiento, medicamentos, insumos y dispositivos adecuados, de acuerdo a las necesidades y al estado del paciente, y contar con personal con las competencias necesarias para la atención y el monitoreo durante el traslado, acorde al tipo de unidad (básica, avanzada o especializada).

El establecimiento debe implementar un proceso de supervisión y control de los servicios de ambulancia que considere al menos:

a) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
b) La verificación de equipamiento, mantenimiento y disponibilidad operativa.
c) La integración de criterios relacionados con los procesos clínicos y de gestión sistemas del modelo: gestión segura del uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, gestión y seguridad de la infraestructura y gestión del talento humano.
d) La evaluación periódica del tiempo de respuesta y la calidad de atención durante el traslado.
e) La atención a quejas o incidentes relacionados con el servicio.

Cuando el servicio de ambulancia es subrogado, estas condiciones se integran como parte de la supervisión mediante criterios o especificaciones de calidad, de manera formal o informal con el proveedor, y deben ser auditadas periódicamente, dejando evidencia documental al menos una vez al año.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la supervisión de los servicios de ambulancia, propios o subrogados.

(2) Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios conforme al tipo de traslado y estado del paciente.

(3) Las ambulancias, y el personal que las opera, cumplen con la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)En caso de servicios subrogados, se integran criterios o especificaciones de calidad que aseguren lo mencionado del inciso a) al e) de la guía.
(5)El establecimiento supervisa el tiempo de respuesta, la calidad de la atención durante el traslado y la atención a quejas relacionadas con el servicio.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado de supervisión de servicios de ambulancia.
- Contrato o convenio de subrogación que incluye especificaciones o criterios de calidad.
- Listado de verificación del cumplimiento normativo y del estado del equipo.
- Reportes de tiempo de respuesta, atención clínica y condiciones de traslado.
- Registros de capacitación del personal operativo de ambulancia.
- Auditorías o reportes de evaluación del servicio, incluyendo atención de quejas.

I. Estándar 12/22. Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe realizar de forma sistemática y periódica la supervisión, inspección, prueba y mantenimiento de todos los servicios prioritarios para la operación, con el fin de asegurar su disponibilidad, funcionalidad y seguridad. Estas acciones deben llevarse a cabo por personal con las competencias técnicas requeridas y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

La supervisión regular de los servicios públicos y clave (como agua, electricidad, gases medicinales, ventilación, comunicación y datos) es esencial para prevenir interrupciones operativas, identificar desviaciones y garantizar condiciones seguras de atención para pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes.

Los datos generados durante la implementación, supervisión y mantenimiento del programa deben ser organizados, analizados e interpretados para:

a) Detectar patrones de falla o eventos críticos.
b) Sustentar decisiones de mejora continua.
c) Planear la actualización, sustitución o expansión de los servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Priorizar inversiones o recursos según criterios técnicos, clínicos y normativos.

Este enfoque de análisis contribuye a una gestión anticipada de riesgos, mejora de la eficiencia operativa y alineación con la estrategia institucional. El establecimiento debe contar con registros estructurados, indicadores y mecanismos de revisión técnica, que respalden la toma de decisiones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento realiza de forma periódica la supervisión, inspección, prueba y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.

(2) Estas actividades son ejecutadas por personal con las competencias técnicas necesarias, conforme a la legislación aplicable vigente.

(3) Los datos generados por la implementación y supervisión del programa son analizados de manera sistemática.

(4) La información obtenida se utiliza para tomar decisiones de mejora, actualización o sustitución de los servicios prioritarios.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros de inspección periódica de servicios prioritarios, incluyendo fechas, responsables, hallazgos y acciones derivadas.
- Bitácoras o reportes de prueba y mantenimiento de sistemas como: suministro de agua, energía eléctrica, gases medicinales, sistemas de ventilación, redes de datos y comunicación.
- Evidencia documental de la competencia técnica del personal responsable de la supervisión (constancias de formación, experiencia, perfiles de puesto).
- Indicadores o tableros de control con datos sobre disponibilidad, fallas, tiempos de respuesta, o frecuencia de mantenimiento de servicios prioritarios.
- Análisis o reportes técnicos internos donde se utilice la información generada para detectar tendencias, riesgos u oportunidades de mejora.
- Planes o proyectos institucionales de mejora, actualización o sustitución de infraestructura o servicios, sustentados en evidencia técnica y operativa.
- Minutas o actas de reuniones técnicas donde se revisen datos relacionados con el desempeño de servicios prioritarios y se tomen decisiones de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documentación de inversiones o ajustes operativos derivados del análisis de información técnica.

m. Estándar 13/22. Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos. – Indispensable –

1. Guía.

La tecnovigilancia es el proceso institucional mediante el cual se identifican, notifican, analizan y mitigan los eventos adversos y fallas relacionadas con el uso de dispositivos médicos, con el objetivo de proteger la seguridad del paciente, del personal y del entorno.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un programa de tecnovigilancia estructurado y documentado, que permita dar cumplimiento a las disposiciones de la regulación aplicable vigente. Este programa debe vincularse directamente con los procesos de gestión del equipo médico, uso clínico, mantenimiento, capacitación, así como, vigilancia post-comercialización.

Los elementos clave del programa son:

a) Catálogo institucional de dispositivos médicos, actualizado y disponible, que incluya equipo propio, rentado, en comodato o suministrado por el paciente, con información como: denominación común y comercial, fabricante, fecha de fabricación, lote, número de serie, número de registro sanitario, historial de mantenimiento y eventos reportados.
b) Procedimiento formal de notificación de eventos adversos o fallas relacionados con dispositivos médicos, que defina responsabilidades, flujos de comunicación interna, criterios de gravedad y tiempos de respuesta.
c) Registro y análisis sistemático de los eventos adversos, que permita identificar causas, patrones, tendencias y factores contribuyentes. Este análisis debe derivar en acciones correctivas documentadas y, cuando aplique, en notificación a la autoridad regulatoria.
d) Consulta y revisión periódica de alertas sanitarias, boletines técnicos, retiros del mercado y actualizaciones técnicas emitidas por COFEPRIS, OMS, fabricantes y distribuidores autorizados, así como la documentación de la respuesta institucional a estos eventos.
e) Capacitación periódica al personal sobre tecnovigilancia, identificación de eventos, manejo seguro del equipo y reporte efectivo de incidentes.
f) Mecanismos de auditoría interna y mejora continua del programa, incluyendo evaluación de su efectividad, indicadores de desempeño y evidencia de correcciones implementadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El programa debe estar articulado con el sistema de calidad, los responsables del equipo médico y las direcciones técnicas y clínicas del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un programa institucional de tecnovigilancia definido, documentado, implementado, vigente y alineado con la normativa nacional.

(2)El establecimiento mantiene un catálogo actualizado de dispositivos médicos en uso, que incluye:
(2.1) Denominación común y comercial.
(2.2) Número de serie y ubicación.
(2.3) Registro sanitario.
(2.4) Historial de mantenimiento y eventos adversos (cuando aplique).

(3)Existe un procedimiento formal de notificación interna de eventos adversos o fallas relacionadas con dispositivos médicos, que define responsables, flujos, tiempos y niveles de gravedad.

(4)Se cuenta con registros documentados de eventos adversos y fallas reportadas, con evidencia de:
(4.1) Análisis técnico o clínico del evento.
(4.2) Identificación de causa o factor contribuyente.
(4.3) Implementación de acciones correctivas.
(4.4) Notificación a la autoridad sanitaria, cuando corresponda.

(5)El personal clínico y técnico recibe capacitación periódica en temas de tecnovigilancia, reporte de eventos y manejo seguro del equipo médico.

(6)Se realiza una evaluación periódica del programa, y existen registros de auditoría interna o revisión de su desempeño, con mejoras implementadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de tecnovigilancia documentado, firmado por la dirección técnica o responsable del área.
- Catálogo actualizado de dispositivos médicos, con los siguientes datos por equipo:
  • Denominación común y comercial.
  • Fabricante y distribuidor.
  • Modelo, número de serie, ubicación.
  • Registro sanitario
  • Historial de mantenimiento y eventos asociados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Procedimiento interno de notificación de eventos adversos y fallas, que describa claramente:
  • Qué se debe reportar.
  • Quién debe reportarlo.
  • A quién se reporta.
  • Qué plazos deben cumplirse.
- Registros de eventos adversos reportados, incluyendo:
  • Descripción del evento o falla.
  • Fecha y área donde ocurrió.
  • Equipo involucrado (con número de serie).
  • Responsable que reporta.
  • Análisis técnico y/o clínico del evento.
  • Acciones correctivas implementadas.
- Evidencia de notificaciones realizadas a la autoridad sanitaria (COFEPRIS u otra) cuando aplique.
- Minutas o actas de reuniones en las que se analicen eventos adversos y se tomen decisiones sobre acciones preventivas o correctivas.
- Constancias de capacitación al personal clínico y técnico sobre tecnovigilancia, identificación de eventos y procesos de notificación.
- Informe o acta de revisión periódica del programa, con hallazgos, mejoras implementadas y seguimiento.

n. Estándar 14/22. Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

La farmacovigilancia comprende todas las actividades destinadas a identificar, evaluar, comprender y prevenir los efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con el uso de medicamentos, incluyendo vacunas. En los establecimientos de hemodiálisis, la detección temprana de reacciones adversas puede prevenir eventos graves y optimizar la farmacoterapia del paciente.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado e implementado para:

i. Monitorear la respuesta del paciente a nuevos tratamientos y ajustar la dosis o el medicamento cuando sea necesario.
ii. Identificar y reportar:
   - Sospechas de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM).
   - Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).
- Efectos secundarios esperados, especialmente en poblaciones vulnerables.

El proceso debe incluir:

a) La capacitación del personal clínico y no clínico para detectar y documentar reacciones adversas y efectos inesperados.
b) La documentación de cualquier evento adverso en el expediente clínico del paciente.
c) La notificación oportuna a la autoridad sanitaria mediante los formatos oficiales de COFEPRIS, conforme a los tiempos establecidos:
   - SRAM o RAM grave: máximo 7 días naturales después de la identificación.
   - ESAVI o más de dos casos relacionados al mismo medicamento: dentro de las 48 horas.

Estas actividades deben ser coordinadas por el responsable del sistema de medicación, en colaboración con los líderes clínicos y no clínicos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la identificación, documentación y notificación de SRAM, RAM y ESAVI, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) El proceso de farmacovigilancia es multidisciplinario y cuenta con la participación activa del personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud.
(3) Todos los eventos adversos identificados son registrados en el expediente clínico.
(4) Los reportes oficiales de farmacovigilancia se envían dentro de los plazos establecidos por la normatividad aplicable.
(5) El personal clínico involucrado en la atención al paciente ha sido capacitado en farmacovigilancia y uso de los formatos oficiales de COFEPRIS.

(A). Referencia de apoyo.

- COFEPRIS – Manual del Usuario para la Notificación de RAM y ESAVI.
- Plataforma electrónica de notificación de farmacovigilancia: www.gob.mx/cofepris
- Registros de capacitación institucional sobre farmacovigilancia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de reportes enviados al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) y seguimiento documental.
- Políticas institucionales de respuesta a eventos adversos relacionados con medicamentos.

o. Estándar 15/22. Análisis sistemático de los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.

1. Guía.

La toma de decisiones basada en evidencia requiere que el establecimiento cuente con un proceso sistemático para agrupar, analizar e interpretar datos relevantes sobre sus procesos clínicos y de gestión.

El análisis de datos debe realizarse con la participación de personal con las competencias necesarias, ya sea clínico o no clínico, y debe apoyarse en herramientas adecuadas de análisis cualitativo o cuantitativo, como gráficos de control, histogramas, análisis de tendencias, indicadores clave, entre otros.

La frecuencia del análisis debe estar alineada con las características del proceso en estudio, el volumen de datos generado, la criticidad del indicador o la normativa vigente. Por ejemplo, los eventos relacionados con seguridad del paciente pueden requerir análisis inmediato, mientras que la evaluación de indicadores operativos puede realizarse mensual o trimestralmente.

La correcta interpretación de los datos y su transformación en información útil permite identificar patrones, detectar variaciones, priorizar áreas de mejora y evaluar el impacto de intervenciones implementadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el análisis de datos, que incluye responsables, herramientas y criterios para su agrupación, frecuencia y utilización.

(2) El personal clínico y de gestión con competencias, participa en el análisis de los datos según su área de responsabilidad.

(3) Los datos generados por los procesos se agrupan, categorizan y analizan sistemáticamente con base en metodologías adecuadas.

(4) La frecuencia del análisis de datos es proporcional a la naturaleza del proceso en estudio y permite una toma de decisiones oportuna.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Los resultados del análisis de datos se utilizan para identificar áreas de mejora, tomar decisiones y retroalimentar al personal involucrado.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para el análisis de datos e indicadores.
- Registros de reuniones de análisis de datos con participación multidisciplinaria.
- Reportes de indicadores clave de desempeño (KPIs) clínicos y operativos.
- Gráficas, informes de tendencia y reportes de evaluación periódica.
- Ejemplos documentados de decisiones o mejoras implementadas con base en el análisis de datos.
- Evidencia de capacitación del personal involucrado en el análisis de datos.

p. Estándar 16/22. Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso que permita comparar sistemáticamente los resultados del análisis de datos obtenidos internamente con otras fuentes de referencia. Este proceso fortalece la capacidad de evaluación crítica y orienta las decisiones de mejora basadas en evidencia.

Estas comparaciones deben considerar, al menos, los siguientes cuatro enfoques:

a) Comparaciones internas a lo largo del tiempo, para identificar tendencias, fluctuaciones o impactos de intervenciones.

b) Comparaciones con otros establecimientos similares, a través de sistemas de benchmarking, bases de datos institucionales, regionales o nacionales, cuando estén disponibles.

c) Comparaciones con estándares de calidad reconocidos, como los definidos por leyes, normativas, guías oficiales o marcos internacionales de referencia.

d) Comparaciones con mejores prácticas identificadas en la literatura científica o en guías de práctica clínica actualizadas, para evaluar la alineación del desempeño del establecimiento con enfoques clínicos seguros y efectivos.

Estas comparaciones no solo permiten identificar áreas de oportunidad, sino también validar el impacto de estrategias

SIN VALIDEZ OFICIAL

implementadas, y fortalecer la cultura de análisis y toma de decisiones basada en evidencia dentro del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado acciones para realizar comparaciones sistemáticas de sus datos de desempeño.
(2)El proceso de comparación incluye, al menos, los enfoques presentados del inciso a a) la d) de la guía.
(3)El personal responsable del análisis participa en la interpretación de estas comparaciones para orientar acciones de mejora.
(4)Las comparaciones se documentan y se integran en los procesos de toma de decisiones, seguimiento y mejora continua del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Reportes o tableros de control institucional con análisis de tendencias.
- Informes comparativos internos (mensuales, bimestrales, anuales).
- Participación en redes de benchmarking o bases de datos regionales.
- Comparación con estándares nacionales.
- Revisión de literatura científica o guías de práctica clínica actualizadas.
- Minutas de reuniones donde se presenten comparaciones y sus implicaciones para la mejora.

q. Estándar 17/22. Implementación y consolidación de acciones de mejora.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar acciones de mejora basadas en los hallazgos de sus procesos de evaluación, análisis de datos e información de calidad y seguridad del paciente. Estas acciones deben estar claramente planificadas, contar con responsables definidos, recursos asignados y mecanismos de seguimiento para evaluar su efectividad.

Las mejoras implementadas pueden ser resultado de iniciativas proactivas (por ejemplo, gestión de riesgos, rediseño de procesos) o reactivas (eventos adversos, cuasifallas, no conformidades, hallazgos de auditoría).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Una vez aplicadas, deben evaluarse mediante datos confiables que permitan verificar si los cambios introducidos generaron mejoras reales y sostenidas.
Para asegurar su permanencia, los cambios efectivos deben formalizarse en los procesos operativos del establecimiento, capacitar al personal involucrado y comunicarse ampliamente para facilitar su apropiación.
Estas acciones de mejora deben formar parte del ciclo sistemático de calidad y estar documentadas como evidencia del compromiso institucional con la mejora continua y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento planifica e implementa acciones de mejora en calidad y seguridad del paciente, utilizando metodologías de mejora continua que han sido definidas, autorizadas o alineadas por los líderes del establecimiento, de acuerdo con las características del proceso, los recursos disponibles y el alcance de la intervención.
(2) Las mejoras se derivan del análisis de datos confiables obtenidos mediante sistemas de medición, evaluación de riesgos, monitoreo o eventos notificados.
(3) Se asignan responsables y recursos necesarios (humanos, técnicos, tecnológicos, financieros, entre otros) para implementar cada mejora.
(4) Las acciones se prueban en un periodo definido antes de su implementación definitiva.
(5) Se recolectan datos para demostrar que las acciones implementadas han resultado en una mejora real y sostenible.
(6) Las mejoras efectivas se incorporan a los procesos operativos institucionales.
(7) El personal involucrado es capacitado sobre los cambios que forman parte de la mejora.
(8) Las mejoras sostenidas son documentadas y difundidas institucionalmente para fortalecer la cultura de calidad.

(A). Referencia de apoyo

- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Instructivos de metodologías autorizadas por el establecimiento (Planear – Hacer – Verificar – Actuar, 8D, just do it, entre otras).
- Reportes de proyectos de mejora documentados (metodología, hallazgos, resultados).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Minutas de comités donde se validan los resultados de las mejoras.
- Indicadores que muestran tendencia positiva sostenida.
- Políticas o procesos actualizados como resultado de la mejora.
- Evidencia de capacitación o comunicación interna al personal.
- Documentación de replicabilidad o escalamiento institucional.

r. Estándar 18/22. Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

La implementación efectiva del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente en el establecimiento de hemodiálisis requiere la participación activa y competente de todo el personal, tanto clínico como no clínico. Esta participación incluye actividades como la identificación de riesgos, la recolección y análisis de datos, la implementación de mejoras, el seguimiento de indicadores y la vigilancia de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).

Dado que muchas de estas actividades implican conocimientos y habilidades específicas que pueden no formar parte de la formación habitual del personal, el establecimiento debe desarrollar e implementar un programa formal de capacitación, adaptado al rol, nivel de responsabilidad y funciones asignadas de cada integrante del equipo.

La capacitación debe considerar, al menos, los siguientes aspectos:

a) Principios básicos de gestión de calidad y seguridad del paciente.
b) Metodologías de mejora continua (por ejemplo, ciclo PHVA).
c) Herramientas para el análisis de riesgos, evaluación de procesos y seguimiento de resultados.
d) Definiciones operativas de evento adverso, evento centinela y cuasifalla.
e) Procesos para la identificación, reporte y análisis de eventos relacionados con la seguridad.
f) Participación en el diseño, implementación o evaluación de los procesos clínicos o de gestión del MOCEBPASS.

El programa de capacitación debe ser impartido por personal con conocimientos técnicos, experiencia profesional y habilidades docentes adecuadas. Cuando la capacitación es impartida por personal externo los líderes del establecimiento se aseguran de que cuenta con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La capacitación debe realizarse de forma periódica, integrarse en los procesos de inducción y reanudarse cada vez que se rediseñen procesos, se identifiquen nuevas prioridades o se detecten patrones relevantes en los datos institucionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de capacitación para el personal, alineado a su rol en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) La capacitación es impartida por personal con experiencia, conocimiento técnico y habilidades docentes, ya sea interno o externo.

(3) El personal clínico y no clínico participa en las capacitaciones como parte de sus responsabilidades laborales, con registro formal de su participación.

(4) El programa de capacitación se actualiza periódicamente e incorpora los hallazgos, patrones o tendencias derivados del análisis de datos de calidad y seguridad.

(5) La capacitación contempla, al menos, la identificación y reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, y todo el personal cuenta con su constancia de capacitación de AESP.

(A). Referencia de apoyo

- Programa de capacitación vigente aprobado por el establecimiento.
- Materiales didácticos utilizados: presentaciones, guías, videos, hojas de trabajo.
- Listas de asistencia o certificados de participación por capacitación.
- Currículo o constancias del personal capacitador (interno o externo).
- Registros de retroalimentación o evaluación de las sesiones impartidas.
- Informes institucionales de eventos adversos o análisis de tendencias que hayan motivado sesiones específicas.
- Manuales de inducción que incorporen calidad y seguridad del paciente como eje formativo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

s. Estándar 19/22. Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar la difusión sistemática de los avances, resultados y aprendizajes generados a partir del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, como parte del fortalecimiento de una cultura de seguridad y aprendizaje continuo. Esta comunicación debe estar orientada a:

a) Hacer partícipe al personal clínico y no clínico de los logros obtenidos, decisiones tomadas y áreas en mejora continua.
b) Promover el aprendizaje organizacional, compartiendo tanto buenas prácticas como lecciones derivadas de eventos o riesgos identificados.
c) Fortalecer el compromiso institucional con la calidad y la seguridad, integrando a todo el equipo en la implementación de cambios.

La comunicación se realiza de forma periódica y documentada, a través de canales institucionales adecuados, como reuniones clínicas, boletines, carteles informativos, medios digitales, sesiones de retroalimentación, materiales visuales, acorde a los recursos del establecimiento. El contenido debe contemplar, al menos:

i. Proyectos de mejora nuevos o concluidos.
ii. Avances en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
iii. Resultados del análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
iv. Actualizaciones sobre los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para comunicar al personal los avances y resultados del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) La comunicación se realiza de manera periódica, utilizando canales institucionales adecuados según el perfil del personal y la cultura organizacional.

(3) El contenido de la comunicación incluye, al menos, lo definido en el inciso i) al iv) de la guía.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que define las acciones de comunicación interna de resultados del plan de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales de difusión utilizados: boletines impresos o digitales, carteles, pantallas informativas, comunicados por intranet, minutas de sesiones clínicas o técnicas, etc.
- Evidencia de sesiones informativas realizadas: registros de asistencia, convocatorias, agendas, presentaciones o minutas (clínicas, operativas, comités, etc.).
- Copias o archivos de comunicados oficiales, boletines electrónicos o físicos dirigidos al personal sobre avances del plan.
- Registro fotográfico o evidencia visual (si se usan medios gráficos en el área clínica o administrativa).
- Actas de comités o reuniones donde se aprueban o presentan los avances del plan y se acuerda su comunicación institucional.
- Registro de encuestas de retroalimentación, cuando se hayan aplicado para evaluar la utilidad de la información compartida.

t. Estándar 20/22. Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe definir e implementar un programa de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen, de acuerdo con su contexto operativo, los estudios que realiza y los recursos disponibles.

Este programa debe tener como propósito garantizar la precisión, reproducibilidad y seguridad en la realización, procesamiento, interpretación y entrega de los estudios de imagen, fortaleciendo la confianza diagnóstica y la trazabilidad clínica.

Aplica a todos los servicios propios, y en el caso de servicios subrogados, los criterios deben formar parte de las especificaciones de calidad definidas formalmente.

El programa de control de calidad debe incluir:

a) Control interno: pruebas diarias o periódicas para asegurar el correcto funcionamiento del equipo, exactitud de parámetros técnicos, cumplimiento de protocolos, verificación de calidad de imagen, revisión de condiciones de operación, etc.
b) Control externo: participación en evaluaciones externas de desempeño, auditorías cruzadas, comparación con centros acreditados o mecanismos de evaluación técnica reconocidos en imagenología (por ejemplo: pruebas fantoma, dosimetría externa, etc.).

El programa debe contemplar:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Documentación de los resultados de las pruebas y validaciones realizadas.
ii. Análisis de desviaciones o fallas identificadas.
iii. Implementación de medidas correctivas, con seguimiento verificable.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de control de calidad interno y externo aplicable a sus servicios de radiología e imagen.
(2)El programa incluye acciones específicas para los procesos críticos según el tipo de estudio (calidad de imagen, calibración de equipos, tiempo de exposición, dosimetría, etc.).
(3)Se documentan los resultados de las validaciones, controles y pruebas técnicas realizadas como parte del control de calidad.
(4)Cuando se identifican desviaciones o fallas, se documentan las medidas correctivas implementadas.
(5)En servicios subrogados, las acciones de control de calidad están incluidas en las especificaciones de calidad contractuales.

(A). Referencia de apoyo

- Programa institucional de control de calidad en servicios de imagen.
- Registros de pruebas internas de funcionamiento, calibración o verificación de imagen.
- Evidencia de participación en controles externos o evaluaciones técnicas.
- Informes de auditoría técnica o revisión cruzada.
- Bitácoras de acciones correctivas aplicadas por fallas identificadas.
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados.
- Indicadores institucionales relacionados con calidad de imagen y seguridad técnica.

u. Estándar 21/22. Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar la implementación de un sistema completo de control de calidad en los servicios de laboratorio, que abarque tanto el control interno como el control

SIN VALIDEZ OFICIAL

externo (ensayo de aptitud) para garantizar la confiabilidad de los resultados, la seguridad del paciente y la mejora continua de los procesos diagnósticos.

Este estándar aplica a los laboratorios propios del establecimiento. En el caso de laboratorios subrogados, los requisitos deben ser considerados dentro de las especificaciones de calidad contractuales.

el programa de control de calidad interno debe incluir al menos:

a) Validación de métodos analíticos: exactitud, precisión y rangos reportables.
b) Monitoreo de todas las etapas del proceso: preanalítica, analítica y postanalítica.
c) Supervisión diaria de resultados por personal competente del laboratorio.
d) Aplicación de medidas correctivas ante desviaciones detectadas.
e) Evaluación de reactivos.
f) Registros documentados de resultados y acciones tomadas.

El control de calidad externo permite comparar el desempeño del laboratorio con otros que utilizan metodologías similares. El establecimiento debe participar en programas reconocidos de ensayo de aptitud o, en su ausencia, establecer mecanismos de colaboración de intercambio de muestras con otro laboratorio de otro establecimiento, a fin de realizar pruebas de comparación (estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio.

Cuando el laboratorio ofrece estudios especializados (por ejemplo: toxicología, inmunología, biología molecular), el control externo debe extenderse a dichos estudios siempre que exista un programa disponible.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de control de calidad interno, que incluye al menos, del inciso a) al f) de la guía.

(2) Se documentan los resultados del control interno y las medidas correctivas aplicadas.

(3) El laboratorio participa al menos en un programa externo de control de calidad o ensayo de aptitud, para todos los estudios realizados, incluyendo especialidades cuando sea aplicable.

(4) En ausencia de un programa formal disponible, se ha establecido un mecanismo alternativo confiable (por ejemplo: intercambio de muestras con otro laboratorio).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)En servicios subrogados, las acciones de control de calidad están incluidas en las especificaciones de calidad contractuales.

(A). Referencia de apoyo

- Política institucional de aseguramiento de la calidad en los servicios de laboratorio clínico.
- Procedimientos documentados para el control de calidad interno en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.
- Registros de validación de métodos analíticos.
- Bitácoras de supervisión diaria y acciones correctivas aplicadas.
- Evidencia de participación en programas externos (boletines, reportes de aptitud, certificados).
- Contratos o convenios con laboratorios subrogados que integren requisitos de calidad, incluyendo participación en control externo.
- Convenios o acuerdos de intercambio para estudios interlaboratorio, cuando aplique.

v. Estándar 22/22. Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe implementar un proceso institucional documentado para la medición de Resultados Reportados por los Pacientes (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs), como parte de su estrategia para fortalecer la calidad de la atención, la efectividad clínica, la atención centrada en la persona y la equidad.

Los PROMs permiten conocer, desde la voz del paciente, el impacto real de los tratamientos recibidos en su salud física, emocional, funcional y social, y constituyen una herramienta clave para el diseño de intervenciones centradas en necesidades reales.

La evaluación debe realizarse mediante instrumentos validados (preferentemente estandarizados para la población mexicana o avalados internacionalmente) como el EQ-5D, el KDQOL-36 (específico para enfermedad renal crónica) o los instrumentos del sistema PROMIS.

El instrumento seleccionado debe aplicarse a una muestra representativa de pacientes del establecimiento, considerando el tipo de atención brindada y las condiciones sociodemográficas de la población.

El proceso debe considerar al menos:

a) La definición institucional de objetivos, periodicidad y método de aplicación, asegurando que sean comprensibles y accesibles de

SIN VALIDEZ OFICIAL

acuerdo con las características del paciente, incluyendo su nivel educativo, idioma y marco cultural.

b) La capacitación del personal responsable en la aplicación del instrumento.
c) El análisis participativo y multidisciplinario de los resultados, identificando brechas y áreas críticas.
d) El análisis de los resultados debe realizarse de forma multidisciplinaria. Este análisis debe enfocarse en identificar patrones, tendencias, brechas en la calidad percibida y áreas críticas que requieran intervención.
e) Se planean e implementan acciones de mejora que impacten directamente los resultados en salud de los pacientes.
f) La comunicación de los resultados al paciente, cuando corresponda, promoviendo su participación activa en el cuidado.

El proceso de medición y uso de PROMs es supervisado de forma periódica, mediante mecanismos de mejora continua, con participación activa del COCASEP o de la instancia responsable definida por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la medición de PROMs, que incluye objetivos, periodicidad, responsables y metodología.
(2) Se ha seleccionado, validado y documentado el uso de al menos un instrumento PROMs adecuado al contexto del establecimiento.
(3) El instrumento se aplica a una muestra representativa de pacientes de forma periódica, considerando su perfil clínico y características individuales.
(4) Los resultados se analizan de forma multidisciplinaria y se implementan acciones de mejora derivadas de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional del proceso de PROMs.
- Registro del instrumento seleccionado (ej. EQ-5D, KDQOL-36, PROMIS).
- Reporte de los resultados analizados.
- Actas de comités que evidencian su uso.
- Registros de consentimiento informado cuando aplique.
- Evidencia de capacitación del personal.
- Informes de supervisión o auditoría del proceso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-23
B-34
C-22
Atención Clínica y de Apoyo
A-16
B-7
C-2
D-36
E-2
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-5

B.SISTEMA DE SALUD

a. Estándar 1/5. Conocimiento y ejecución de los protocolos nacionales de atención médica (PRONAMs).

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis implementa, de acuerdo a su contexto y alcance, los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs) que resulten aplicables a sus procesos clínicos y operativos, en cumplimiento con los lineamientos establecidos por el Sistema Nacional de Salud y en coherencia con el modelo de atención primaria a la salud.

Los PRONAMs son instrumentos normativos y técnicos que estandarizan la atención médica para enfermedades comunes o prioritarias, garantizando que esta se base en la mejor evidencia científica disponible. Su aplicación busca asegurar una atención de calidad, homogénea entre distintos tipos de establecimientos (públicos, privados, comunitarios), y con un enfoque preventivo y resolutivo, fundamental en el contexto de la atención primaria a la salud.

La adopción de estos protocolos contribuye a mejorar el establecimiento del cuidado, reducir la variabilidad clínica injustificada, prevenir errores, optimizar el uso de recursos y favorecer la toma de decisiones clínicas informadas. Su implementación debe incluir procesos para su adopción contextualizada, capacitación al personal involucrado, monitoreo de su cumplimiento y evaluación de su impacto en la práctica clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica e implementa los PRONAMs que son aplicables a su ámbito clínico y poblacional.

(2) Se cuenta con evidencia documental de la adopción institucional de los PRONAMs, incluyendo su incorporación en guías clínicas internas o procesos operativos.

(3) El personal involucrado ha sido capacitado en los contenidos y uso de los PRONAMs implementados.

(4) Existen mecanismos definidos para el monitoreo de cumplimiento y seguimiento de los PRONAMs.

(5) Los resultados del monitoreo son utilizados para realizar ajustes o mejoras en la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Listado institucional de PRONAMs aplicables.
- Lineamientos de implementación adaptados al establecimiento.
- Registros de capacitación del personal.
- Documentos clínicos o administrativos actualizados conforme a los PRONAMs.
- Reportes de auditoría o supervisión relacionados con su cumplimiento.
- Comunicados, actas o minutas que documenten decisiones clínicas alineadas a los PRONAMs.

b. Estándar 2/5. Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis promueve, desarrolla y documenta el 10% de las investigaciones al año que realizan los estudiantes de pregrado y posgrado son orientadas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La investigación en este ámbito permite identificar causas raíz de errores, implementar mejores prácticas basadas en evidencia, optimizar procesos clínicos y reducir la ocurrencia de eventos adversos.

Esta actividad debe formar parte del compromiso institucional con la mejora continua y puede desarrollarse bajo enfoques cualitativos, cuantitativos o mixtos, respetando los principios bioéticos y la regulación aplicable vigente en materia de investigación en salud.

La investigación en calidad y seguridad genera evidencia útil para el diseño de intervenciones alineadas con las dimensiones de la calidad en salud, contribuyendo a las dimensiones:

a) Efectividad: contribuye a mejorar los resultados en salud mediante evidencia que respalde intervenciones eficaces en la atención clínica.
b) Eficiencia: identifica oportunidades para optimizar procesos y maximizar el uso de recursos disponibles.
c) Seguridad: permite reducir riesgos y prevenir eventos adversos en la atención directa al paciente.
d) Centrada en la persona/población: incorpora la perspectiva del paciente y su familia, promoviendo la toma de decisiones compartida y una atención sensible a su contexto.
e) Sostenibilidad: genera conocimientos que pueden aplicarse para reducir costos sociales, financieros y ambientales en la atención.
f) Equidad: aporta datos que permiten reconocer y disminuir desigualdades en el acceso o la calidad de los servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g) Integración: promueve la coordinación entre niveles de atención mediante estudios sobre continuidad asistencial.
h) Oportunidad: contribuye a reducir tiempos de espera y mejorar el acceso a tratamientos adecuados en el momento preciso.

Entre las líneas de investigación recomendadas se incluyen:

i. Reducción de daños a los pacientes: La investigación puede revelar áreas de riesgo y permitir la implementación de medidas preventivas para evitar errores y daños innecesarios a los pacientes.
ii. Mejora continua de la calidad de la atención: Al identificar las debilidades en los procesos de atención, la investigación contribuye a la mejora continua de la calidad de la atención médica.
iii. Optimización de recursos: Al identificar áreas de mejora, la investigación permite una utilización más eficiente de los recursos disponibles en los sistemas de salud.
iv. Mejora de la experiencia del paciente: La seguridad y la calidad en la atención pueden generar una experiencia más positiva para los pacientes y sus familias.
v. Reducción de costos asociados a eventos adversos: Al prevenir complicaciones y eventos adversos, la investigación contribuye a la reducción de los costos a largo plazo.

Los protocolos pueden desarrollarse a nivel interno, en colaboración interinstitucional o como parte de proyectos multicéntricos. Sus resultados deben ser considerados para el diseño o ajuste de estrategias institucionales de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con protocolos de investigación en curso o concluidos, alineados a una o más dimensiones de la calidad.
(2) Los protocolos incluyen una metodología definida y respetan los principios bioéticos y la regulación aplicable vigente.
(3) La evidencia generada es utilizada para orientar decisiones o estrategias institucionales vinculadas a una o más dimensiones de la calidad.
(4) Se cuenta con registros o productos derivados de las investigaciones (por ejemplo: reportes, artículos, presentaciones, análisis de datos, propuestas de mejora).

(A). Referencia de apoyo

- Protocolos de investigación institucional documentados.
- Registro de aprobación del comité ética, investigación o evidencia de cumplimiento normativo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes técnicos, resultados o publicaciones derivadas.
- Actas de comités o planes institucionales que demuestren uso de resultados.

c. Estándar 3/5. Certificación del establecimiento como centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad (CEVADECE).

1. Guía.

Los establecimientos de salud que deseen fungir como Centros de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE) deben cumplir con los requisitos establecidos en la NOM-039-SSA-2023. Esta norma establece los criterios, procesos y metodología para la certificación de la discapacidad bajo el modelo integrador biopsicosocial, alineado a los tratados internacionales en materia de derechos humanos suscritos por México.

La certificación como CEVADECE permite al establecimiento expedir el Certificado Electrónico de Discapacidad (CEDIs), documento oficial que acredita la discapacidad de una persona y facilita su acceso a servicios y apoyos esenciales para su plena inclusión en la sociedad.

Para obtener la certificación, el establecimiento debe contar con:

a) Personal médico especializado en rehabilitación capacitado en la aplicación del modelo biopsicosocial.
b) Infraestructura y equipamiento adecuado para la valoración de la discapacidad.
c) Procesos documentados que aseguren la calidad y confidencialidad de la información.

Una vez certificado, el establecimiento debe mantener registros actualizados de los certificados emitidos y participar en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS), contribuyendo así a la generación de estadísticas nacionales sobre discapacidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento presenta el certificado vigente que lo acredita como CEVADECE, conforme a la NOM-039-SSA-2023.
(2) Existe evidencia documental de la emisión de Certificados Electrónicos de Discapacidad (CEDIs) por parte del establecimiento.
(3) El personal médico encargado de la valoración de la discapacidad cuenta con la capacitación y acreditación correspondiente en el modelo biopsicosocial.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El establecimiento participa activamente en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS), asegurando la integridad y confidencialidad de los datos.

(A). Referencia de apoyo

- Presenta la certificación que avala al establecimiento como CEVADECE.
- Registros de capacitación del personal médico en el modelo biopsicosocial.
- Evidencia de participación en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS).
- Evidencia del uso de formatos accesibles y de los mecanismos de apoyo implementados para personas con discapacidades sensoriales o cognitivas.

d. Estándar 4/5. Protocolo de orientación y seguimiento de pacientes en terapia de reemplazo renal hacia programas de trasplante renal.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe asegurar que los pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis reciban orientación sistemática y seguimiento respecto a la opción de trasplante renal como alternativa terapéutica, aun cuando el programa de trasplante esté fuera del alcance directo del establecimiento.

La orientación y valoración para trasplante renal forma parte de las buenas prácticas clínicas nacionales e internacionales, ya que el trasplante es considerado la modalidad más efectiva de terapia sustitutiva renal para pacientes elegibles. Su incorporación oportuna a un programa de evaluación permite mejorar la calidad de vida del paciente, disminuir complicaciones asociadas a la terapia prolongada con hemodiálisis y optimizar el uso de los recursos del sistema de salud.

El establecimiento debe:

a) Informar formalmente a todos los pacientes sobre la posibilidad de acceder a un trasplante renal como alternativa terapéutica.
b) Realizar una valoración clínica y funcional periódica para identificar si el paciente es candidato para referencia o estudio.
c) Registrar si el paciente ha sido orientado, valorado o referido a un programa de trasplante, y hacer seguimiento a su estado: en valoración, aceptado, no candidato, trasplantado, etc.
d) Documentar el cierre clínico o administrativo en caso de trasplante exitoso o pérdida de contacto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Asegurar mecanismos de comunicación, control y supervisión sobre estos registros, tanto si el programa de trasplante es interno como si es externo o subrogado.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento informa de manera sistemática a los pacientes en hemodiálisis sobre la posibilidad de acceder a un trasplante renal.

(2)Se realiza valoración clínica y funcional periódica de los pacientes para determinar si son candidatos a trasplante renal.

(3)El establecimiento cuenta con convenio con una institución que cuente con licencia de trasplante de órganos, tejidos y células en su modalidad trasplante de riñón.

(4)El estado del paciente respecto a su posible inclusión en un programa de trasplante se encuentra documentado en el expediente clínico, incluyendo:

(4.1) Orientado
(4.2) En valoración
(4.3) Referido
(4.4) Aceptado
(4.5) No candidato
(4.6) Trasplantado

(5)Cuando el paciente es trasplantado y no regresa al programa de hemodiálisis, el establecimiento documenta el egreso clínico y administrativo del caso.

(6)El establecimiento mantiene mecanismos de seguimiento y control sobre pacientes valorados o referidos, independientemente de que el programa de trasplante se gestione fuera de su propio establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Formato institucional de seguimiento a potenciales candidatos a trasplante renal, con actualizaciones periódicas.
- Registro en expediente clínico de orientación y valoración para trasplante renal.
- Evidencia de comunicación o referencia a centros externos de trasplante renal.
- Criterios clínicos y funcionales documentados para determinar elegibilidad para referencia.
- Registro de estatus actualizado del paciente respecto al programa de trasplante.
- Nota de cierre clínico para pacientes trasplantados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Supervisiones internas o listas de control que evidencien la trazabilidad de esta práctica.

e. Estándar 5/5. Implementación de un programa de apoyo institucional para segundas víctimas.

1. Guía.

El establecimiento de hemodiálisis debe contar con un programa de apoyo a segundas víctimas, estructurado como parte del programa de cultura justa para fortalecer la cultura de seguridad, promover el bienestar del personal y consolidar un entorno clínico resiliente. Este programa debe desarrollarse con un enfoque de sistema, fundamentado en los principios de la cultura justa, con participación activa del gobierno y líderes del establecimiento, bajo una perspectiva multidisciplinaria que asegure su implementación efectiva en todos los niveles.

Se entiende como segunda víctima a los profesionales de la salud que, tras verse involucrados en un evento adverso, error clínico o situación crítica, experimentan un impacto emocional, psicológico o físico significativo que puede afectar su desempeño, motivación o salud mental. Por ello, el objetivo principal del programa es brindar un acompañamiento estructurado, oportuno y empático, que facilite su recuperación, reintegración segura a sus funciones y aprendizaje organizacional sin atribución de culpa.

El programa debe estar compuesto, al menos, por los siguientes elementos:

a) Estructura formal de responsables del programa con funciones y responsabilidades definidas. Se designa un responsable institucional que lidere el programa.
b) Los integrantes de este equipo, así como el personal clave involucrado en el programa, deben contar con capacitación documentada en primeros auxilios emocionales, intervención en crisis, comunicación empática y fundamentos de cultura justa.
c) Integración de un equipo de apoyo entre pares o incorporar esta función a un comité ya existente, siempre que se garantice su operación bajo un enfoque voluntario, confidencial y no punitivo.
d) Proceso documentado e implementado que permita identificar de forma temprana a una segunda víctima y activar intervenciones iniciales dentro de las primeras 24 a 72 horas posteriores al evento.
e) Esta intervención inicial debe enfocarse en la contención emocional inmediata y la evaluación estructurada de las necesidades del

SIN VALIDEZ OFICIAL

profesional, incluyendo aspectos clínicos, psicológicos, laborales y, cuando aplique, legales.

f) Contempla la derivación oportuna a servicios de atención psicológica o psiquiátrica especializada, el acompañamiento durante todo el proceso de reintegración laboral y, cuando sea necesario, la implementación de medidas de adaptación o reubicación temporal.

g) Se debe asegurar el acceso a recursos de sensibilización disponibles para todo el personal, así como la existencia de redes internas o externas de apoyo psicológico profesional en caso necesario.

h) Todas las situaciones revisadas deben estar debidamente documentado de forma segura, bajo estrictas medidas de confidencialidad, y no debe ser utilizado con fines disciplinarios ni legales.

La participación en el programa debe mantenerse como una acción voluntaria.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de apoyo a segundas víctimas, como parte de la estrategia institucional de seguridad del paciente.

(2) El programa cumple, al menos, con lo definido en los incisos a) al h) de la guía, incluyendo estructura operativa, proceso de identificación, intervención, acompañamiento, derivación, confidencialidad y enfoque no punitivo.

(3) El programa ha sido comunicado institucionalmente y se encuentra disponible para todo el personal clínico y no clínico.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que define el programa de apoyo a segundas víctimas, incluyendo estructura, objetivos, procesos y responsables.
- Acta de designación del responsable institucional del programa o documento oficial que acredite su nombramiento.
- Listado o perfil curricular del personal capacitado en primeros auxilios emocionales, intervención en crisis y cultura justa.
- Registros de capacitación (listas de asistencia, constancias, materiales didácticos, cronograma) del personal clave involucrado en la implementación del programa.
- Procedimiento documentado de identificación temprana, intervención inicial y derivación de casos (manual, flujograma, instructivo, guía de actuación).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro o base de datos confidencial (con resguardo de identidad) de casos atendidos, utilizado para fines de mejora institucional.
- Materiales informativos o recursos de sensibilización disponibles para el personal, como carteles, trípticos, boletines internos o enlaces en medios digitales.
- Evidencia de derivaciones realizadas a servicios especializados (psicológicos o psiquiátricos), reubicación temporal u otras acciones de apoyo.
- Registro de reuniones del comité donde se haya recibido retroalimentación institucional (sin identificación de personas).
- Instrumentos aplicados para la evaluación del programa, incluyendo criterios, resultados y acciones de mejora.
- Reportes de comunicación interna del programa al personal (correos masivos, sesiones informativas, jornadas clínicas).
- Bitácoras, minutas u otros medios que documenten el seguimiento del programa y su sostenibilidad anual.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XI. DEFINICIONES OPERATIVAS

Para fines del presente MOCEBPASS, las siguientes definiciones operativas deberán considerarse como referencia para la interpretación y aplicación de los estándares, lineamientos y el proceso de certificación. Estas definiciones han sido desarrolladas en el marco del modelo y no sustituyen términos jurídicos o clínicos definidos en otras normativas

A

Actitud: manifestación externa del estado de ánimo o disposición de una persona ante determinados estímulos, hechos o personas. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas.

Alta dirección: autoridad ejecutiva o administrativa con capacidad de liderazgo operativo dentro del establecimiento (ej. dirección general, jefaturas estratégicas).

Alta médica: declaración formal realizada por el profesional tratante que certifica que una persona ha completado su atención médica en un establecimiento de salud; es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con un establecimiento o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona. Ver: Alta definitiva y Alta hospitalaria.

a. Alta definitiva: se refiere al cierre completo del episodio de atención médica, cuando el paciente puede reincorporarse a su vida ordinaria sin requerir seguimiento activo del programa o servicio. Puede darse tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio.
b. Alta hospitalaria: declaración del médico que atestigua la capacidad de un paciente ingresado para salir del hospital o de otro establecimiento de atención médica, con independencia del motivo que ponga fin a su estancia, ya sea la curación o una mejoría clínica, la posibilidad de continuar con el tratamiento o con las medidas paliativas en régimen domiciliario o ambulatorio, el traslado a otro establecimiento sanitario, el rechazo del enfermo a seguir ingresado, su fuga, su fallecimiento o cualquier otro.

Análisis de causa raíz (ACR): método estructurado y retrospectivo utilizado para identificar causas subyacentes y factores contribuyentes de eventos adversos, incidentes o cuasifallas en los procesos de atención. Su propósito es comprender por qué ocurrió un evento y prevenir su recurrencia mediante acciones correctivas o de mejora sistémica. El ACR no busca culpables, sino mejorar procesos a partir de una comprensión profunda de los errores o fallos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF): también conocido por sus siglas en inglés FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), es una herramienta de mejora de procesos, sistemática y proactiva, que permite identificar, priorizar y prevenir fallas potenciales en procesos, productos o sistemas antes de que ocurran, evaluando sus causas, efectos y criticidad.

Anestesia y sedación: la administración de medicamentos a una persona, en cualquier entorno y por cualquier vía, para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, diagnóstico, terapéutico, paliativo o de otro tipo

a. Sedación: estado de conciencia, inducido por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos potencialmente molestos, conservando la capacidad de responder a órdenes verbales o estímulos táctiles.
b. Anestesia General: conjunto de técnicas utilizadas para inducir hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos clínicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.

Aprendizaje: modificación habitual y relativamente permanente del comportamiento de las personas, que ocurre como resultado de la experiencia. Proceso significativo orientado al cambio, mediante el cual un individuo o conjunto de individuos interactúan con su medio ambiente modificando su conducta como resultado de la realización de actividades que producen conocimientos, hábitos, habilidades, actitudes y aptitudes.

Aptitudes: atributos relacionados con la percepción, coordinación motriz, destreza manual o capacidad intelectual, esenciales en el desempeño de una tarea o de una competencia. Representan capacidades innatas o desarrolladas que influyen en la ejecución efectiva de actividades técnicas, cognitivas o relacionales en entornos clínicos y administrativos.

Asignación de recursos: proceso técnico y administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos (humanos, materiales, financieros, tecnológicos, etc.) del establecimiento conforme a las necesidades de atención, nivel de complejidad, carga de trabajo y criterios de seguridad, calidad y equidad.

Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Atención médica continua: servicio que atiende todos aquellos problemas de salud que no pueden esperar al día siguiente para ser atendidos por la consulta ambulatoria. Se manejan situaciones de urgencias relativas pero dado su carácter de atención 24 horas contempla la atención de urgencias calificadas hasta su estabilización o traslado.

Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.

Auditoría del Establecimiento: proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares del Modelo de Certificación, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento del establecimiento y orientar la adopción de buenas prácticas vinculadas a las áreas de oportunidad identificadas.

Aviso de Funcionamiento: trámite mediante el cual se hace del conocimiento de la autoridad sanitaria, del inicio de actividades de los establecimientos para la atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos.

B

Buena Práctica: experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria y que se sostiene en el tiempo. Es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan, y que puede servir como modelo para otras organizaciones.

Bundle: anglicismo que significa "atar" o "agrupar". Es utilizado como sinónimo de paquete de seguridad en las Buenas Prácticas. En el ámbito de la calidad en salud, se utiliza para describir un conjunto estructurado de intervenciones basadas en evidencia, que, al aplicarse de forma conjunta, consistente y simultánea, han demostrado mejorar los resultados clínicos, especialmente en la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Cada intervención por sí sola puede tener un efecto positivo, pero el enfoque de "todo o nada" exige que todas las acciones del bundle se implementen juntas para que se considere su cumplimiento. Esta estrategia estandariza prácticas clínicas críticas y mejora la confiabilidad en los procesos de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

C

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

La calidad de la atención incluye las siguientes dimensiones:

a. Efectividad: Atención basada en evidencia que produce mejores resultados de salud para individuos.
b. Eficiencia: Maximiza el uso de recursos y evita desperdicios.
c. Seguridad: Minimiza riesgos y daños a los usuarios.
d. Centrada en paciente/población: Tiene en cuenta preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales del servicio, sus familias y las culturas de sus comunidades.
e. Sostenibilidad: Protege y mejora la salud ahora y para las generaciones futuras minimizando el impacto ambiental y los costos sociales y financieros.
f. Equidad: Atención que no varía en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.
g. Integración: Atención coordinada entre niveles y proveedores y que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo de la vida.
h. Oportunidad: Atención oportuna, reduciendo los tiempos de espera y retrasos perjudiciales.

Calificación: a la realización de las pruebas específicas basadas en conocimiento científico, para demostrar que los equipos, sistemas, instalaciones, personal y proveedores cumplen con los requisitos previamente establecidos, la cual debe ser concluida antes de validar los procesos.

Capacidades: son atributos psico-cognitivos de los individuos, que se desarrollan por la integración y acumulación de aprendizajes significativos. El desarrollo de capacidades es la base del despliegue y del crecimiento de las habilidades o competencias. En las capacidades se integran y perfeccionan los conocimientos, las destrezas, y las habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que luego se pondrán en juego en situaciones reales de actuación social o productiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Capacitación: actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos, buscando desarrollar las aptitudes de las personas, con el propósito de prepararlos para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto de trabajo. Su cobertura abarca atención, memoria, análisis, actitudes y valores de los individuos, respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognoscitiva y afectiva. Es un proceso metodológico de actividades encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano con la finalidad de mejorar su desempeño profesional.

Carta de Consentimiento Informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Cirugía Mayor Ambulatoria: a los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso al establecimiento de cirugía mayor ambulatoria.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Competencia: conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea o dicho de otra forma determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas por el establecimiento, en, por ejemplo, un perfil de puesto. Dicho de otra manera, es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos.

Conciliación de medicamentos. es la actividad profesional centrada en la seguridad del paciente en el que el personal realiza una comparación formal y sistematizada de la historia farmacoterapéutica antes y después de una

SIN VALIDEZ OFICIAL

transición asistencial, que permite identificar, clasificar, analizar, documentar y resolver con el médico tratante las posibles discrepancias en el tratamiento farmacológico.

Consentimiento informado: es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Consultorio: todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios.

Consultorio de Atención Médica Especializada: establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un hospital, que tiene la finalidad de prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios.

Control: revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación. Además, es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control también puede utilizarse para evaluar la eficacia del resto de las funciones administrativas: la planeación, el establecimiento y la dirección.

Credencialización: procedimiento por el cual un organismo autorizado reconoce o acredita, formalmente, que otro organismo o persona es competente para desarrollar funciones específicas.

Cuasifalla: son aquellos eventos adversos que ocurren en el establecimiento, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como “Cuasi incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión del establecimiento, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”. Así mismo, la Joint Commission International lo define como “Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave”.

Cuidador primario: persona designada formal o informalmente por el paciente para acompañar, asistir o tomar decisiones compartidas durante el proceso de

SIN VALIDEZ OFICIAL

atención. Puede ser un familiar, representante legal, tutor o acompañante significativo, dependiendo de las condiciones del paciente y el contexto de atención.

Cultura organizacional: conjunto de valores, creencias, actitudes, normas y comportamientos compartidos por el personal de un establecimiento, que influyen en su forma de trabajar, tomar decisiones, resolver problemas y relacionarse dentro de la organización.

D

Datos: hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan “datos en bruto”.

Desastre: Al resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Descripción de puesto: explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo, dicho de otro modo, es la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado el resultado de análisis del puesto de trabajo. Es, en definitiva, un inventario escrito de los principales hechos más significativos del puesto de sus deberes y responsabilidades.

Destreza: característica de soltura en los movimientos que un individuo posee para realizar una actividad manual con rapidez y precisión. Es la precisión motora del individuo para realizar ciertas operaciones o manejar instrumentos o equipo es el complemento de los conocimientos, puede deberse al proceso normal de maduración, acompañado de la práctica, o al aprendizaje específico.

Dispositivo médico: al instrumento, aparato, utensilio, máquina, *software*, producto o material implantable, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto similar, para ser empleado, solo o en combinación, directa o indirectamente en seres humanos. Y cuya finalidad de uso principal no es a través de mecanismos farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, sin embargo, pueden ser asistidos por estos medios para lograr su función. Los dispositivos médicos incluyen a los Insumos para la salud de las siguientes categorías: equipo médico, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de

SIN VALIDEZ OFICIAL

diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.

E

Efecto secundario: efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico.

Eficacia: nivel de consecución de metas y objetivos. La eficacia hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos.

Eficiencia: la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Por ejemplo, cuando dos programas de vacunación utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

Ejes Estructurales del MOCEBPASS: representan los pilares para el funcionamiento, la gestión y la mejora continua de los establecimientos de atención médica. Cada eje se subdivide en componentes, que permiten un análisis más detallado y operativo de los procesos institucionales.

Eje estructural Liderazgo y Gobernanza: analiza el compromiso de la alta dirección, los principios de gobernanza institucional, la comunicación organizacional, la participación de los grupos de interés y la alineación con los valores y misión institucional.

Eje estructural Administración de la Información: evalúa la gestión efectiva de los datos clínicos, administrativos y estratégicos, el uso de tecnologías de la información, la protección de la confidencialidad y la disponibilidad oportuna de la información para la toma de decisiones.

Eje estructural Planificación y Gestión de Recursos: examina el diseño e implementación de procesos institucionales, la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos, así como la identificación, evaluación y mitigación de riesgos organizacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Eje estructural Atención Clínica y de Apoyo: valora el establecimiento y calidad de los servicios de salud, la atención centrada en el paciente, la práctica clínica basada en evidencia, la prevención de eventos adversos y la garantía del respeto a los derechos de los pacientes.

Eje estructural de Mejora Continua y Sistema de Salud: Considera los mecanismos de evaluación del desempeño institucional, la aplicación de auditorías internas y externas, la medición de la satisfacción de usuarios y trabajadores, así como la implementación de estrategias de mejora continua e innovación.

Emergencia: Situación de peligro o desastre que requiere atención inmediata (Real Academia Española). Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador.

Entrenamiento: serie sistemática de actividades que tiene por objeto, que el individuo desarrolle, con un máximo de eficiencia, ciertas habilidades y destrezas. Entendida también como la preparación de personas para la realización de actividades específicas.

Equipo médico: los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica.

Establecimiento de atención médica: Todo aquél, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos.

Estándar: De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, “estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”, así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad. La International Society for Quality in Health Care (ISQua) define un estándar en el ámbito de la atención sanitaria como un nivel de desempeño deseado y alcanzable contra el cual se mide el desempeño real. Para el modelo es: la declaración general que expresa el resultado de alto nivel que se espera alcanzar; representa un criterio

SIN VALIDEZ OFICIAL

explícito, medible y alcanzable que permite evaluar el cumplimiento del establecimiento con base en evidencia, normativa vigente y mejores prácticas.

Estandarización de Procesos: Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por el establecimiento para el desarrollo de un estándar.

Estructura: Es una de las tres dimensiones clave del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, la cual, se refiere a los recursos físicos, humanos, tecnológicos y normativos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de Salud.

Evacuación: Desplazamiento que como medida precautoria se realiza para salvaguardar la integridad física y la vida de las personas, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre.

Evaluación de Competencias: es el proceso por el cual un evaluador reúne signos de evidencia de la competencia que detenta una persona para el ejercicio de un determinado rol laboral. El piso de los signos de evidencia que el evaluador utiliza está enunciado en la norma de competencia, de la cual deben ser tomados los signos de evidencia para elaborar los instrumentos de evaluación.

Evento adverso: un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela. La Organización Mundial de la Salud lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas.”

Evento centinela: un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que

SIN VALIDEZ OFICIAL

haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente”

Expediente clínico: conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

F

Familia: la o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

Formación: proceso académico formal en el que la persona o participante desarrolla e integra elementos técnicos o profesionales que determinarán el estilo y forma de lo que se produzca en el futuro. Siempre implica un nivel académico, es decir, diplomado, técnico, bachiller, licenciado, máster, doctorado, entre otros.

G

Gestión de recursos: conjunto de acciones orientadas a garantizar la disponibilidad, eficiencia, mantenimiento, mejora y sostenibilidad de los recursos institucionales, incluyendo procesos de evaluación, reestructuración, uso racional y control.

Gestión de riesgos: proceso institucional, estructurado y sistemático mediante el cual se identifican, analizan, priorizan, controlan, monitorean y comunican los riesgos que puedan afectar la calidad, seguridad, legalidad, sostenibilidad y funcionamiento del establecimiento, incluyendo riesgos clínicos, operativos, financieros, tecnológicos, de infraestructura y de continuidad de servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobernanza institucional: conjunto de procesos mediante los cuales se dirige, supervisa y rinde cuentas sobre el desempeño del establecimiento. Incluye normas internas, estructuras organizacionales y decisiones estratégicas.

Gobierno: la persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Instancia de máxima decisión y responsabilidad institucional, que puede ser una dirección local o a través de instancias superiores de la misma institución o grupo, como puede ser un órgano estatal, jurisdiccional, central o corporativo, según la estructura organizativa definida.
Otros nombres para este grupo incluyen “junta”, “junta de administración”, “junta de gobierno”, “junta de comisionados” y “cuerpo de gobierno”.

Guía: dentro del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, la guía explica y amplía los conceptos contenidos dentro del estándar. Describe su propósito, alcance y fundamentos técnicos, proporciona orientación para las organizaciones sobre los factores que deben considerarse al implementar el estándar. Se proporciona con fines explicativos, tratándose de texto enunciativo, pero no limitativo. El cumplimiento del estándar se puede demostrar de diferentes maneras a las que se pueden llegar a describir.

Guía de Práctica Clínica: son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor prueba científica existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos,

SIN VALIDEZ OFICIAL

sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".
- The New Zealand Guidelines Group (NZGG): "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

H

Habilidad: capacidad, disposición para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento determinado, de acuerdo con el grado de exactitud requerido. Está relacionada con la inteligencia y la destreza de la persona.

Hallazgo: resultado documentado de la comparación entre las evidencias observadas durante la auditoría y los requisitos establecidos en los estándares del MOCEBPASS. Cada hallazgo refleja el nivel de cumplimiento de un requerimiento auditable y constituye la base objetiva para la toma de decisiones en el proceso de certificación.
Los hallazgos pueden clasificarse como:
- Cumplimiento: Cuando el establecimiento presenta evidencias suficientes y consistentes que demuestran que el requerimiento auditable se ha implementado de forma adecuada.
- No cumplimiento: Cuando no existen evidencias o estas son insuficientes, contradictorias o inexistentes respecto al requisito evaluado.
- Cumplimiento parcial: Cuando se identifican avances o elementos implementados, pero de manera incompleta, incipiente o con desviaciones que requieren acciones correctivas para alcanzar el cumplimiento total.

Cada hallazgo debe ser trazable, verificable y registrado de manera clara y objetiva, sin juicios personales, y puede generar recomendaciones o acciones de mejora.

Hospital: establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación.

Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

I

Idoneidad de la prescripción: barrera de seguridad que consiste en la revisión y análisis de la prescripción de medicamentos, a partir del perfil farmacoterapéutico u otras herramientas, integrando las necesidades clínicas, características individuales y farmacoterapia del paciente, cuyo objetivo es identificar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos contribuyendo al uso racional de los medicamentos

Impacto: es el conjunto de consecuencias que origina un riesgo si llegará a presentarse.

Indicador: variable cuantitativa cuyos valores son susceptibles de interpretación en un campo de conocimiento, respecto a determinados valores de referencia, establecidos en forma teórica o empírica. Podemos decir que un indicador es una estadística que ha sido procesada con el fin de entregar información específica o como una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

Indicador de Calidad: son herramientas que permiten la medición, tangible y cuantificable de un proceso o de una parte de un proceso, su análisis permite evaluar la calidad de los procesos, productos o servicios para asegurar la satisfacción o desempeño de estos. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Miden de manera global, el resultado final de las actividades.

Interconsulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
Internar: Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión. Véase Hospitalización.

L

Lesiones en la piel por presión: es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros . Ver “Úlcera por Presión.”

Licencia Sanitaria: autorización emitida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios que permite a una persona pública o privada, el realizar en un establecimiento una actividad relacionada con la salud humana.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Líder: son aquellas personas que, por medio de la motivación, el ejemplo y la empatía, logran la implicación y el compromiso de un grupo de personas para alcanzar un objetivo concreto.

Liderazgo: capacidad de influir, guiar y coordinar equipos para lograr objetivos organizacionales con base en principios de calidad, ética, participación y sostenibilidad.

M

Manual del Modelo de Certificación de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud: documento técnico-normativo que forma parte del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, en el que se integran de manera estructurada los estándares, guías, requisitos auditables, referencias de apoyo y lineamientos metodológicos que rigen la evaluación de los establecimientos de atención médica. Su propósito es servir como referencia oficial para la preparación, implementación, auditoría y mejora continua de los procesos relacionados con la calidad y seguridad en la atención, bajo los principios y estructura definidos por el modelo.

Matriz de riesgo: es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y calidad en los procesos y actividades que define una organización. Permite identificar rápidamente qué riesgos deben recibir la mayor atención.

Medicamento: toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Medicamentos de alto riesgo: son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Medición: puede definirse acorde al contexto como la recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se “mide”) o como una herramienta cuantitativa para determinar un valor.

Metodología trazadora: es un proceso que se emplean durante la evaluación del establecimiento para analizar sus sistemas, mediante el seguimiento de

SIN VALIDEZ OFICIAL

pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por estos. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples establecimientos de atención, departamentos o áreas dentro del establecimiento o una única unidad de atención para “rastrear” la atención prestada a un paciente:

- Rastreo de un paciente: proceso que se emplea para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular dentro de un establecimiento de atención médica.
- Rastreo del sistema: sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, entre otros.

Multidisciplinario: que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

Organigrama: representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas.

Otorgamiento de privilegios: proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

P

Paciente: todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

Paciente ambulatorio: todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.

Paciente de Alto Riesgo: que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos

SIN VALIDEZ OFICIAL

tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros.

Paciente Vulnerable: es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación.

Participación institucional: involucramiento activo y estructurado del personal, pacientes o comunidad en procesos de planeación, mejora y evaluación.

Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos: es el permiso que emite la COFEPRIS para construir nuevos establecimientos o para remodelar los existentes, en caso de que en éstos se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos.

Personal clínico: el que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.).

Personal no clínico: el que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.).

Plan: método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas de atención o una combinación de estos.

Política: declaraciones generales que establecen los límites dentro de los cuales los mandos del establecimiento toman las decisiones y, por lo tanto, aseguran un desempeño consistente.

Probabilidad: posibilidad de que ocurra un riesgo, tomando en cuenta los controles actuales y su efectividad.

Procedimiento invasivo: procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo, es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

Proceso: una serie de acciones interrelacionadas (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Proceso Básico - se refiere a los procesos cotidianos que se realizan en los establecimientos de atención médica.
- Proceso Medianamente Complejo - Es un proceso nuevo que requiere de financiamiento y/o competencias específicas.
- Proceso Altamente Complejo - Es un proceso nuevo que requiere recursos financieros y competencias especializadas.

Proceso de certificación: es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a Estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de certificación implica la autoevaluación del establecimiento, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos.

Programa: serie ordenada de actividades u operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

Profesional de la salud: toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención de la salud. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

Protocolo: documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

Proveedor: persona física o moral que suministra productos, materiales, dispositivos médicos, insumos o tecnologías necesarias para el funcionamiento del establecimiento de salud. Su relación con el establecimiento implica acuerdos de suministro, compra o distribución, y se encuentra sujeta a requisitos de calidad, trazabilidad, cumplimiento normativo y vigilancia sanitaria.

R

Referencia Médica: el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Referencia de apoyo: para el Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General son ejemplos ilustrativos de tipos de evidencia que las organizaciones pueden proporcionar para demostrar el cumplimiento del estándar. Se incluyen elementos orientadores que pueden ser útiles al momento de implementar. Estas referencias pueden contener ejemplos ilustrativos, documentación sugerida, así como referencia bibliográfica y bases normativas relevantes. Su finalidad es facilitar la comprensión y aplicación de los requisitos auditables. El establecimiento puede demostrar el cumplimiento de diversas maneras y puede presentar evidencia alternativa o adicional, siempre que sea válida, pertinente y verificable.

Requerimiento auditable: conjunto de criterios obligatorios cuya verificación permite determinar si el estándar se cumple. Cada requisito tiene el mismo peso dentro del estándar. Los auditores deben determinar el cumplimiento con base en evidencia objetiva.

Residuo Peligroso: residuos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad, o que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio.

Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso (RPBI): el que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se generan en establecimientos de atención médica.

Resultado: el o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

Riesgo: es la probabilidad de ocurrencia de un evento que afecta negativamente los resultados , también definido como la incertidumbre en los resultados

SIN VALIDEZ OFICIAL

S

Seguridad: es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y del establecimiento.

Seguridad del Paciente: un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en los procesos y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud

Servicios Auxiliares de Diagnóstico: son los tienen como objetivo contribuir y proporcionar información de la evaluación del paciente, como apoyo diagnóstico, seguimiento en el tratamiento de enfermedades y proporcionan datos para el control epidemiológico para la salud pública, a través de la realización de análisis que se ajusten a los estándares de calidad y seguridad del paciente. los servicios incluidos como de apoyo al diagnóstico para el Consejo de Salubridad General son:

- Laboratorio Clínico: establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud.
- Servicios de Radiología e Imagenología: Son los servicios profesionales para brindar diagnósticos oportunos y certeros mediante el uso de imágenes como una herramienta necesaria para un tratamiento idóneo.

Servicio de Atención Médica: conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

Servicios de Salud: prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Estos no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, también abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Servicios Subrogados: persona física o moral que sustituye total o parcialmente al establecimiento en la prestación de un servicio de salud, ya sea directo (como

SIN VALIDEZ OFICIAL

laboratorio clínico, imagenología o hemodiálisis) o indirecto (como lavandería o mantenimiento). El prestador subrogado opera dentro o fuera del establecimiento. Estos servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, patología, servicios de ambulancia, mantenimiento de equipos biomédicos, limpieza y desinfección especializada, recolección de residuos peligrosos, recolección y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, servicios de esterilización, lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, control de plagas, tecnologías de la información o soporte de sistemas.

Servicio de Urgencias: conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

Sistema de servicios básicos: sistema y equipo de todo el establecimiento que respalda lo siguiente cuando así lo requiere el establecimiento: distribución de energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

Sistematización de Procesos: seguimiento e inclusión uniforme en todos los niveles, áreas o estructuras que conforman el universo de aplicación del proceso definido por el establecimiento para el desarrollo de un Estándar. Por ejemplo, el establecimiento define un proceso para el egreso de pacientes el cual los médicos especialistas deberán realizar y firmar la nota de egreso antes de la salida del paciente. En la operación, solo los médicos especialistas de staff realizan y firma sus notas, los médicos externos no conocen siquiera el proceso. La implementación del proceso no es sistemática al no incluir a los médicos externos dentro del universo de implementación de este.

Sostenibilidad operativa: capacidad del establecimiento para mantener en el tiempo sus operaciones esenciales, servicios prioritarios y condiciones mínimas de seguridad y calidad, mediante una planificación estratégica, eficiente uso de recursos y adaptabilidad ante riesgos o cambios en el contexto

Suficiencia y cobertura: condición en la que los recursos disponibles son cuantitativa y cualitativamente adecuados para cubrir la demanda real del

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecimiento, garantizando continuidad operativa, atención segura y cumplimiento normativo

T

Transferencia de Paciente: proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, pudiéndose llevar a cabo entre un establecimiento de atención a otra, un servicio clínico a otro, un facultativo calificado a otro, o una organización a otra.

Transparencia: práctica de comunicar y documentar decisiones, recursos y resultados institucionales de forma abierta, verificable y accesible.

Triage: derivado de la palabra francesa cuyo significado es “clasificar”. En urgencias se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Sin embargo, puede ser utilizado para determinar niveles de atención en diversas áreas o procesos.

U

Úlcera por presión: es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Unidad de Hemodiálisis: establecimiento dedicado al tratamiento de pacientes que requieren de hemodiálisis.

Urgencia: todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

V

Variabilidad: son cambios que modifican el proceso que afectan al producto que se produce o al servicio que se ofrece.

Verificación de la fuente original: verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XII. HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

A. ANTECEDENTES

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentran fundamentadas en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente de la persona titular de la Presidencia de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria en el país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El Consejo de Salubridad General tiene como atribución la emisión de disposiciones en materia de salubridad general, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en el artículo 17, fracción VI de la Ley General de Salud se encuentra la correspondiente a certificar la calidad de los establecimientos de atención médica y determinar los instrumentos y criterios para tal efecto.

Dentro de su Reglamento Interior, aprobado por la persona titular de la Presidencia de la República, se encuentra prevista la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica a través de la cual da cumplimiento a su atribución.

Los antecedentes de la Certificación de Establecimientos de Atención Médica son:

a. En 1983 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud crearon las “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, mismas que fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 1983 y 1985.
b. En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), emitiendo el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” siendo autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaria de Salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. En 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), con la finalidad de poder intercambiar servicios se tomaría en cuenta la Certificación del personal médico dentro de sus Consejos o "Boards" de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.
d. Además, establecía que existieran organizaciones responsables de la certificación de las instituciones de atención médica, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que estuvieran financiando. México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica.
e. Ante la necesidad de una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá.
f. Se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Sin embargo, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.
g. En 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, para diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, publicándose en el Diario Oficial de la Federación:
    1. El 1 de abril de 1999, el acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.
    2. El 25 de junio de 1999, los criterios para la certificación de hospitales, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
    3. El 21 de julio de 1999, la convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación

SIN VALIDEZ OFICIAL

de Hospitales, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

h. En 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, publicándose en el Diario Oficial de la Federación:
   1. El 20 de septiembre de 2002: Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Unidades de Establecimientos de Atención Médica.
   2. El 22 de octubre de 2003: Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud.

i. El 13 de Junio de 2008 el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación:
   1. El Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); como fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación.

j. La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General Adjunta de Articulación que elaborara una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones.
   Con la opinión y consenso de expertos en el tema, representativos de las instituciones que brindaban atención médica, se publicaron los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis vigentes a partir del 1 de julio de 2012. Estos siguieron vigentes en 2015.

k. El 29 de junio 2023 se publicó en el DOF el ACUERDO por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad en el cual se establece la obligatoriedad de la implementación para las para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local que presten servicios de salud.

l. El 20 de julio 2023 aprobado por la 2ª. Sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica se publicó el Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) Criterios y Estándares Anexo A y B de los Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC), el cual contenía los criterios y estándares para la certificación de Unidades de Hemodiálisis.

m. El 31 de octubre 2024 la publicación del Acuerdo CCEAM 298/31.10/2024/5S aprobado en la 5ª sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica donde se suspende la recepción de solicitudes de registro al MUEC.

SIN VALIDEZ OFICIAL

n. El presente modelo es producto de un trabajo consensado con instituciones públicas, sociales y privadas convencidas del beneficio de la mejora continua en los establecimientos, entre los que se encuentran aquellos que fueron certificados, los que tienen acreditaciones internacionales y participación de especialistas de diferentes ramas del área médica que describieron buenas prácticas en la atención del paciente nefrópata que necesita hemodiálisis.

B. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN

La obtención de la certificación les da a los establecimientos, las siguientes ventajas competitivas:

a. Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la normatividad vigente, la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención y la seguridad hospitalaria.
b. Fortalecimiento del liderazgo institucional.
c. Uso más eficiente de los recursos y procesos organizacionales.
d. Incremento en la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales de la salud.
e. Reconocimiento público del compromiso con la calidad en salud. Evidenciando el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal, del establecimiento y la sociedad.
f. Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de calidad.
g. Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

a. Formar parte de una Institución de Seguros en el ramo salud.
b. Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
c. Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por la Administración Pública en cualquier orden de gobierno.
d. Podrán ser incorporados a la estrategia nacional de Turismo Médico.

C. SOBRE LA PORTADA DEL MANUAL DEL MOCEBPASS

En el centro se ubica la figura que representa al tipo de establecimiento de atención médica al que corresponde el manual, mientras que a su alrededor se disponen armónicamente las imágenes alusivas a los otros tipos de establecimientos integrados en el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en la Atención de Servicios de Salud. Esta configuración circular simboliza la interdependencia, complementariedad y continuidad entre los diferentes niveles y tipos de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La cadena que une a cada uno de estos elementos representa la integración funcional del Sistema Nacional de Salud, y el candado que la cierra alude al compromiso con la seguridad para las personas usuarias, sus familias, los profesionales de la salud y las propias instalaciones.

Los estándares del modelo —conceptualizados como la llave que asegura esta cadena— constituyen el mecanismo que da solidez y trazabilidad a los servicios otorgados orientando hacia la mejora continua.

Su uso se encuentra regulado por las Reglas de uso del logotipo que identifica a los establecimientos de atención médica certificados por el Consejo de Salubridad General.

D. MODELO DE MEJORA CONTINUA (PHVA)

El sistema de evaluación se apoya en el modelo cíclico Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA), promoviendo un aprendizaje organizacional constante. Este enfoque permite:

a. Planificar: Establecer objetivos, políticas y procesos de calidad.
b. Hacer: Implementar las acciones planificadas.
c. Verificar: Medir, analizar y evaluar los resultados.
d. Actuar: Ajustar e innovar para mejorar continuamente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XIII. AUTORES

A

Aguilar Arellano Araceli Anai	Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.
Arvizu Adriana Italy	IMSS
Arvizu García Laura Magaly	CMECAC
Avendaño Aquino B. Marisol Rusal	AMENAC, A.C.

B

Bracho Morales Uriel	Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

C

Cabrera González Mariel	ISSSTE
Castillo Juárez Sagrario	DEFENSA
Cervantes Aguilera Luis Antonio	IMSS-BIENESTAR
Colin Cruz M. Enevy	CSG
Cortés Sanabria Laura	DGCES
Correa Rotter Ricardo	CCINSHAE
Cruz Gaviño Víctor Manuel	AMENAC, A.C.

CH

Chávez Ríos Alma Rosa	CCINSHAE

D

Domínguez Garduño Fuensanta Andrea	ISSSTE

E

Espinoza Sánchez María Montserrat	Servicios Especializados en Nefrología Toluca S.C.

F

Flores Castellanos Elías	IMSS BIENESTAR
Flores Martínez Mercedes Alejandra	CSG

G

Galván García Ángel Fernando	Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management, A.C.
Galicia Galicia Viridiana	CCINSHAE

SIN VALIDEZ OFICIAL

García Meraz María Guadalupe	IMSS
García Rojas Morales María Fernanda	Servicios Especializados en Nefrología Toluca S.C.
García Yáñez Elizabeth	CSG
Godínez García María de Montserrat	Colegio de Ingenieros Biomédicos de México, A.C.
Gómez Romero Sara	ISSSTE
Gómez Torres Patricia	AMENAC, A.C.
González de Jesús Cristina	CSG
González Campos Edgar	SOMIB, A.C.
González Hirata Luis Manuel	Consorcio Mexicano de Hospitales
González Méndez Selene Maribel	Servicios de Salud de Baja California Sur
Gordillo Reséndiz Rodrigo	Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.
Guzmán Cabrera Juan Carlos	Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

H

Hernández Ángeles Angélica Lizeth	IMSS BIENESTAR
Hierro Gutiérrez Edgar Gabriel	SOMIB, A.C.

L

Lázaro Márquez Guadalupe	SOMECASA
León Mosquera Sergio	Servicios Especializados en Nefrología Toluca S.C.
López Aldana Álvaro	ANHP
López Morales Edith	AMENAC, A.C.
Lozano Sánchez María de la Luz	ISSSTE
Luque Fernández Daniel	Servicios de Salud de Querétaro

M

Maldonado Cubas Juan	CSG
Martínez Domínguez Gustavo	IMSS BIENESTAR
Martínez Meza Raquel	ANHP
Martínez Ramírez Luz Mariana	ISSSTE
Mayorga González Karla Selene	CSG
Meza Chávez Abigail	IMSS BIENESTAR
Moreno Escobedo Fernando Rafael	ISSSTE

SIN VALIDEZ OFICIAL

Moreno Juárez Gloria	DGCES
Moreno Nango Consuelo Guadalupe	Servicios de Salud de Baja California Sur
Moya Sánchez Sandra Guadalupe	DGCES

O

Orencio Lizardi Elizabeth	CCINSHAE
Ortega Santillán Yarai	Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

P

Pérez Calatayud Ángel Augusto	Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management, A.C.
Pérez Martínez Julio César	Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos Biólogos México, A.C.
Pérez Ruiz Miguel	Servicios Especializados en Nefrología Toluca S.C.
Puente Ramírez Norma Patricia	SOMIB, A.C.

R

Rabadán Rodríguez Graciela	Servicios de Salud de Guerrero
Ramos Gordillo Jesús Manolo	Colegio de Nefrólogos de México, A.C.
Ramos Uribe Beatriz	Servicios de Salud de San Luis Potosí
Rincón Pedrero Rodolfo	CCINSHAE
Rizo Velasco Alejandro David	COMLE, A.C.
Rodríguez Alfaro Silvia	Colegio de Ingenieros Biomédicos de México, A.C.
Ruíz y García María Ximena	Colegio de Ingenieros Biomédicos de México, A.C.
Ruiz Sánchez Luis Evaristo	CSG

S

Sabath Silva Ernesto Francisco	Servicios de Salud de Querétaro
Salazar Mireles Quetzali	SOMIB, A.C.
Sánchez Pérez Norma Esther	Secretaría de Salud Chiapas
Sánchez Zavala Marcela	DGCES
Santos Carrillo Alva Alejandra	IMSS
Santos Ontiveros Abraham	Servicios Médicos y de Equipamiento, S.A. de C.V.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Sariñana Ortiz María Dolores	Secretaría de Salud Chiapas
Silva López Yefté Efraín	CSG

T

Tavera Velázquez Ana Belén	DGCES
Teva Luna Roberto	IMSS

U

Urquijo Gea Nadia Paulina	Servicios de Salud de San Luis Potosí

V

Valdez Godina Estela	DGCES
Vega Vega Olynka	Instituto Mexicano de Investigaciones Nefrológicas
Velasco Morales Viviana	DEFENSA
Velázquez Castañeda Diana Lilia	ISSSTE
Vielmas Torres Ingrid Estefany	DEFENSA
Villalba Mondragón Jazmín	DEFENSA
Vinalay Domínguez María Esther	Servicios de Salud de Guerrero

W

Wasung da Lay Michael Eduard	PEMEX

X

Xolalpa Chávez Pedro	CCINSHAE

Y

Yáñez Hernández Manuel	DGIS
Yacamán Handal Reyna	ANHP

Z

Zaragoza Jiménez Christian Arturo	DGIS

SIN VALIDEZ OFICIAL

XIV. BIBLIOGRAFÍA

Briceño, T., Suárez, M. P., & Toloza Cano, D. C. (s.f.). Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS. [PDF]. Recuperado de https://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf

Charfuelan-Laguna, Y., Hidalgo-Bolaños, D., Acosta-Franco, L., Espejo-Quiroga, D., Tibaquicha-Bernal, D., Montaña-Vásquez, J., & Henao-Castaño, A. (2019). Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. Enfermería universitaria, 16(3), 313-321. Epub 11 de febrero de 2020. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status. Geneva: World Health Organization; 2024. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. Am J Kidney Dis 2020; 75(4S2): S1–S164.

Leibowitz A, Oren-Grinberg A, Matial R. Ultrasound guidance for central venous access: current evidence and clinical recommendations. J Intensive Care Med 2020; 35: 303–321.

Mira, J. J. (2023). Errores honestos y segundas víctimas: Hacia una cultura justa para la seguridad del paciente. Journal of Healthcare Quality Research, 38(5), 259–261. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.08.001

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación del daño evitable en la atención de salud. Revista Española de Salud Pública, 95, e202112189. https://doi.org/10.35627/2211-5115.2021.1.189

Organización Mundial de la Salud. (2022). Guía AWaRe (Acceso, Precaución y Reserva) de la OMS para el uso de antibióticos. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02

SIN VALIDEZ OFICIAL

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Guía AWaRe de la OMS para el uso de antibióticos: infografías en anexo web. https://www.paho.org/es/documentos/guia-aware-acceso-precaucion-reserva-oms-para-uso-antibioticos-infografias-anexo-web

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Curso mhGAP Humanitario. Campus Virtual de Salud Pública. https://campus.paho.org/es/curso/mhGAP-humanitario

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Campus Virtual de Salud Pública: Acercando el conocimiento a la práctica [Folleto institucional]. https://iris.paho.org/handle/10665.2/56203

Palomino Taquire, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 3(1), 27–36. https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750

Sistema Educativo de Salud para el Bienestar. (s.f.). Guía de Intervención mhGAP en Salud Mental. https://educacion.imssbienestar.gob.mx/siesabi-aulavirtual/course/search.php?areaids=core_course-course&q=Gu%C3%ADa+de+Intervenci%C3%B3n+mhGAP+en+Salud+Mental

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality and Safety in Health Care, 18(5), 325–330. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management (PBM). (2025). Estándares para la implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente.

Urruela Mora, A. (2025). Hacia la integración en derecho positivo de la noción «cultura justa» con base en consideraciones bioéticas y normativas fundadas en la seguridad del paciente. Revista de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada, (60), 99–117. https://doi.org/10.1387/rdgh.27361

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. BMJ, 320(7237), 726–727. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726

SIN VALIDEZ OFICIAL

XV. ANEXOS

ANEXO 1. AUTOEVALUACIÓN

Salud | CSG
Secretaría de Salud

Autoevaluación - Hemodiálisis

La presente herramienta tiene como propósito apoyar al establecimiento en la identificación de fortalezas y áreas de mejora a través de una revisión estructurada y autogestionada de los estándares definidos en el modelo de certificación. Este ejercicio de autoevaluación constituye el primer paso hacia la mejora continua, la preparación para el proceso de auditoría externa y la consolidación de una cultura organizacional basada en la calidad y la seguridad del paciente.

Los estándares del modelo han sido clasificados en tres niveles según su naturaleza y peso en el proceso de evaluación:

- **Indispensables:** Condiciones mínimas críticas. Su cumplimiento es obligatorio y no admite niveles intermedios.
- **Necesarios:** Estándares que fortalecen la estructura y los procesos, cuya implementación es altamente recomendable para el desarrollo institucional.
- **Deseables:** Estándares que reflejan un nivel avanzado de madurez en la gestión y promueven la innovación y sostenibilidad.

Instrucciones de llenado

La autoevaluación se realizará exclusivamente dentro de la **plataforma SIMOCE** (Sistema Informático del Modelo de Certificación), en la cual el establecimiento registrará su nivel de cumplimiento para cada estándar. **Esta valoración es autogestionada** y se basa en el análisis objetivo de la situación actual del establecimiento frente a los estándares del modelo.

1. **Revisión del estándar.**

Antes de registrar la autoevaluación, es necesario:

- Leer detenidamente el enunciado del estándar, su guía y los requerimientos auditables descritos en el Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para Unidades de Hemodiálisis.

2. **Registro del cumplimiento (autoevaluación)**

Por cada estándar el establecimiento seleccionará una de las siguientes opciones en la plataforma SIMOCE:

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.
- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **No aplica (NA):** el estándar no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y documentarse, y será validada por el equipo auditor.

Consideraciones adicionales

- El símbolo ( ) indica que el estándar contiene un requerimiento auditable que deberá evidenciar de forma documental (proceso, listado, bitácora, entre otros).
- En los **estándares indispensables,** solo se permite seleccionar: Cumple, No cumple o No aplica.
- En los **estándares necesarios y deseables,** se puede seleccionar: Cumple, Cumple parcialmente, No cumple o No aplica.
- El **incumplimiento de al menos un estándar indispensable impide el registro del establecimiento dentro de la plataforma SIMOCE** para continuar con el proceso de certificación. Estos estándares representan condiciones mínimas críticas que deben estar plenamente implementadas y evidenciadas antes de avanzar.
- En esta herramienta, el campo de **"autoevaluación"** corresponde a una **valoración interna** que el propio establecimiento realiza con base en su nivel de cumplimiento de cada requisito auditable.

3. **Evidencia**
   Es recomendable que cada valoración registrada en la autoevaluación esté respaldada con evidencia verificable, ya sea documental, observacional o testimonial, la cual podrá ser revisada durante el proceso de auditoría. Esta evidencia debe estar organizada y disponible en el momento de la visita.

EJE: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Compromiso de la alta dirección	Necesario	1	Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Necesario	2	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.		
	Necesario	3	Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	4	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobernanza institucional	Necesario	1	Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.		
	Necesario	2	Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.		
	Indispensable	3	Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.		
	Deseable	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Deseable	5	Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.		
	Necesario	6	Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.		
	Necesario	7	Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.		
	Deseable	8	Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.		
	Deseable	9	Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Necesario	10	Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.		
	Necesario	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.		
Transparencia	Necesario	1	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.		
	Indispensable	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.		

3

SIN VALIDEZ OFICIAL

	Deseable	3	Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.		
Transparencia	Deseable	4	Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.		
Participación y comunicación institucional	Necesario	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.		
	Indispensable	2	Medición de la cultura de seguridad del paciente.		
	Deseable	3	Implementación de un programa de cultura justa.		
	Deseable	4	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.		
	Deseable	5	Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.		
	Necesario	6	Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento		
	Necesario	7	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.		

EJE: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Gestión de datos e información institucional	Necesario	1	Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.		
	Necesario	2	Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.		
	Necesario	3	Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.		

4

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de datos e información institucional	Indispensable	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	5	Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.		
	Necesario	6	Conservación de los datos e información institucional.		
	Necesario	7	Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.		
	Necesario	8	Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.		
	Deseable	9	Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.		
Gestión documental y sistemas de información	Necesario	1	Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.		
	Necesario	2	Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.		
	Indispensable	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.		
	Necesario	4	Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.		
	Necesario	5	Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.		
	Indispensable	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.		
Monitoreo y análisis de información	Necesario	1	Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.		
	Deseable	2	Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.		
	Necesario	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.		

5

SIN VALIDEZ OFICIAL

Monitoreo y análisis de información	Deseable	4	Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.		
Comunicación y acceso a la información	Necesario	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.		
	Necesario	2	Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.		
	Necesario	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.		
	Deseable	4	Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.		
	Necesario	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.		
	Necesario	6	Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.		

EJE: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Planeación y definición de procesos	Indispensable	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).		
	Indispensable	2	Comunicación efectiva (AESP 2).		
	Indispensable	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).		
	Indispensable	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).		
	Indispensable	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).		
	Indispensable	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).		
	Indispensable	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.		

6

SIN VALIDEZ OFICIAL

Planeación y definición de procesos	Indispensable	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.		
	Necesario	9	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	10	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen.		
	Necesario	11	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.		
	Necesario	12	Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas		
	Indispensable	13	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.		
	Necesario	14	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.		
	Indispensable	15	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento.		
	Indispensable	16	Proceso que guía la atención para pacientes con enfermedades infectocontagiosas.		
	Necesario	17	Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.		
	Necesario	18	Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.		
	Indispensable	19	Proceso que guía la atención para pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Necesario	20	Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.		
	Indispensable	21	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.		
	Indispensable	22	Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio.		

7

SIN VALIDEZ OFICIAL

Planeación y definición de procesos	Deseable	23	Proceso que guía la atención para el manejo de la anemia en pacientes en hemodiálisis.		
Gestión de recursos	Indispensable	1	Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas.		
	Necesario	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.		
	Indispensable	3	Otorgamiento de privilegios clínicos.		
	Necesario	4	Reclutamiento y selección de personal.		
	Necesario	5	Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.		
	Necesario	6	Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.		
	Necesario	7	Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.		
	Necesario	8	Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.		
	Indispensable	9	Formación del personal médico de primer contacto en establecimientos de hemodiálisis.		
	Indispensable	10	Formación del personal de enfermería en establecimientos de hemodiálisis.		
	Indispensable	11	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.		
	Necesario	12	Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.		
	Indispensable	13	Personal con competencias en soporte vital avanzado.		
	Indispensable	14	Programa de salud y seguridad para el personal.		

8

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de recursos	Indispensable	15	Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.		
	Deseable	16	Programa académico para recurso humano en formación.		
	Deseable	17	Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.		
	Necesario	18	Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.		
	Necesario	19	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.		
	Necesario	20	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.		
	Indispensable	21	Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos.		
	Indispensable	22	Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos.		
	Indispensable	23	Programa para la gestión integral del equipo médico.		
	Deseable	24	Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.		
	Necesario	25	Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.		
	Indispensable	26	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.		
	Necesario	27	Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.		
	Necesario	28	Acceso oportuno a medicamentos no disponibles en el inventario.		
	Necesario	29	Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en		

9

SIN VALIDEZ OFICIAL

			todas las áreas del establecimiento.		
Gestión de recursos	Necesario	30	Almacenamiento seguro de medicamentos especiales.		
	Necesario	31	Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.		
	Necesario	32	Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.		
	Necesario	33	Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.		
	Necesario	34	Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.		
Gestión de riesgos	Indispensable	1	Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión.		
	Indispensable	2	Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.		
	Indispensable	3	Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento.		
	Indispensable	4	Protección contra agresiones físicas a los pacientes.		
	Necesario	5	Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.		
	Necesario	6	Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.		
	Deseable	7	Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.		
	Indispensable	8	Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.		
	Necesario	9	Programa para el manejo de emergencias externas.		

10

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de riesgos	Indispensable	10	Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control en establecimientos de hemodiálisis.		
	Indispensable	11	Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención.		
	Indispensable	12	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos		
	Indispensable	13	Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso		
	Necesario	14	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones		
	Necesario	15	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos		
	Necesario	16	Reducción del riesgo de infección mediante el mantenimiento y control de ingeniería de infraestructura crítica.		
	Necesario	17	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los alimentos para la prevención de infecciones.		
	Necesario	18	Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.		
	Necesario	19	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.		
	Necesario	20	Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte.		
	Indispensable	21	Control de la calidad del agua para terapia de hemodiálisis.		

11

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de riesgos	Deseable	22	Garantía de la calidad del agua para procedimientos de hemodiálisis.		

EJE: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Valoración	Necesario	1	Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.		
	Deseable	2	Priorización de pacientes ante contingencias en la programación del tratamiento.		
	Necesario	3	Comunicación de la información en el proceso de admisión.		
	Indispensable	4	Reducción de barreras para el acceso a la atención.		
	Indispensable	5	Valoración inicial del paciente.		
	Necesario	6	Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	7	Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	8	Valoración del dolor en pacientes.		
	Necesario	9	Valoración de los factores de riesgo social.		
	Necesario	10	Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.		
	Necesario	11	Valoración de factores de riesgo psicológico.		
	Necesario	12	Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.		
	Necesario	13	Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.		
	Necesario	14	Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.		
	Indispensable	15	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

Valoración	Necesario	16	Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.		
Diagnóstico	Necesario	1	Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.		
	Indispensable	2	Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio.		
	Necesario	3	Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.		
	Deseable	4	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.		
	Necesario	5	Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	6	Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen.		
	Deseable	7	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.		
Evaluación	Necesario	1	Reevaluación clínica periódica de los pacientes.		
	Indispensable	2	Monitorización clínica de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
Intervención o tratamiento	Necesario	1	Planeación individualizada de la atención al paciente.		
	Necesario	2	Participación activa del paciente en los procesos de atención.		
	Necesario	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.		
	Deseable	4	Participación de terceros en el proceso educativo.		
	Necesario	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.		
	Necesario	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.		
	Necesario	7	Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.		

13

SIN VALIDEZ OFICIAL

Intervención o tratamiento	Necesario	8	Protección de la privacidad del paciente durante la atención.		
	Necesario	9	Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.		
	Necesario	10	Documentación de indicaciones clínicas.		
	Necesario	11	Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.		
	Indispensable	12	Proceso para la obtención del consentimiento informado.		
	Necesario	13	Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.		
	Necesario	14	Obtención del consentimiento informado al ingreso del paciente al establecimiento.		
	Necesario	15	Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.		
	Necesario	16	Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.		
	Necesario	17	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.		
	Necesario	18	Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.		
	Necesario	19	Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.		
	Necesario	20	Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.		
	Indispensable	21	Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad.		
	Indispensable	22	Prevención de errores en la transcripción de medicamentos.		
	Necesario	23	Conciliación de medicamentos.		
	Indispensable	24	Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos.		

14

SIN VALIDEZ OFICIAL

Intervención o tratamiento	Indispensable	25	Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos.		
	Indispensable	26	Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas.		
	Indispensable	27	Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración.		
	Indispensable	28	Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales.		
	Indispensable	29	Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis.		
	Necesario	30	Prescripción dialítica en pacientes con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Necesario	31	Manejo seguro de accesos vasculares en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Deseable	32	Colocación segura de catéteres de acceso vascular guiada por ultrasonido.		
	Necesario	33	Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.		
	Necesario	34	Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.		
	Necesario	35	Manejo de pacientes seropositivos para prevenir infecciones cruzadas en hemodiálisis.		
	Indispensable	36	Reprocesamiento seguro de filtros en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
Egreso	Necesario	1	Definición del proceso que guía el egreso del paciente.		
	Indispensable	2	Documentación de la nota de egreso.		
Continuidad de la atención	Necesario	1	Identificación del médico responsable de la atención del paciente.		

15

SIN VALIDEZ OFICIAL

Continuidad de la atención	Indispensable	2	Comunicación estructurada durante las transiciones en la atención.		
	Indispensable	3	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.		
	Necesario	4	Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.		
	Indispensable	5	Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.		
	Necesario	6	Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.		
	Deseable	7	Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.		
	Necesario	8	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico por sesión y/o egreso.		

EJE: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Mejora continua	Necesario	1	Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	2	Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.		
	Necesario	3	Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	4	Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		
	Necesario	5	Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.		
	Necesario	6	Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.		
	Necesario	7	Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.		

16

SIN VALIDEZ OFICIAL

Mejora continua	Deseable	8	Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.		
	Deseable	9	Rediseño de procesos clínicos o de gestión mediante herramientas de análisis proactivo.		
	Deseable	10	Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.		
	Necesario	11	Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.		
	Necesario	12	Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.		
	Indispensable	13	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.		
	Indispensable	14	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.		
	Necesario	15	Análisis sistemático de los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.		
	Deseable	16	Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.		
	Necesario	17	Implementación y consolidación de acciones de mejora.		
	Necesario	18	Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Deseable	19	Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	20	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	21	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio.		

17

SIN VALIDEZ OFICIAL

Mejora continua	Deseable	22	Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.		
Sistema de salud	Deseable	1	Conocimiento y ejecución de los protocolos nacionales de atención médica (PRONAMs).		
	Deseable	2	Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.		
	Deseable	3	Certificación del establecimiento como centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad (CEVADECE).		
	Deseable	4	Protocolo de orientación y seguimiento de pacientes en terapia de reemplazo renal hacia programas de trasplante renal.		
	Deseable	5	Implementación de un programa de apoyo institucional para segundas víctimas.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 2. GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Salud | CSG

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – Hemodiálisis

1 Recepción

Se debe de contar, al menos, con 6 meses de funcionamiento, 3 meses de haber implementado el MOCEBPASS y atender los siguientes **lineamientos:**

A. Contar con los siguientes **documentos:**

- Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
- Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- **4 Documentos firmados**, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en los cuales manifiesta que:
  1. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, administrativas y/o fiscales.
  2. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
  3. El establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
  4. El establecimiento **acepta** ser sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio registrado serán objeto de auditoría y que el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares hasta que concluya el proceso de certificación.
- Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
- Registro de generadores de residuos peligrosos.
- Evidencia de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
- Constancia de situación fiscal.
- Aprobación del registro del contrato de prestación de servicios ante la PROFECO.

B. Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.

C. Datos de contacto de las siguientes personas:

- Titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
- Responsable sanitario del establecimiento.
- Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
- Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
- Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.

D. Datos de operación del establecimiento.

Además de los lineamientos enlistados en los apartados A, B, C y D, deberá requisitar la **autoevaluación** a través del SIMOCE.

2 Registro

El establecimiento que cumpla con el total de los requisitos de la etapa de Recepción, previa validación, recibirá un **folio de su expediente** y continuará con la **Validación Normativa.**

- En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en la Recepción, se le prevendrá **por una sola ocasión** para que, en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención, presente los documentos que le sean requeridos.
- En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

3 Validación normativa

De manera aleatoria, se validarán los avisos y licencias sanitarias, para comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable.

- **Se verificará** que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo CSG, ante los órganos administrativos desconcentrados (COFEPRIS, CONAMED); que cuente con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la PROFECO.
- En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá Constancia de participación en el proceso de Certificación.**
- Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.
- Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solitud y **no** podrá continuar con su proceso de certificación.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses, contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

Salud | CSG
Secretaría de Salud

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – Hemodiálisis

4 Preauditoría

La preauditoría se divide en **documental** que se llevará a cabo de manera remota para corroborar de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada previamente y **virtual** en la cual, una de las personas auditoras válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.

Se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que **deberá contar con la infraestructura TIC** que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; cuando alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del secretariado técnico de la comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

La persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoría del Anexo 5, que consisten en:

- Firmar la **carta compromiso (A)** autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría.
- Contar con la **infraestructura tecnológica requerida (B).**
- Que se encuentre en capacidad para realizar las **pruebas de conectividad previas (C).**
- Realizar las actividades que le corresponden para el **desarrollo** de la preauditoría **(D).**

Si el establecimiento no cumple los requisitos, el resultado de las pruebas de conectividad previas determina que no es posible realizar la preauditoría o el establecimiento decide no continuar, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada; las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

5 Auditoría

El establecimiento debe cumplir con lo siguiente:

- Equipo de cómputo con internet
- Dispositivo para escanear
- Impresora y hojas blancas
- Bolígrafo con tinta azul
- Sobres tamaño carta
- Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él)
- Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos

La auditoría es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares, para determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas y puede ser virtual o presencial.

La persona titular de la secretaría técnica la CCEAM notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

6 Dictamen

La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida, emitirá el dictamen que corresponda (procedente o no procedente) y el resultado se hará del conocimiento del EAM a través del SIMOCE. La vigencia de la certificación será de **tres años.**

7 Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continua cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será **cancelado** y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.

Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse **auditorias aleatorias** durante el mismo periodo de tiempo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 3. LINEAMIENTOS PARA LA REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, (A) DOCUMENTOS, (B) AVISOS Y LICENCIAS SANITARIAS, (C) DATOS DE CONTACTO y (D) DATOS DE OPERACIÓN.

Salud | CSG
Secretaría de Salud

Lineamientos para la remisión de documentación
A: Documentos – Hemodiálisis

Para iniciar el proceso de Certificación deberá apegarse a los presentes **"Lineamientos para la remisión de documentación en la recepción del proceso de certificación:"**

Para la carga de los archivos deberá atender las siguientes indicaciones:

1. Los archivos deberán ser perfectamente legibles y escaneados directamente del documento original
2. En formato PDF a color
3. Cuando se requiera la firma, esta deberá ser con tinta azul
4. Cuando aplique, deberá resaltar en cada archivo los siguientes datos:
   a. Fechas en color amarillo (incluyendo el término "indeterminado")
   b. Nombre/Razón social en color verde
   c. Nombre de las personas en color naranja

I. A continuación, se enlistan los **documentos** que todo establecimiento **público o social** deberá de cargar en el Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE) para su certificación; asegúrese de que cada uno de los archivos se nombra como se indica al final de la descripción.

A. Documento que acredite la representación legal del establecimiento, el nombre del archivo será el siguiente: **representación_legal**.

B. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), el nombre del archivo será el siguiente: **CLUES**.

C. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, autoridades administrativas y/o autoridades fiscales, el nombre del archivo será el siguiente: **documento_no_sanciones**.

D. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras), el nombre del archivo será el siguiente: **documento_no_procedimientos**.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que el establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento, el nombre del archivo será el siguiente**: documento_no_remodelación**.

F. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que **acepta** que el establecimiento que sea sometido al proceso del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio que ampara la dirección registrada serán objeto de auditoría; además de que se compromete a mantener o mejorar los estándares alcanzados hasta que concluya el proceso de certificación, el nombre del archivo será el siguiente**: documento_aceptación_auditoría**.

G. Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.), el nombre del archivo será el siguiente**: acreditación_personalidad.**

H. Registro de generadores de residuos peligrosos, el nombre del archivo será el siguiente: **residuos_peligrosos.**

I. Evidencia por parte del establecimiento de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente, el nombre del archivo será el siguiente: **protección_civil**.

II. Los establecimientos **privados** deberán cargar los siguientes documentos:

A. Los documentos enlistados en la fracción I, inciso "A" al inciso "I".
B. Constancia de Situación Fiscal del establecimiento con una vigencia no mayor a 3 meses, el nombre del archivo será el siguiente: **CSF**.
C. Aprobación de registro del contrato de prestación de servicios ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), el nombre del archivo será el siguiente: **contrato_PROFECO.**

En el proceso de certificación únicamente se considerarán documentos en los que coincidan el nombre y la dirección del establecimiento de atención médica que presenta la solicitud, los cuales deberán encontrarse vigentes (no se podrá continuar con el registro si alguno de estos documentos se encuentra en trámite).

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. A continuación, se enlistan los **avisos y las licencias sanitarias**, asegúrese de contar con todas las que amparan las áreas y/o servicios (propios y subrogados) con que cuenta su establecimiento y de que cada uno de los archivos se nombra como se indica al inicio de la descripción, para el caso de documentos emitidos por la autoridad federal, el nombre del documento deberá de iniciar con la letra "**F**", en el caso de que la emisión haya sido por una autoridad estatal, el nombre del documento deberá iniciar con la letra "**E**", en ambos casos seguido de la codificación indicada.

A. **_AFyRS_Est** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud).
B. **_AFyRS_Lab_clin** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (laboratorio clínico)).
C. **_LS_Rayos_x** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (rayos X)).
D. **_RS_Rayos_x** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (rayos X)).
E. **_AFyRS_ultrasonido** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (ultrasonido)).
F. **_LS_Far_hosp** Licencia sanitaria de farmacia hospitalaria).
G. **_AFyRS_Far_hosp** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud (modalidad farmacia)).
H. **_LS_almacen_farmacia** (Licencia sanitaria para almacén de depósito y distribución de medicamentos controlados o productos biológicos para uso humano).
I. **_LS_Hemodiálisis** (Licencia sanitaria para establecimientos en que se presten servicio de hemodiálisis).
J. **_RS_Hemodiálisis** (Responsable sanitario del establecimiento en que se preste servicio de hemodiálisis).
K. **_AFyRS_ambulancia** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario por cada ambulancia).
L. **_Otros** (Avisos y/o Licencias sanitarias que no se encuentren descritas previamente).

Nota: los avisos y/o licencias sanitarias que terminen su vigencia en los 9 meses siguientes a la presente fecha deberán notificarlo y comprometerse a iniciar su trámite de renovación de manera inmediata en cuanto venza el documento respectivo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. Datos de contacto de las siguientes personas **(si una misma persona desempeña dos cargos repita la información en los dos apartados)**:

A. Titular de la dirección, apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

B. Responsable sanitario del establecimiento

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

C. Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

D. Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

E. Correo electrónico institucional para recibir notificaciones

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. Datos de operación del establecimiento, divididos en los siguientes 6 apartados: identificación, características, infraestructura, personal, atención médica y comités, asegúrese de contar con toda la información que le aplique a su establecimiento.

A. Identificación del establecimiento

a. Con base en el **Anexo 4. Guía para la elección del Manual del MOCEBPASS**, identifique cual es el Manual que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

b. Datos de registro del establecimiento de atención médica

1. Tipo de establecimiento
2. Nombre comercial
3. Razón Social
4. Registro Federal de Contribuyentes
5. Fecha de inicio de funcionamiento
6. Fecha de inicio de implementación del MOCEBPASS
7. Domicilio
   - i. Tipo de vialidad:
   - ii. Nombre de la vialidad:
   - iii. Número exterior:
   - iv. Número interior:
   - v. Colonia:
   - vi. Tipo de localidad:
   - vii. Nombre de la localidad:
   - viii. Nombre del municipio o alcaldía:
   - ix. Nombre de la entidad federativa:
   - x. Código Postal:

c. Sector al que pertenece

1. Público (IMSS-Bienestar/Institutos Nacionales de Salud/Hospitales de Alta Especialidad/Secretaría de Salud/etc.)
2. Social (IMSS/ISSSTE/PEMEX/Defensa/Marina/etc.)
3. Privado
   - i. No lucrativo
   - ii. Persona moral
   - iii. Pertenece a un corporativo
     - No
     - Si, Nombre y número de unidades

SIN VALIDEZ OFICIAL

4. ¿Existe una persona responsable a nivel central para el seguimiento de los procesos de certificación?
   - No
   - Si, datos de contacto (nombre y correo)

5. ¿El establecimiento cuenta con alguna certificación previa por parte del Consejo de Salubridad General?
   - No
   - Si, vigencia de su último certificado

6. ¿Algún personal de su establecimiento ha participado en algún curso o taller organizado por el Consejo de Salubridad General?
   - No
   - Si, especifique nombre, fecha y sede

B. Características

a. Días en que el establecimiento presta atención
b. Horario en que el establecimiento presta atención
c. Distribución de turnos
d. ¿El establecimiento cuenta con personal clínico y/o no clínico en formación?

En caso de que cuente con personal **clínico** en formación, ¿Cuenta con la Opinión Técnico Académica favorable y vigente por parte de la CIFRHS de cada uno de los planes de estudio de este personal?
- No
- Si, suba el documento

e. ¿En el establecimiento se realiza investigación clínica?
- No
- Si, ¿Cuenta con registro vigente ante la COFEPRIS de su comité de investigación?
  - No
  - Si, suba el documento
- ¿Cuenta con registro vigente ante la CONBIOETICA de su comité de ética en investigación?
  - No
  - Si, suba el documento

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. Infraestructura instalada

a. Servicios y recursos

1. Número total de metros cuadrados de la superficie
2. Número total de metros cuadrados de construcción
3. ¿Dispone de red municipal de agua?
4. ¿Dispone de pozo de agua?
5. ¿Dispone de cisterna de agua?
6. ¿Dispone de otra fuente de abastecimiento de agua?
7. ¿Cuenta con drenaje?
8. ¿Cuenta con planta de emergencia de energía eléctrica?
9. ¿Cuenta con tierra física?
10. ¿Cuenta con paneles solares (sistema de generación de energía)?
11. ¿Cuenta con pararrayos?
12. ¿Cuenta con servicio de gas (tanque estacionario, natural, otro)?
13. ¿Cuenta con internet?
14. ¿Cuenta con sistema de telemedicina?
15. ¿Cuenta con expediente clínico electrónico?
    - No
    - Si, nombre del expediente clínico electrónico
16. ¿Cuenta con laboratorio clínico?
17. ¿Cuenta con área de imagenología (incluye rayos x, resonancia magnética, tomografía, ultrasonografía)?
18. Número de salas de curaciones
19. Número de ambulancias

b. Consultorios

1. Número total de consultorios
2. Número de consultorios de medicina general y familiar
3. Número de consultorios de otras especialidades
4. Número de consultorios de valoración

c. Equipamiento

1. Número de equipos de rayos x fijos
2. Número de equipos de rayos x móviles
3. Número de ultrasonidos
4. Número de máquinas de hemodiálisis (incluye con ósmosis inversa y pediátrica)
5. Algún otro aspecto de infraestructura que considere importante mencionar

SIN VALIDEZ OFICIAL

D. Personal

a. Médicos especialistas, generales y odontólogos

1. Número de médicos especialistas
2. Número de médicos generales
3. Número de odontólogos

b. Personal de enfermería

1. Número de personal de enfermería especialista
2. Número de personal de enfermería general
3. Número de personal de enfermería auxiliar

c. Número de personal profesional de la salud de otras áreas (Q.F.B., trabajo social, nutrición, ingenieros biomédicos, psicólogos, etc.)

d. Número de personal profesional técnico de la salud (técnico en odontología, dietista, laboratorista, de electrocardiografía, etc.)

e. Personal del área de la salud en formación

1. Número de médicos residentes
2. Número de internos de pregrado
3. Número de pasantes de medicina
4. Número de pasantes de odontología
5. Número de personal de enfermería pasante
6. Otros

f. Total de otro personal (administrativo, mantenimiento, lavandería, etc.)

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. Atención médica

a. Número de atenciones médicas otorgadas en los últimos 6 meses
b. Porcentaje de ocupación del establecimiento
c. Registro de los 5 diagnósticos más comunes

Diagnóstico	Cantidad	CIE-10

d. Registro de los 5 procedimientos más comunes

Procedimiento	Cantidad	CIE-9-MC

SIN VALIDEZ OFICIAL

F. Comités

A continuación, se enlistan los comités, asegúrese de contar con fecha de instalación, vigencia y registro ante la autoridad respectiva, en los casos que aplique, de los comités que se encuentren instalados en su establecimiento:

a. Comité de investigación
b. Comité de ética en investigación
c. Comité hospitalario de bioética
d. Comité de bioseguridad
e. Comité interno de coordinación para la donación de órganos y tejidos
f. Comité interno de trasplantes
g. Comité de calidad y seguridad del paciente
h. Comité del expediente clínico
i. Comité para la detección y control de las IAAS
j. Subcomité para la optimización del uso de antimicrobianos
k. Comité de farmacia y terapéutica
l. Comité de farmacovigilancia
m. Comité de tecnovigilancia
n. Comité de prevención, seguridad y atención médica en casos de desastre
o. Comité de enseñanza y capacitación
p. Otro (algún comité que no se encuentren descrito previamente)

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 4. GUÍA PARA LA ELECCIÓN DEL MANUAL DEL MOCEBPASS

Con base en la definición y los ejemplos que se muestran a continuación, identifique cual es el Manual del MOCEBPASS que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

Manual del MOCEBPASS	Definición	Ejemplos
Hospital	Establecimiento que tenga como finalidad la atención de usuarios que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.	Clínicas, sanatorios, hospitales generales, de segundo nivel, de tercer nivel e institutos, hospitales especializados (materno-infantil, oncológico, etc.), entre otros.
Unidad de hemodiálisis	Establecimiento **NO ligado** a un hospital dedicado al tratamiento de pacientes que requieren hemodiálisis.	Clínicas de extramuros, unidades independientes.
1er. nivel de atención	Establecimiento **NO ligado** a un hospital que otorga atención medica general o especializada, que realiza acciones de prevención y promoción a la salud, así como detección temprana y seguimiento de enfermedades, que se sujeten a la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica.	Unidades médicas familiares y de consulta externa, centros de salud, clínicas de atención primaria, consultorios médicos de medicina general o familiar, de especialidades, de acupuntura, de estomatología, de homeopatía, de medicina preventiva, de nutriología, de optometría, de psicología, incluidos los consultorios adyacentes a farmacias y los ubicados en cadenas comerciales, entre otros.
Unidad de atención ambulatoria	Establecimiento que otorga atención medica continua, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados, pudiendo realizar procedimientos quirúrgicos que no requieran de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y que el paciente pueda ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir de su ingreso.	Centros de cirugía ambulatoria, centros oncológicos, centros de procedimientos especializados, establecimientos con licencia de actos quirúrgicos para cirugía de corta estancia, entre otros.

1

Salud | CSG
Proceso de certificación
Guía para la elección del Manual del MOCEBPASS

Unidad de diagnóstico y tratamiento	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea complementar el diagnóstico clínico, la evaluación terapéutica o el seguimiento a los pacientes.	Gabinetes de laboratorios de análisis clínicos, de patología clínica y/o bancos de sangre, gabinetes de imagenología (rayos X, tomografía, resonancia magnética y/o ultrasonido), unidades de endoscopia, entre otros.
Unidad de rehabilitación	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea proporcionar un conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.	Clínicas externas especializadas, clínicas de fisioterapia, de terapia ocupacional y/o psicosocial, unidades básica de rehabilitación, unidades de medicina del deporte, entre otras.
Unidad de salud mental y adicciones	Establecimiento cuya finalidad sea ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.	Hospitales psiquiátricos, centros de día, hogares protegidos, hospitales de día, villas de transición hospitalaria, unidades de atención a la salud mental, centros comunitarios de salud mental y adicciones, centros para la prevención y tratamiento en adicciones, entre otros.
Unidad móvil	Establecimiento **móvil** para la atención médica, ya sea aéreos, marítimos o terrestres, destinados a realizar una o más de las actividades enunciadas para los EAM descritos previamente.	Caravanas, quirófanos móviles, unidades médicas móviles, unidades de promoción a la salud, ambulancias de cuidados intensivos y de urgencias, entre otras.
Establecimiento que presta atención domiciliaria	Establecimiento que presta servicios de salud proporcionados en el hogar del paciente, incluyendo cuidados paliativos y atención a poblaciones vulnerables.	Clínicas de servicios médicos a domicilio, servicios de atención geriátrica domiciliaria, establecimientos de cuidados paliativos domiciliarios, programas de cuidado infantil vulnerable, empresas de atención médica y/o de enfermería domiciliaria, entre otras.

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 5. REQUISITOS DE PREAUDITORÍA

Carta compromiso para otorgar las facilidades y cubrir los gastos por concepto de preauditoría y/o auditoría para el proceso de certificación del establecimiento de atención médica con razón social_____ y folio_____.

Yo _____(nombre), que actualmente me desempeño como _____ (cargo), me comprometo a otorgar las siguientes facilidades y recursos a fin de llevar a cabo de manera adecuada el proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General:

I. Preauditoría:

A. Firmar la presente **carta compromiso**.
B. Contar con la **infraestructura tecnológica** descrita en el apartado B de este anexo.
C. Realizar las **pruebas de conectividad previas** descritas en el apartado C de este anexo.
D. Realizar las actividades para el **desarrollo** de la preauditoría descritas en el apartado D de este anexo.

II. Auditoría:

A. Cubrir los gastos de transporte (aéreo y/o terrestre), hospedaje individual y de alimentación de las personas auditoras designadas para llevar a cabo el proceso de auditoría del establecimiento de atención médica.
B. Gestionar y realizar el traslado de las personas auditoras durante toda la estancia.
C. Destinar un área exclusiva y privada dentro del establecimiento para que el equipo de auditores cuente con lo siguiente:
   a. Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
   b. Dispositivo para escanear documentos en formato PDF.
   c. Impresora y, al menos, 50 hojas blancas tamaño carta.
   d. Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
   e. Acceso a internet inalámbrico (**en caso de contar con él**).
   f. Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos que manifestó al presentar su solicitud.

Atentamente

_____

Firma la persona que legalmente representa al establecimiento de atención médica que autoriza se lleve a cabo la preauditoría y/o auditoría del proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. El establecimiento supervisará que se cuente con la siguiente **infraestructura tecnológica** para realizar la preauditoría:

A. Cuenta de correo institucional.
B. Conexión a Internet.
C. Internet de 1 Mbps por cada equipo conectado.
D. Se recomienda utilizar la combinación de redes fijas, Wi-Fi de banda ancha, redes móviles de celular o tipo de BAM (Banda Ancha Móvil) de acuerdo a las posibilidades del establecimiento.
E. Sala de juntas que permita la interacción de las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento.
F. Dispositivos de apoyo para recorridos.
G. Teléfonos celulares con red móvil, Wi-Fi y cámaras para enfocar documentos y lugares de difícil acceso durante los recorridos con transmisión de video, audio y datos.
H. Audífonos o manos libres alámbricos o inalámbricos para los recorridos a las áreas donde existe ruido que dificulta la comunicación.
I. Equipo de cómputo portátil tipo Laptop o tableta para transmitir video con audio, presentaciones o documentos.
J. Acceso a la plataforma de videoconferencia que indique el Consejo de Salubridad General, la cual deberá estar disponible en, al menos, cinco equipos.

   En caso de que el establecimiento no pueda utilizar la plataforma indicada por el Consejo, deberá informar de las opciones disponibles y con características similares que puede utilizar, haciéndose responsable de los mecanismos de seguridad, así como de programar y ejecutar todo el proceso con base en la agenda, debiendo garantizar:

   a. La comunicación sin interrupciones por videoconferencia.
   b. La transferencia de información con seguridad y confidencialidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. Se programarán **pruebas de conectividad previas** por lo menos una semana antes de la fecha informada para la realización de la preauditoría, la cual será realizada por una de las personas auditoras.

Los motivos por los cuales se podrá suspender la preauditoría son:

A. Que el establecimiento considere que no cumple con los requisitos.
B. Que el resultado de la prueba preliminar determine que no es posible realizar el proceso de preauditoría remota.
C. Que el propio establecimiento decida no continuar con la preauditoría programada.

En cualquiera de estos casos ya no se realizará la preauditoría y la participación del establecimiento en el proceso de certificación quedará cancelada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. Para el desarrollo de la preauditoría

A. La persona titular de la Presidencia de la CCEAM:

a. Informará de manera oficial mediante un comunicado el número de personas auditoras y la duración.
b. Definirá y proporcionará el ingreso a la plataforma, liga y claves de acceso.

B. El establecimiento deberá:

a. Enviar al correo electrónico cceam@csg.gob.mx el listado de las personas que participarán en la preauditoría las cuales serán dirigidas por 1 de las 4 personas del establecimiento que ingresaron sus datos durante la recepción.
b. Preparar al personal que participará en los recorridos para realizar la preauditoría virtual y garantizar su presencia durante toda esta etapa.
c. Preparar al personal de apoyo técnico, con experiencia en el uso y manejo de las TIC que se aplicarán en el proceso de preauditoría.
d. Preparar las evidencias del cumplimiento de los procesos.

C. Durante la preauditoría

a. Deberá estar presente una persona por parte de CSG que fungirá como acompañante o guía del proceso para asegurar que el desarrollo del mismo se realiza de manera adecuada.
b. Las personas auditoras podrán abordar al personal operativo y/o dueños de los procesos para verificar el cumplimiento de los estándares definidos por el establecimiento.
c. En caso de fallas técnicas (energía eléctrica, internet, fallo de equipo, etc.), las personas auditoras en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento establecerán las alternativas de comunicación para mantener la continuidad de la preauditoría.
d. Las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento identificarán las situaciones que pueden llevar a la suspensión de la preauditoría, notificando inmediatamente a la persona titular de la Presidencia de la CCEAM.
e. Al final de la preauditoría las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento integrarán el reporte respectivo mediante la plataforma.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobierno de México | Salud
Secretaría de Salud | CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SIN VALIDEZ OFICIAL

Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para

Hospitales

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobierno de México | Salud Secretaría de Salud | CSG Consejo de Salubridad General

Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para Hospitales

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de este documento, siempre que se cite la fuente conforme a la siguiente referencia:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para Hospitales*. 1a. Edición. Ciudad de México, México, 2025.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Secretaria del Consejo de Salubridad General
Dra. Patricia Elena Clark Peralta

Vocales Titulares:
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría del Bienestar
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Servicios de Salud del Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Petróleos Mexicanos
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ÍNDICE

I. PRÓLOGO 6

II. MARCO JURÍDICO 7

III. ABREVIATURAS 13

IV. INTRODUCCIÓN 16
A. PROPÓSITO DEL MANUAL 16
B. ALCANCE DEL MANUAL 16
C. ENFOQUE DE AUDITORÍA Y NIVELES DE MADUREZ 16
D. EJES ESTRUCTURALES Y ESTÁNDARES 17
E. CRITERIOS DE AUDITORÍA 19
F. DISTINCIONES POR BUENAS PRÁCTICAS CON IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD 21

V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN 23
A. RECEPCIÓN 23
B. REGISTRO. 25
C. VALIDACIÓN NORMATIVA 26
D. PREAUDITORÍA. 27
E. AUDITORÍA. 29
F. DICTAMEN. 30
G. SEGUIMIENTO. 31
H. SITUACIONES NO PREVISTAS 31

VI. EJE ESTRUCTURAL: LIDERAZGO Y GOBERNANZA 32
A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN 34
B. GOBERNANZA INSTITUCIONAL 42
C. TRANSPARENCIA 56
D. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL 62

VII. EJE ESTRUCTURAL: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN 78
A. GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN INSTITUCIONAL 80
B. GESTIÓN DOCUMENTAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN 92
C. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 100
D. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN 105

VIII. EJE ESTRUCTURAL: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS 112
A. PLANEACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROCESOS 116
B. GESTIÓN DE RECURSOS 178
C. GESTIÓN DE RIESGOS 246

IX. EJE ESTRUCTURAL: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO 295
A. VALORACIÓN. 299
B. DIAGNÓSTICO 336
C. EVALUACIÓN 347
D. INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO 356

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. EGRESO....426
F. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN....430

X. EJE ESTRUCTURAL: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD....444
A. MEJORA CONTINUA....446
B. SISTEMA DE SALUD....485

XI. DEFINICIONES OPERATIVAS....495

XII. HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN....517
A. ANTECEDENTES....517
B. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN....520
C. SOBRE LA PORTADA DEL MANUAL DEL MOCEBPASS....520
D. MODELO DE MEJORA CONTINUA (PHVA)....521

XIII. AUTORES....522

XIV. BIBLIOGRAFÍA....525

XV. ANEXOS....528
ANEXO 1. AUTOEVALUACIÓN....528
ANEXO 2. GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN....549
ANEXO 3. LINEAMIENTOS PARA LA REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, (A) DOCUMENTOS, (B) AVISOS Y LICENCIAS SAITARIAS, (C) DATOS DE CONTACTO Y (D) DATOS DE OPERACIÓN....551
ANEXO 4. GUÍA PARA LA ELECCIÓN DEL MANUAL DEL MOCEBPASS....563
ANEXO 5. REQUISITOS DE PREAUDITORÍA....564

SIN VALIDEZ OFICIAL

I. PRÓLOGO

El Proceso de Certificación a lo largo de 25 años ha tenido una participación relevante de instituciones públicas, sociales y privadas; con cambios importantes en los procesos, siempre tomando de base las mejores prácticas documentales de procesos o de resultados que permitan guiar a las instituciones hacia la excelencia.

Desde la primera edición, con la creación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), pasando por la homologación con los estándares de Joint Commission International (JCI) en 2009 y posteriormente con la fusión del proceso de acreditación que creó el Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), hasta la fecha se logró la certificación de 2,179 establecimientos y se condicionó una oportunidad para tomar buenas prácticas no solo de los modelos, sino también de lo publicado a nivel mundial.

El Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud (MOCEBPASS) es el resultado de la participación de instituciones públicas, sociales y privadas que tienen en su vida diaria buenas prácticas implementadas y replicables a nivel nacional; de aquellas que cada modelo ha heredado y como proceso de mejora continua del mismo modelo.

Esperamos desde el Consejo de Salubridad General que aquellas instituciones que no puedan inscribirse de inmediato, les sirva para mejorar la atención médica de los pacientes que reciben en sus instalaciones.

Dra. Patricia Clark

SIN VALIDEZ OFICIAL

II. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 y sus reformas.

LEYES

- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 1994 y sus reformas.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2025 y sus reformas.
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2025 y sus reformas.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011 y sus reformas.

REGLAMENTOS

- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, y sus reformas.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2025 y sus reformas.
- REGLAMENTO Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre de 2023 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2014 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus reformas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- REGLAMENTO de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley Federal de Protección al Consumidor, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 diciembre de 2019 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Protección Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de mayo 2014 y sus reformas.

ACUERDOS

- ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 08 de septiembre de 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 junio 2023 y sus actualizaciones.
- ACUERDO por el que se crea la Comisión lnterinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de septiembre de 2012 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se establece el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 2025.

NORMAS

- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 2025.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2010 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de julio 2010 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de julio de 2020 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de marzo de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014, Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral-Reconocimiento, evaluación y control, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2014 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de mayo de 2023 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2024, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 2025 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2015, Sistema armonizado para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de octubre de 2015 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011: Constitución de comisiones de seguridad e higiene, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de abril de 2011 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2015 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de agosto de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, publicada en el Diario Oficial de la Federación 4 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009: Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2009 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2022 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de 2018 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS-2018, Factores de riesgo ergonómico en el Trabajo-Identificación, análisis, prevención y control. Parte

SIN VALIDEZ OFICIAL

1: Manejo manual de cargas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2018 y sus actualizaciones.

- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de septiembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2017 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA-2023, En materia de Certificación de la Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de febrero de 2024 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2008 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2017 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2006 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de octubre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de marzo 2011 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de marzo de 2010 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012 y sus actualizaciones.

OTRAS

- Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), publicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2019 y sus actualizaciones.
- Programa Hospital Seguro, publicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2016 y sus actualizaciones.
- Lineamientos Técnicos Operativos del Comité de Calidad y Seguridad En El Paciente (COCASEP), emitidos por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en la Ciudad de México, México, 2022.
- Instrucción 197/2009 Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), SI Calidad, emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Modelo de Gestión de la Calidad en Salud. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Sistema Unificado de Gestión, emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- AVISO por el que se dan a conocer las ligas electrónicas para consulta de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de julio de 2025.
- Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias con consultorio adyacente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ACR	Análisis de Causa Raíz
AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
AMD	Atención Médica a Distancia
AMEF	Análisis del Modo y Efecto de la Falla
AAP	Acontecimiento Adverso Potencial
ARCO	Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición
CCEAM	Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CEDis	Certificados Electrónicos de Discapacidad
CEVADECE	Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CLUES	Clave Única de Establecimientos en Salud
CNFV	Centro Nacional de Farmacovigilancia
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CSG	Consejo de Salubridad General
CUNCEEC	Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
EAM	Establecimiento de Atención Médica
ECE	Expediente Clínico Electrónico
EPP	Equipo de Protección Personal
ESA	Erythropoiesis Stimulating Agents
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas
HBsAg	Antígeno de superficie de la hepatitis B
HDS	Hojas de Datos de Seguridad
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
ISO	International Organization for Standardization

SIN VALIDEZ OFICIAL

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
LASA	Medicamentos con aspecto o nombre parecido (Look-Alike /Sound-Alike)
mHGAP	Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental
MOCEBPASS	Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud
MTBF	Tiempo medio entre fallas
MUEC	Modelo Único de Evaluación de la Calidad
NAAS	Neumonías asociadas a la atención de la salud
NAV	Neumonía asociada a ventilador
NAAS-RP	Neumonía relacionada a procedimiento
NAAS-NRP	Neumonía no relacionada a procedimiento
NAFTA	North American Free Trade Agreement
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBM	Patient Blood Management
PHVA	Planear – Hacer – Verificar – Actuar
PDSA	Planear – Hacer – Estudiar – Actuar
PNCS	Premio Nacional de Calidad en Salud
PNC	Premio Nacional de Calidad
PNO	Procedimiento Normalizado de Operación
PRN	Por Razón Necesaria
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROMIS	Sistema de Información de Medición de Resultados Reportados por el Paciente
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
PRONAMs	Protocolos Nacionales de Atención Médica
PVM	Previa Valoración Médica
RAM	Reacción Adversa a Medicamento
RCP	Reanimación Cardiopulmonar
SAER	Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación
SE	Secretaria de Economía
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIDIS	Subsistema de Información sobre Discapacidad
SIMOCE	Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica

SIN VALIDEZ OFICIAL

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
SIRES	Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud
SRAM	Sospechas de Reacción Adversa a Medicamento
STSA	Sistema de Tratamiento y Suministro de Agua
SVA	Soporte Vital Avanzado
SVB	Soporte Vital Básico
TFS	Tiempo Fuera de Servicio
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones
VHB	Virus de Hepatitis B
VHC	Virus de Hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. INTRODUCCIÓN

A. PROPÓSITO DEL MANUAL

La certificación representa un reconocimiento formal de que un Establecimiento de Atención Médica (EAM) cumple con criterios previamente definidos, validados y alineados con mejores prácticas nacionales e internacionales. Promueve una cultura organizacional centrada en las personas, en la gestión de riesgos, en la información basada en evidencia, en la búsqueda de resultados y en la corresponsabilidad de todos los actores del sistema de salud.

El presente Manual tiene como finalidad establecer los principios, lineamientos y requisitos que rigen el proceso de certificación que otorga el Consejo de Salubridad General (CSG), a los EAM tipo Hospitales.

B. ALCANCE DEL MANUAL

Este Manual está dirigido a todos los EAM tipo Hospital que deseen acceder al proceso de certificación del CSG, sin distinción de su tamaño, complejidad, carácter público, social o privado.

C. ENFOQUE DE AUDITORÍA Y NIVELES DE MADUREZ

El MOCEBPASS opera bajo un esquema de auditoría, que reconoce las distintas etapas de desarrollo institucional y promueve la mejora continua de los EAM. Este enfoque no sólo verifica el cumplimiento de requisitos normativos, sino que valora la madurez de la organización a través de un análisis integral y estructurado de sus procesos, resultados y cultura institucional.

a. Niveles de Madurez del MOCEBPASS

El modelo establece dos niveles de madurez que permiten clasificar el grado de avance de los establecimientos hacia la mejora:

1. Nivel Básico
   i. Representa el cumplimiento de los requisitos mínimos indispensables, legales y regulatorios, establecidos por las autoridades competentes.
   ii. Denota la implementación de prácticas que favorezcan la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la gestión eficiente de los recursos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iii. Refleja el compromiso inicial con la formalización de procesos, la trazabilidad documental y el desarrollo de capacidades básicas para la mejora continua.

2. Nivel Avanzado
   i. Se enfoca en la consolidación de una cultura de la organización orientada a la excelencia, con prácticas institucionalizadas, sistemáticas y sostenibles.
   ii. Acredita la innovación, el uso efectivo de tecnologías, la gestión basada en evidencia y la alineación de los objetivos de la organización con políticas públicas de salud.
   iii. Requiere demostrar resultados sostenibles en el tiempo, impacto en la población atendida y mecanismos maduros de participación, evaluación y rendición de cuentas.

D. EJES ESTRUCTURALES Y ESTÁNDARES

Los estándares del MOCEBPASS para los Hospitales se agrupan en cinco ejes estructurales, los cuales representan los pilares para el funcionamiento, la gestión y la mejora continua de los mismos. Los ejes estructurales del modelo son:

Eje 1. Liderazgo y gobernanza
Eje 2. Administración de la información
Eje 3. Planificación y gestión de recursos
Eje 4. Atención clínica y de apoyo
Eje 5. Mejora continua y sistema de salud

Dentro de los ejes estructurales existen componentes y estos agrupan a los estándares de acuerdo con la siguiente tabla:

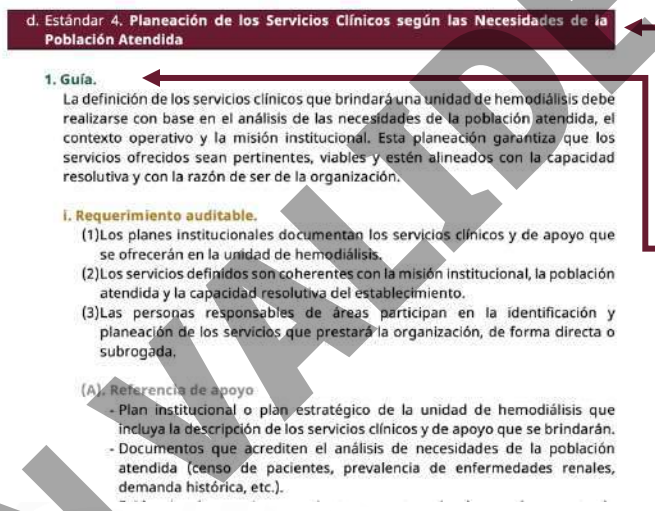
Eje estructural	Componente	Estándares
Liderazgo y gobernanza	A. Compromiso de la alta dirección	5
	B. Gobernanza institucional	11
	C. Transparencia	4
	D. Participación y comunicación institucional	9
Administración de la información	A. Gestión de datos e información institucional	9
	B. Gestión documental y sistemas de información	6
	C. Monitoreo y análisis de información	4
	D. Comunicación y acceso a la información	6
Planificación y gestión de recursos	A. Planeación y definición de procesos	31
	B. Gestión de recursos	38
	C. Gestión de riesgos	24

SIN VALIDEZ OFICIAL

Atención clínica y de apoyo	A. Valoración	23
	B. Diagnóstico	8
	C. Evaluación	6
	D. Intervención o tratamiento	46
	E. Egreso	2
	F. Continuidad de la atención	9
Mejora continua y sistema de salud	A. Mejora continua	25
	B. Sistema de salud	6

Cada componente, que definen el nivel de desempeño esperado en aspectos específicos del funcionamiento institucional. La estructura de cada estándar incluye los siguientes elementos (ver imágenes):

Imagen A. Representación de ubicación de título y guía.

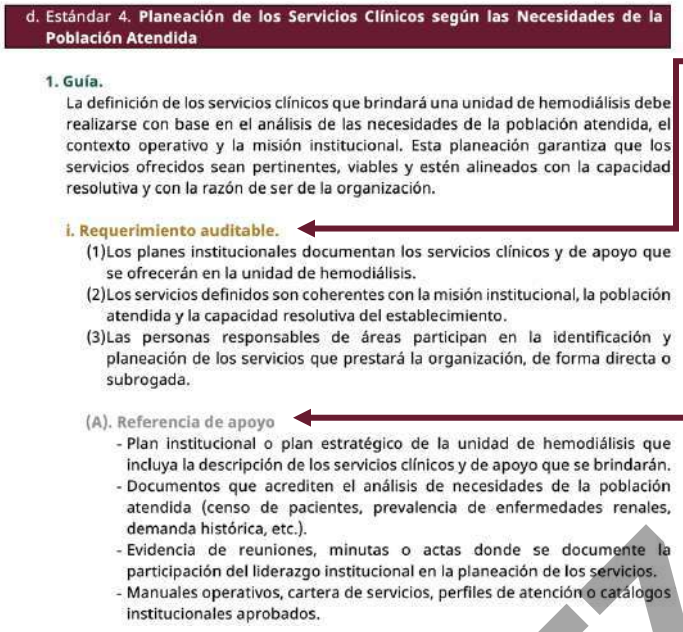


***Título del Estándar**: Declaración general que expresa el resultado de alto nivel que se espera alcanzar. Define la intención del estándar y su alineación con los principios de calidad y seguridad del paciente.*

***Guía**: Explica y amplía los conceptos contenidos dentro del estándar, proporcionando orientación para los establecimientos sobre los factores que deben considerarse al implementar el estándar. Se proporciona a fin de tener mayor claridad, tratándose de texto enunciativo, pero no limitativo.*

SIN VALIDEZ OFICIAL

Imagen B. Representación de ubicación de requerimientos auditables y referencias de apoyo.



***Requerimientos auditables**: Conjunto de criterios obligatorios cuya verificación permite determinar si el estándar se cumple. Cada requisito tiene el mismo valor dentro del estándar. Los auditores deben determinar el cumplimiento con base en evidencia objetiva.*

***Referencias de apoyo**: Se incluyen elementos orientadores que pueden ser útiles al momento de implementar y demostrar el cumplimiento del estándar. Estas referencias pueden contener ejemplos ilustrativos, documentación sugerida, así como referencia bibliográfica y bases normativas relevantes. Su finalidad es facilitar la comprensión y aplicación de los requerimientos auditables. Las organizaciones pueden presentar evidencia alternativa, siempre que sea válida, pertinente y verificable.*

E. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El cumplimiento de los requerimientos auditables será verificado mediante procedimientos estandarizados definidos por el CSG. Los EAM serán evaluados conforme al nivel de madurez (básico o avanzado) al que aspiren, considerando la implementación documentada, la aplicación práctica comprobable y la evidencia objetiva presentada en cada requerimiento.

Para efectos de la auditoría, cada estándar será valorado de acuerdo con la siguiente escala:

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.
- **No aplica (NA):** el requerimiento no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y registrarse en la autoevaluación, la cual será validada por el equipo auditor.

Los estándares establecidos en este manual se clasifican en tres tipos, según su nivel de relevancia en el proceso auditoría:

a. **Estándares Indispensables**: Son aquellos cuyo cumplimiento es obligatorio. Corresponden a condiciones mínimas críticas para la operación segura, legal y ética de los establecimientos de atención médica. El incumplimiento de cualquier estándar clasificado como indispensable impide que se otorgue la certificación, independientemente del nivel solicitado (Descritos en cada uno de los estándares).

b. **Estándares Necesarios**: Son estándares que contribuyen significativamente a la consolidación del sistema de gestión de calidad. Su cumplimiento es un indicador de madurez de la institución, particularmente en el tránsito hacia el nivel avanzado. (Descritos en el Anexo 1. Autoevaluación).

c. **Estándares Deseables**: Representan prácticas de excelencia, innovación o liderazgo en calidad, que fortalecen la cultura de la organización, aportan valor y posicionan al hospital como referente. (Descritos en el Anexo 1. Autoevaluación).

Para que un EAM pueda obtener la certificación, deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. **Calificación mínima aprobatoria:**
    - Alcanzar una calificación general mínima de 7.0 como resultado de la auditoría.
    - Obtener una calificación mínima de 7.0 en cada uno de los cinco ejes estructurales del modelo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

2. **Estándares indispensables:**
    - El incumplimiento de un solo estándar indispensable imposibilita la obtención de la certificación, independientemente de la calificación alcanzada en los ejes o en la auditoría.

3. **Porcentajes de cumplimiento según nivel de certificación:**

    - **Certificación Nivel Básico**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 70% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 30% de los estándares deseables.

    - **Certificación Nivel Avanzado**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 85% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 50% de los estándares deseables.

La certificación se otorgará únicamente cuando el establecimiento cumpla simultáneamente con los tres criterios: calificación mínima general, calificación mínima por eje estructural y cumplimiento íntegro de los estándares indispensables, además de los porcentajes de cumplimiento establecidos según el nivel de certificación.

F. DISTINCIONES POR BUENAS PRÁCTICAS CON IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD

Además de los niveles de certificación establecidos (básico y avanzado), el modelo contempla una distinción adicional otorgada a aquellos hospitales que cumplan con ciertos estándares identificados como buenas prácticas que generan valor más allá del establecimiento, promoviendo mejoras en el sistema de salud en su conjunto.

Estos estándares no sólo fortalecen la calidad y seguridad en la atención directa al paciente, sino que impulsan prácticas innovadoras, colaborativas o estratégicas que benefician a otros establecimientos, fortalecen redes asistenciales, fomentan la equidad o desarrollan capacidades institucionales que trascienden el entorno inmediato del establecimiento.

A. Se asignará 1 estrella por contar con la implementación de mínimo 2 buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.
B. Se asignarán 2 estrellas por contar con la implementación de mínimo 3 buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. Se asignarán 3 estrellas por contar con la implementación de 4 o más buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.

No.	Buena práctica*	Descripción
1	Conocimiento y Ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).	El establecimiento demuestra la implementación (conocimiento y ejecución) de los PRONAMs en las atenciones que así lo ameritan.
2	Ser un centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad. (CEVADECE)	Durante el proceso, demuestra que el establecimiento está certificado como centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad.
3	Investigación en calidad de la atención clínica.	El establecimiento que demuestre que desarrolla investigación en las dimensiones de la calidad (efectividad, seguridad, centrado en la persona, oportunidad, equidad, eficiencia, accesibilidad, competencia profesional).
4	Participación y Reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.	El establecimiento ha participado formalmente en convocatorias de reconocimientos nacionales otorgados por instituciones del sector salud o gubernamentales que promueven la calidad, competitividad o excelencia en los servicios de atención médica: PNCS, PNC, Premio IMSS Competitividad.
5	Implementación de un programa institucional de atención centrada en la persona	El establecimiento cuenta con un programa institucional de atención centrada en la persona.
6	Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente	Los establecimientos deben participar en acciones comunitarias que promuevan la protección ambiental y la sostenibilidad, como parte de su compromiso con la salud pública y la prevención de enfermedades.

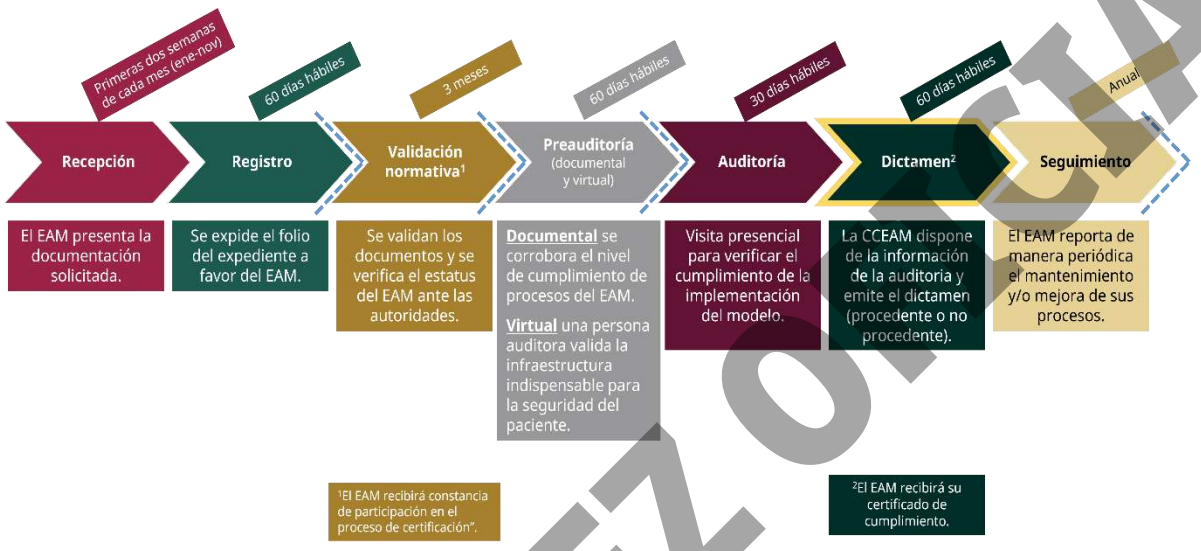
*Descritos en el eje estructural de mejora continua y sistema de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

El proceso de certificación está compuesto por 7 etapas, con tiempos de respuesta máximo.

Imagen C. Etapas del proceso de certificación MOCEBPASS.



Para pronta referencia se incluye la **GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN** identificada como Anexo 2.

El proceso de certificación se realizará únicamente por medio del Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE).

A. RECEPCIÓN

Recepción

El Establecimiento que se pretende certificar debe contar con al menos 12 meses de funcionamiento y 6 meses de haber implementado el MOCEBPASS y podrá iniciar su proceso de certificación dentro de las dos primeras semanas de cada mes de enero a noviembre.

Deben contar con la totalidad de los documentos e información solicitada en los lineamientos para la remisión de documentación en la recepción del proceso de certificación (A) documentos, (B) avisos y licencias sanitarias, (C) datos de contacto y (D) Datos de operación descritas en el Anexo 3; **fracción I** para establecimientos **públicos y sociales** y **fracción II** para **privados**; acorde a la siguiente lista de verificación:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a.	Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
b.	Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
c.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente representa al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, autoridades administrativas y/o autoridades fiscales.
d.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
e.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que el establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
f.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que acepta que el establecimiento que sea sometido al proceso del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio que ampara la dirección registrada serán objeto de auditoría; además de que se compromete a mantener o mejorar los estándares alcanzados hasta que concluya el proceso de certificación.
g.	Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
h.	Registro de generadores de residuos peligrosos.
i.	Evidencia por parte del establecimiento de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
j.	Constancia de situación fiscal.
k.	Aprobación de registro del contrato de prestación de servicios ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).
l.	Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.
m.	Datos de contacto de la persona titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
n.	Datos de contacto del responsable sanitario del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

o.	Datos de contacto de la persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
p.	Datos de contacto de la persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
q.	Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.
r.	Datos de operación del establecimiento

Además de cumplir con la lista de verificación previa, deberá requisitar el contenido de la autoevaluación a través del SIMOCE. El contenido de esta, se encuentra descrito en Anexo 1. Autoevaluación.

En el proceso de certificación únicamente se considerarán como documentos válidos en los que coincidan el nombre y la dirección del establecimiento de atención médica que presenta la solicitud, los cuales deberán encontrarse vigentes (no se podrá continuar con el registro si alguno de estos documentos se encuentra en trámite).

B. REGISTRO.

Los establecimientos que cumplan con la totalidad de los requisitos descritos en el apartado A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, previa validación, recibirán un folio de su expediente por medio de la plataforma SIMOCE y continuarán con la etapa de Validación Normativa.

En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en el apartado A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, se le prevendrá por una sola ocasión para que en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención presente los documentos que le sean requeridos.

En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes**, **contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. VALIDACIÓN NORMATIVA

Validación normativa

En esta etapa, de manera aleatoria, se validarán los avisos y las licencias sanitarias propias y de servicios subrogados cargadas durante la recepción y que se encuentran previstas en el Anexo 3, según corresponda, con la finalidad de comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable; así mismo, se verificará que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo Consejo de Salubridad General, ante los órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Salud (COFEPRIS, CONAMED); que cuenten con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

La validación normativa se realizará a través de consultas a las autoridades competentes atendiendo al trámite que corresponda.

En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá una Constancia de participación en el proceso de Certificación con vigencia de un año, que haga constar que se encuentra en proceso de certificación,** de acuerdo con las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.

Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solicitud y **NO** podrá continuar con su proceso de certificación.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses**, **contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

Los establecimientos que hasta este momento hayan tenido un cambio en sus procesos definidos dentro del modelo con respecto a la información capturada en su solicitud, deberán notificarlo mediante oficio dirigido a la persona titular de la secretaría técnica de la CCEAM y enviarlo al correo

SIN VALIDEZ OFICIAL

electrónico **cceam@csg.gob.mx** para que se les habilite la plataforma únicamente de la sección respectiva para que actualicen su información.

D. PREAUDITORÍA.

Preauditoría (documental y virtual)

Para poder continuar a la etapa de preauditoría, la persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoria del anexo 5, que consiste en: firmar la (A) carta compromiso autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría, contar con (B) la infraestructura tecnológica requerida y se encuentra en capacidad para realizar las (C) pruebas de conectividad previas y realizar las actividades para el (D) desarrollo.

Para la preauditoría, por parte del CSG, se designará un equipo de personas auditoras, de conformidad con lo establecido en los Criterios para la Inscripción, Selección, Formación y Evaluación del Desempeño de Personas Auditoras del MOCEBPASS.

El equipo de personas auditoras se conformará con al menos 1 persona auditora líder y el número de personas auditoras esenciales que se considere conveniente, con base en el tipo de establecimiento y su complejidad; dichas personas auditoras serán elegidas del padrón de personas auditoras; verificando su disponibilidad y autorización expresa por parte de la dependencia, institución y EAM donde labora la persona auditora.

La asignación al equipo de personas auditoras deberá realizarse mediante oficio a la dependencia, institución y/o EAM donde labora la persona auditora con al menos 10 días hábiles de anticipación, quienes contarán con 5 días hábiles para dar su autorización expresa, en caso contrario se entenderá no otorgada de conformidad con los Convenios que al efecto se suscriban.

La etapa de preauditoría se divide en preauditoría documental y preauditoría virtual.

a. **Preauditoría documental** se llevará a cabo de manera remota, en la cual se corroborará de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada en las etapas previas.
b. **Preauditoría virtual** en la cual, una de las personas auditoras designadas para realizar la preauditoría válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta etapa del proceso de certificación se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que deberá contar con la infraestructura TIC que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; cuando alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra determinada por el Consejo de Salubridad General que impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

Pruebas de conectividad previas a la preauditoría.
Se programarán las pruebas de conectividad previas por lo menos una semana antes de la fecha informada para la realización de la preauditoría, la cual será realizada por una de las personas auditoras de conformidad con el procedimiento establecido en el Anexo 5, Requisitos de preauditoría (C) pruebas de conectividad previas.

Si el establecimiento considera que no cumple los requisitos para que se realice la preauditoría, el resultado de la prueba preliminar determinará que no es posible realizar el proceso de preauditoría remota, o bien el propio establecimiento decide no continuar con la preauditoría programada, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. AUDITORÍA.

Auditoría

La auditoría del establecimiento es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares del presente Manual, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas para dicho establecimiento de acuerdo con la agenda enviada previamente, al equipo de personas auditoras y a sus empleadores de las personas auditoras.

La auditoría puede ser virtual o presencial:

a. **Auditoría virtual:** se lleva a cabo por el equipo de personas auditoras desde una ubicación distinta a la del establecimiento utilizando las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo. Este tipo de auditoría será aplicable cuando exista alguna condición logística, económica, de seguridad, epidemiológica u otra, que impida la presencia del equipo de personas auditoras en el establecimiento.
   Para su desarrollo, el establecimiento necesita contar con la infraestructura TIC que facilite su realización de forma efectiva y que garantice la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.
b. **Auditoria presencial**: se lleva a cabo en el establecimiento con la presencia física del equipo de personas auditoras designado para ello, de acuerdo al tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.

Para la auditoría presencial el establecimiento **deberá contar** con lo siguiente:

a. Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
b. Dispositivo para escanear documentos en formato PDF.
c. Impresora y, al menos, 50 hojas blancas tamaño carta.
d. Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
e. Acceso a internet inalámbrico (**en caso de contar con él**).
f. Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos que manifestó al presentar su solicitud.

La persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la

SIN VALIDEZ OFICIAL

etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar la auditoría, el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

F. DICTAMEN.

Dictamen[2]

La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida en la etapa A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, emitirá el dictamen que corresponda. (procedente o no procedente).

El resultado del proceso de certificación se hará del conocimiento del establecimiento a través del SIMOCE, por conducto de la persona titular del Secretariado Técnico de la CCEAM.

La vigencia de la certificación será de tres años.

Para que un EAM pueda obtener la certificación, deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. **Calificación mínima aprobatoria:**
    - Alcanzar una calificación general mínima de 7.0 como resultado de la auditoría.
    - Obtener una calificación mínima de 7.0 en cada uno de los cinco ejes estructurales del modelo.

2. **Estándares indispensables:**
    - El incumplimiento de un solo estándar indispensable imposibilita la obtención de la certificación, independientemente de la calificación alcanzada en los ejes o en la auditoría.

3. **Porcentajes de cumplimiento según nivel de certificación:**

    - **Certificación Nivel Básico**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 70% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 30% de los estándares deseables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **Certificación Nivel Avanzado**
  - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
  - Al menos el 85% de los estándares necesarios.
  - Al menos el 50% de los estándares deseables.

La certificación únicamente se otorgará cuando el establecimiento cumpla simultáneamente con la calificación mínima general, la calificación mínima por eje, los porcentajes establecidos de acuerdo con el nivel de certificación solicitado y un dictamen procedente por parte de la CCEAM.

G. SEGUIMIENTO.

Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continúa cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será cancelado y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.

Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse auditorias aleatorias durante el mismo periodo de tiempo.

H. SITUACIONES NO PREVISTAS.

Las situaciones no previstas dentro de las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Medica, el presente Manual y/o los Criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS se revisarán en las sesiones de la CCEAM.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

VI. EJE ESTRUCTURAL: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

El liderazgo y la gobernanza constituyen la base para construir una organización de salud con sentido estratégico, enfoque ético y cultura de calidad. Este eje estructural evalúa el compromiso de la alta dirección con la mejora continua, la transparencia, la toma de decisiones fundamentada, la participación efectiva de los actores clave y el cumplimiento del marco normativo aplicable.

Una gobernanza efectiva debe asegurar la alineación de los objetivos institucionales con las políticas públicas de salud, garantizar la rendición de cuentas y promover entornos de trabajo seguros, colaborativos y orientados a resultados.

Componente	Estándar	
A. Compromiso de la alta dirección	1	Elaboración del plan estratégico del establecimiento.
	2	Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
	3	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.
	4	Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
	5	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.
B. Gobernanza institucional	1	Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.
	2	Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.
	3	Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.
	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
	5	Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.
	6	Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.
	7	Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.
	8	Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.
	9	Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Gobernanza institucional	10	Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.
	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.
C. Transparencia	1	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.
	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.
	3	Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.
	4	Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.
D. Participación y comunicación institucional	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.
	2	Medición de la cultura de seguridad del paciente.
	3	Implementación de un programa de cultura justa.
	4	Evaluación del clima organizacional.
	5	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.
	6	Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.
	7	Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.
	8	Supervisión ética de la investigación con participación de seres humanos.
	9	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

a. Estándar 1/5. Elaboración del plan estratégico del establecimiento.

1. Guía.

La formulación de un plan estratégico es una responsabilidad fundamental del cuerpo de gobierno y/o de la alta dirección del establecimiento. Este plan permite a la organización de salud orientar sus acciones hacia resultados sostenibles y alineados con su misión, visión y valores. En el entorno hospitalario, donde la toma de decisiones debe responder a complejidades clínicas, regulatorias y operativas, el plan estratégico es el instrumento rector que articula los esfuerzos institucionales.

El proceso debe iniciar con un análisis estructurado del contexto interno y externo, considerando factores políticos, sociales, económicos, regulatorios y tecnológicos, así como las necesidades y expectativas de las partes interesadas clave, como pacientes, familiares, cuidadores primarios, personal, visitantes, entidades gubernamentales, financiadores y comunidades.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento define objetivos estratégicos claros, medibles y alineados con la legislación aplicable vigente y los principios institucionales. Estos objetivos deben incluir explícitamente metas relacionadas con la calidad de la atención y la seguridad del paciente, integrando estas acciones dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Además, el plan estratégico debe especificar las actividades operativas necesarias para su ejecución, incluyendo responsables, recursos requeridos, cronograma, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación. Esta planificación puede ser escalonada o implementada por fases, según el tamaño, complejidad y recursos del establecimiento. La documentación clara, el seguimiento continuo y la asignación de recursos son condiciones esenciales para garantizar la sostenibilidad del plan estratégico y su capacidad de generar impacto institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un plan estratégico institucional documentado, vigente y aprobado por el cuerpo gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(2) El plan estratégico incluye objetivos formulados a partir de un análisis del contexto institucional y de las partes interesadas relevantes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El plan estratégico incorpora metas e indicadores vinculados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(4)Se implementan mecanismos de monitoreo y evaluación periódica del avance del plan estratégico mediante indicadores definidos.
(5)El cuerpo de gobierno o la alta dirección del establecimiento participa activamente en la supervisión y seguimiento de la implementación del plan estratégico.

(A). Referencia de apoyo

- Plan estratégico institucional vigente y aprobado
- Actas de sesiones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento de la organización donde se presenta o valida el plan.
- Análisis FODA o equivalente que documente el contexto y partes interesadas.
- Indicadores de avance y reportes de evaluación del cumplimiento de objetivos.
- Registro de acciones de ajuste o mejora derivadas del monitoreo.
- Documentación del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente (como referencia cruzada).

b. Estándar 2/5. Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

1. Guía.

La gobernanza es un componente fundamental para iniciar, sostener y consolidar una cultura de mejora continua y seguridad del paciente. En los hospitales, la participación del cuerpo de gobierno o la alta dirección del hospital es indispensable para garantizar la implementación de estrategias efectivas de evaluación y mejora, así como para coordinar los esfuerzos entre servicios o áreas y comunicar los avances a todo el personal.

Estas actividades de gobernanza pueden ser ejercidas directamente por el establecimiento (alta dirección) o, en su caso, a través de instancias superiores (cuerpo de gobierno) de la misma institución o grupo, como puede ser un órgano estatal, jurisdiccional, central o corporativo, según la estructura organizativa definida.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe validar las metodologías utilizadas para monitorear, analizar e intervenir en temas de calidad y seguridad del paciente, además de asegurar que todos los procesos estén alineados e integrados para

SIN VALIDEZ OFICIAL

promover la eficiencia. También facilita una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación, y se asegura de la participación de todas las áreas y servicios en los esfuerzos de mejora.

Esta coordinación puede realizarse mediante comités, reuniones operativas u otras estructuras formales.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de participar en la revisión periódica de la información relativa a la seguridad del paciente, incluyendo al menos:

a) La cantidad y el tipo de eventos centinela, eventos adversos, cuasifallas y
b) Las acciones implementadas para mejorar la seguridad en respuesta a dichos eventos.

Esta revisión debe realizarse con una frecuencia no mayor a seis meses y debe permitir la toma oportuna de decisiones preventivas y correctivas.

Asimismo, la comunicación periódica con el personal respecto a los avances y resultados del programa de mejora es esencial para fortalecer la cultura de la organización. Este flujo de información puede realizarse a través de diversos canales, como boletines informativos, carteles, reuniones con el personal, plataformas digitales o mecanismos integrados a los procesos de recursos humanos. Entre los temas comunicados pueden incluirse proyectos de mejora nuevos o concluidos, avances en las acciones esenciales de seguridad del paciente, o resultados del análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas entre otros aspectos relevantes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento participa activamente y se responsabiliza del plan de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
  (1.1) Aprueba el diseño y la implementación del plan.
  (1.2) Supervisa la implementación.
  (1.3) Recibe informes periódicamente y toma medidas basándose en los mismos.

(2) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento valida una estructura y un proceso formal en todo el establecimiento para evaluar los datos, planificar acciones y dar seguimiento a las mejoras de calidad y seguridad del establecimiento; y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento revisa, al menos semestralmente:
  (3.1) La cantidad y tipo de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.
  (3.2) Que se realice el análisis de los eventos centinela dentro de los primeros 45 días de su notificación.
  (3.3) Las acciones correctivas o preventivas implementadas para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en respuesta a dichos eventos.
(4)La información relevante sobre el programa de calidad y seguridad del paciente se comunica de forma regular al personal, por medio de canales institucionales adecuados.

(A). Referencia de apoyo

- Minutas de reuniones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento, comités, reuniones operativas u otras estructuras formales donde se aborden los temas de calidad y seguridad del paciente.
- Planes institucionales de mejora continua validados (plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente) y estructura del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).
- Registros de revisión semestral de eventos adversos y acciones emprendidas.
- Evidencia de sesiones de capacitación para el personal.
- Carteles informativos, boletines, registros de reuniones o comunicados internos.

c. Estándar 3/5. Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.

1. Guía.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del hospital es responsable de asegurar que este funcione de manera eficiente, ética y segura, alineado con el MOCEBPASS.

Su participación se concentra, principalmente, en niveles estratégicos y de toma de decisiones, garantizando que los elementos clave de gobernanza, gestión y operación estén debidamente formalizados, alineados con la misión institucional y supervisados.

Entre sus funciones esenciales se incluyen:

a) Aprobar y difundir la misión institucional, asegurando que incorpore explícitamente el compromiso con la calidad y la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Aprobar programas, políticas y estructuras organizativas que regulen el funcionamiento del establecimiento, incluyendo el manual de organización vigente.
c) Validar y supervisar el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, asegurando su implementación efectiva.
d) Gestionar y/o aprobar el presupuesto anual y asignar los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.
e) Designar formalmente a la persona titular de la dirección o gerencia general del establecimiento, y supervisar su desempeño conforme a los procesos establecidos.

Adicionalmente, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe definir mecanismos formales de comunicación y coordinación con los equipos directivos, que permitan dar seguimiento a los planes estratégicos, facilitar la ejecución operativa y fomentar la mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado formalmente la misión institucional, la cual incluye explícitamente su compromiso con la calidad y la seguridad del paciente; y la revisa periódicamente cuando así corresponda.
(2) La misión institucional se encuentra disponible y se difunde entre el personal y los usuarios del establecimiento.
(3) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado el manual de organización
(4) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado las políticas, los programas de gestión y los procesos necesarios para el funcionamiento del establecimiento.
(5) En los casos en que la autoridad de aprobación se ha delegado, esta delegación se encuentra formalmente definida en los procesos institucionales.
(6) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación, y supervisa la calidad de dichos programas.
(7) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha gestionado/aprobado el presupuesto anual para el funcionamiento del establecimiento y asegura la asignación efectiva de los recursos necesarios para cumplir con la misión institucional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(8)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha designado formalmente a la persona titular de la dirección o gerencia general del establecimiento, según aplique.
(9)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento evalúa el desempeño de la persona titular de la dirección o gerencia general, conforme al proceso que tengan definido.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional de misión y visión aprobado por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Evidencia de difusión de la misión institucional (carteles, comunicados, página web, inducción al personal).
- Manual de organización del establecimiento, validado y vigente.
- Actas o minutas de sesiones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento donde consten aprobaciones relevantes.
- Políticas, programas o planes operativos anuales aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Presupuesto anual aprobado, con desglose de recursos asignados.
- Nombramiento oficial de la persona titular de la dirección o gerencia general del establecimiento.

d. Estándar 4/5 Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

1. Guía.

El liderazgo efectivo es un componente esencial para asegurar que el hsopital funcione de manera eficiente, ética y con base en la legislación aplicable vigente. La persona titular de la dirección o gerencia general es responsable del funcionamiento cotidiano del establecimiento, lo cual incluye entre otras funciones, garantizar el abasto de suministros esenciales, la operación administrativa, el mantenimiento de la infraestructura, la gestión de recursos humanos, financieros, tecnológicos, entre otros, y la gestión efectiva de los procesos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente.

Esta persona debe contar con la formación, experiencia y competencias necesarias para ejercer el cargo, y debe asumir una conducción estratégica, técnica y administrativa que esté alineada con la misión institucional.

La persona titular de la dirección o gerencia general trabaja en coordinación con los equipos directivos y operativos para definir,

SIN VALIDEZ OFICIAL

implementar y supervisar políticas, procedimientos y servicios clínicos, vinculados a la misión. Una vez aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección, es su responsabilidad garantizar su implementación efectiva en todo el establecimiento.

Asimismo, entre sus funciones esenciales se encuentran:

a) Asegurar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
b) Coordinar la atención y seguimiento a informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
c) Los procesos de administración y supervisión de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, entre otros, del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)La persona titular de la dirección o gerencia general gestiona el funcionamiento operativo diario del establecimiento.

(2)La persona titular de la dirección o gerencia general cuenta con la formación, experiencia y competencias requeridas para ejercer sus responsabilidades, conforme al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.

(3)La persona titular de la dirección o gerencia general participa en la formulación y recomendación de políticas institucionales al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(4)La persona titular de la dirección o gerencia general asegura la implementación efectiva de las políticas y procesos aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(5)La persona titular de la dirección o gerencia general verifica y garantiza el cumplimiento de la legislación aplicable vigente en todos los ámbitos de operación del establecimiento.

(6)La persona titular de la dirección o gerencia general coordina la atención y seguimiento de informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.

(7)La persona titular de la dirección o gerencia general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, entre otros, del establecimiento de forma eficiente y conforme a los principios del MOCEBPASS.

(A). Referencia de apoyo

- Descripción del perfil del puesto o documento institucional que establezca las funciones, competencias y requisitos para la persona titular de la dirección o gerencia general.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Currículum, constancias o certificaciones que evidencien la formación, experiencia y competencias de la persona titular del cargo.
- Documento de nombramiento o designación oficial.
- Evidencia documental de políticas institucionales propuestas o formuladas en colaboración con el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Registro de implementación de políticas y procesos aprobados (actas, planes operativos, indicadores de seguimiento).
- Bitácoras o reportes de atención y respuesta a informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
- Documentos que respalden la gestión de recursos humanos, materiales, financiero, tecnológicos, entre otros (informes anuales, matrices de control, indicadores administrativos).

e. Estándar 5/5. Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.

1. Guía.

La definición de los servicios clínicos que brindará un establecimiento debe realizarse con base en el análisis de las necesidades de la población atendida, el contexto operativo y la misión institucional. Esta planeación garantiza que los servicios ofrecidos sean pertinentes, viables y estén alineados con la capacidad resolutiva y con la razón de ser del establecimiento.

El personal clínico y no clínico que ejerce funciones de liderazgo, tienen la responsabilidad de identificar y planear el tipo, alcance, capacidad y complejidad de los servicios que se prestarán para brindar atención integral, ya sea de manera directa, o mediante subrogación o referencia a otros establecimientos.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los planes institucionales documentan los servicios clínicos y de apoyo que se ofrecerán en el establecimiento.

(2) Los servicios definidos son coherentes con la misión institucional, la población atendida y la capacidad resolutiva del establecimiento.

(3) Las personas responsables de áreas participan en la identificación y planeación de los servicios que prestará el establecimiento, de forma directa o subrogada, conforme a las responsabilidades definidas por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

(A). Referencia de apoyo

- Plan institucional o plan estratégico del establecimiento que incluya la descripción de los servicios clínicos y de apoyo que se brindarán.
- Documentos que acrediten el análisis de necesidades de la población atendida (censo de pacientes, prevalencia de enfermedades, demanda histórica, etc.).
- Evidencia de reuniones, minutas o actas donde se documente la participación del liderazgo institucional en la planeación de los servicios.
- Manuales operativos, cartera de servicios, perfiles de atención o catálogos institucionales aprobados.
- Documentación que demuestre la alineación entre la misión institucional y los servicios planeados (por ejemplo, mapa estratégico, misión-visión y su vinculación con programas asistenciales).
- Informes técnicos o diagnósticos situacionales que respalden la justificación clínica, operativa o económica de los servicios definidos.

B. GOBERNANZA INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/11. Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.

1. Guía.

El cumplimiento efectivo de la misión institucional requiere de la participación, coordinada y corresponsable de los distintos liderazgos presentes en los hospitales. Estos liderazgos pueden ser formales (como las personas titulares de direcciones clínicas, administrativas, de enfermería, calidad u otras jefaturas) o bien derivarse del reconocimiento institucional por su experiencia, antigüedad o contribución al funcionamiento del establecimiento.

Cada líder debe asumir, en el ámbito de su responsabilidad, el compromiso de trabajar de forma articulada con el resto del equipo directivo y operativo para garantizar el cumplimiento de la misión institucional. Esto incluye participar en la elaboración de planes, políticas y procedimientos que reflejen los principios institucionales y asegurar su correcta implementación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas líderes del hospital colaboran de forma activa y coordinada para cumplir con la misión del establecimiento.

(2)Las personas líderes del hospital participan, de manera colectiva, en la elaboración de los planes, políticas y procedimientos necesarios para el cumplimiento de la misión, así como, aseguran la implementación y cumplimiento efectivo.

(A). Referencia de apoyo

- Actas, minutas o reportes de reuniones donde se documente la participación del liderazgo institucional en la definición o revisión de la misión, políticas, planes y procedimientos.
- Planes institucionales, manuales o programas operativos en cuya elaboración hayan participado personas que ejercen funciones de liderazgo.
- Listado o estructura organizacional que identifique a las personas con roles de liderazgo formal dentro del establecimiento.
- Documentación que evidencie la coordinación entre áreas para el cumplimiento de la misión (cronogramas, reportes de avance, esquemas de implementación).
- Reportes de seguimiento o indicadores de cumplimiento de políticas institucionales aprobadas.
- Informes internos o auditorías que reflejen el involucramiento del liderazgo en la gestión estratégica.

b. Estándar 2/11. Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.

1. Guía.

La consolidación de una cultura organizacional orientada a la calidad y la seguridad del paciente requiere un liderazgo visible, comprometido y activo desde los niveles más altos del establecimiento.

Para ello, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección del hospital ubica en la estructura organizacional una persona responsable con las competencias necesarias para coordinar de manera continua las actividades de calidad y seguridad. Esta figura debe depender directamente de la dirección o gerencia general del establecimiento, y contar con funciones definidas y nivel jerárquico que permita facilitar el despliegue de acciones transversales.

Su rol es clave para impulsar el cumplimiento del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente; debe liderar, en conjunto con los diferentes líderes clínicos y no clínicos, la implementación de

SIN VALIDEZ OFICIAL

estrategias institucionales de mejora, el monitoreo de procesos, la formación del personal y la consolidación de una cultura de prevención de riesgos centrada en la calidad y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento ha designado formalmente en la estructura organizacional una persona responsable de coordinar las actividades de calidad y seguridad en la atención.

(2)La persona responsable de calidad y seguridad es depende directamente de la alta dirección o gerencia general del establecimiento, y cuenta con el respaldo institucional para desempeñar sus funciones en coordinación con los líderes del establecimiento.

(3)Las funciones y responsabilidades de la persona responsable de calidad y seguridad están documentadas y se encuentran claramente definidas.

(4)La persona responsable del área de calidad cumple con el perfil y las competencias establecidas por el hospital.

(A). Referencia de apoyo

- Organigrama institucional que identifica formalmente la persona responsable de la calidad y seguridad en la atención.
- Documento de nombramiento o designación oficial de la persona responsable del área de calidad y seguridad.
- Evidencia de actividades coordinadas por la persona responsable de calidad (por ejemplo: actas de comités, planes de trabajo, informes de seguimiento).
- Constancias, certificados o evidencia de formación y capacitación en calidad y seguridad del paciente.

c. Estándar 3/11. Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.
– Indispensable –

1. Guía.

En los hospitales, la seguridad de los pacientes depende en gran medida del uso adecuado y oportuno de equipamiento médico, medicamento y demás insumos esenciales para brindar los servicios preventivos, curativos, de diagnóstico y de referencia. Para garantizar una atención segura, efectiva y conforme a la normatividad vigente, el establecimiento debe asegurar que los recursos utilizados estén

SIN VALIDEZ OFICIAL

respaldados por las recomendaciones de autoridades sanitarias y organizaciones profesionales especializadas.
Cada establecimiento debe identificar los equipos médicos, insumos y medicamentos necesarios para operar con calidad y seguridad, de acuerdo a los servicios que ofrece y a su población de pacientes.
Los insumos y recursos deben estar disponibles tanto para la atención programada como para la respuesta a urgencias, en condiciones óptimas de funcionamiento, conservación y trazabilidad.
En caso de que el establecimiento decida incorporar tecnología médica, medicamentos o insumos que no estén formalmente autorizados para uso generalizado (experimentales), deberá contar con un procedimiento formal de revisión y aprobación, así como obtener el consentimiento informado del paciente previo a su utilización. Este proceso debe resguardar los principios éticos, regulatorios y de seguridad clínica aplicables.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica las recomendaciones emitidas por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales respecto al uso de equipos, insumos y medicamentos necesarios para los servicios planeados.

(2) Los equipos, insumos y medicamentos recomendados han sido adquiridos conforme a las necesidades clínicas y operativas del establecimiento y se utilizan de acuerdo con las recomendaciones identificadas, las políticas institucionales y los lineamientos aplicables.

(3) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para revisar y aprobar, antes de su uso, cualquier equipo, insumo o medicamento de carácter experimental, incluyendo el proceso de obtención del consentimiento informado.

(A). Referencia de apoyo

- Referencias normativas y técnicas aplicables, guías nacionales de práctica clínica, lineamientos de autoridades sanitarias y organizaciones profesionales especializadas.
- Evidencia de adquisición de los recursos recomendados (órdenes de compra, contratos, facturas, inventarios).
- Protocolos o manuales de uso clínico que indiquen el empleo correcto de los equipos, insumos y medicamentos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Procedimiento institucional para la revisión y aprobación de tecnología, insumos o medicamentos considerados experimentales.
- Formatos o registros de consentimiento informado específicos para el uso de equipos, insumos o medicamentos experimentales.

d. Estándar 4/11. Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

1. Guía.

Uno de los propósitos fundamentales de un hospital es ofrecer atención segura, efectiva y centrada en los pacientes, aplicando principios de mejora continua de la calidad. Para lograrlo, es indispensable que las personas con roles de liderazgo clínico y no clínico estén capacitadas y comprometidas activamente con la implementación de estas estrategias.

Esto incluye a las personas líderes médicas, de enfermería, técnicas, administrativas u operativas, promotores de salud, según corresponda al tamaño y estructura del establecimiento. Su formación debe abarcar: conocimientos sobre los principios de calidad, seguridad del paciente, enfoque sistémico, gestión del riesgo, cultura justa y análisis de eventos, conceptos y metodologías para la mejora continua.

Además de la capacitación formal, participan de manera activa en las iniciativas institucionales de mejora: comités, análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas, elaboración de planes de mejora, implementación de acciones correctivas, evaluación de procesos, entre otros.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas que ejercen funciones de liderazgo clínico y no clínico en el establecimiento han recibido formación o cuentan con conocimientos documentados sobre los principios básicos de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(2) Las personas líderes participan de forma activa en procesos institucionales relacionados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Constancias, diplomas, registros de asistencia o certificados de formación en calidad, mejora continua y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Contenidos o materiales de las capacitaciones impartidas (internas o externas), incluidos programas, módulos o temas cubiertos.
- Evidencia de participación en procesos de mejora: actas de comités, reportes de análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas, contribución en planes de mejora, seguimiento de indicadores, etc.
- Manuales institucionales o documentos normativos que indiquen la responsabilidad del liderazgo en la implementación de estrategias de calidad y seguridad.

e. Estándar 5/11. Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.

1. Guía.

La capacidad de un hospital para brindar atención segura y continua depende en gran medida de su talento humano capacitado y competente. Por ello, el liderazgo institucional (incluyendo el gobierno y/o alta dirección y a las personas responsables de área) debe participar activamente en la planeación estratégica del personal, promoviendo acciones que aseguren el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la educación continua del equipo de trabajo.

Esta participación incluye la colaboración en el diseño e implementación de procesos que permitan fortalecer el sentido de pertenencia, reducir la rotación y promover el desarrollo profesional del personal clínico y no clínico.

En los casos en que el proceso de reclutamiento, contratación o desarrollo dependa de una instancia externa o centralizada, el establecimiento debe participar conforme a su nivel de responsabilidad institucional: aportando información sobre necesidades, perfiles requeridos, seguimiento del personal o evaluaciones de desempeño, según aplique.

Un entorno organizacional que valora el desarrollo del personal favorece la estabilidad operativa, la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El liderazgo del establecimiento colabora, según su nivel de responsabilidad institucional, en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.

(2) El liderazgo del establecimiento participa en la planeación e implementación de estrategias para la retención del personal,

SIN VALIDEZ OFICIAL

incluyendo acciones que promuevan el sentido de pertenencia y la mejora del clima laboral.

(3)El liderazgo del establecimiento colabora activamente en la planeación del desarrollo profesional y la educación continua del personal clínico y no clínico.

(A). Referencia de apoyo

- Evidencia de participación del liderazgo en la identificación de necesidades de personal (formatos de requerimientos, solicitudes justificadas, perfiles propuestos).
- Actas o reportes de reuniones en las que se aborden estrategias de reclutamiento, retención o desarrollo del personal.
- Planes de retención o mejora del ambiente laboral con participación de responsables locales.
- Programas de capacitación o desarrollo profesional diseñados con participación del liderazgo del establecimiento.
- Indicadores de rotación, ausentismo, satisfacción laboral o cumplimiento de programas de educación continua.
- Registro de acciones o estrategias locales implementadas para fortalecer la estabilidad del personal.
- Correspondencia institucional con áreas centrales relacionada con la gestión de personal (cuando el proceso sea externo al establecimiento).

f. Estándar 6/11. Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.

1. Guía.

En un hospital, las personas que ejercen funciones de liderazgo (clínicas y no clínicas) tienen una responsabilidad fundamental tanto con el establecimiento como con los pacientes. Estas responsabilidades incluyen:

a) Favorecer la comunicación efectiva entre los equipos de trabajo.
b) Participar en la elaboración y actualización de políticas que guían la atención clínica, considerando el contexto social y cultural de la población atendida.
c) Promover el ejercicio ético y profesional en sus actividades.
d) Supervisar la calidad de la atención y contribuir a su mejora continua.
e) Estimular la participación activa de los pacientes en su autocuidado y en la toma de decisiones sobre su salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para poder cumplir con estas funciones, se debe colaborar en el diseño e implementación de una estructura organizacional efectiva, que permita coordinar responsabilidades, líneas de autoridad y mecanismos de supervisión de forma clara y funcional. Esta estructura debe:

i. Incluir a todas las personas que participan en la atención clínica.
ii. Estar alineada con la misión y estructura del establecimiento.
iii. Ser proporcional a la complejidad del servicio y la cantidad de personal profesional involucrado.
iv. Es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

La estructura organizacional debe estar documentada mediante un organigrama actualizado, que represente las relaciones jerárquicas y funcionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con una estructura organizacional documentada que incluye al personal de salud con funciones de liderazgo, tanto clínico como no clínico, y que respalda sus responsabilidades y nivel de autoridad; y se encuentra representada en un organigrama institucional.
(2) La estructura organizacional es adecuada al tamaño, complejidad y operación del establecimiento.
(3) La estructura y los procesos organizacionales respaldan el cumplimiento de las funciones del liderazgo, incluyendo:
  (3.1) La comunicación efectiva entre equipos.
  (3.2) La planeación de servicios y elaboración de políticas.
  (3.3) La supervisión de aspectos éticos.
  (3.4) La supervisión de la calidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo

- Organigrama institucional actualizado, que identifique a las personas o áreas con funciones de liderazgo (clínico y no clínico).
- Documentos que describan la estructura organizacional, roles y niveles de autoridad (manuales de organización, perfiles de puesto, reglamentos internos).
- Evidencia de reuniones, comités o grupos de trabajo en los que el personal líder participe activamente en la planeación, elaboración de políticas o coordinación de procesos.
- Actas, minutas o reportes donde se aborden temas de comunicación, ética, calidad o planificación de servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Políticas institucionales que describan las funciones de liderazgo y sus mecanismos de colaboración o supervisión.
- Registros de acciones coordinadas entre áreas (por ejemplo, entre enfermería, calidad, dirección médica, administración) que evidencien la aplicación de la estructura.

g. Estándar 7/11. Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.

1. Guía.

El desempeño de cada área o servicio dentro de un hospital (ya sea clínico, técnico, administrativo o de apoyo) incide directamente en la calidad y seguridad de la atención. Por esta razón, cada área debe contar con al menos una persona responsable, calificada para ejercer funciones de dirección, supervisión o coordinación, de acuerdo con las necesidades y estructura y cartera de servicios del establecimiento.

La persona designada debe tener la formación, experiencia y competencias necesarias para liderar el área, facilitar la toma de decisiones, garantizar el cumplimiento de procesos y coordinar con otras funciones operativas. En servicios con mayor complejidad o carga operativa, puede haber más de una persona responsable, siempre que las funciones estén definidas y documentadas claramente para evitar ambigüedad en la ejecución.

i. Requerimiento auditable.

(1) Cada área o servicio del establecimiento cuenta con una persona designada para su dirección o coordinación, que posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para ejercer dicha función.

(2) Cuando existe más de una persona responsable del área o servicio, las funciones y responsabilidades de cada una están claramente definidas y documentadas.

(A). Referencia de apoyo

- Documentación oficial de designación de personas responsables de áreas o servicios (oficios, nombramientos, contratos, actas internas, resoluciones).
- Perfiles de puesto o descripciones de funciones que correspondan a las personas designadas.
- Currículo vitae, constancias de estudios, certificados o evidencias de formación, experiencia o competencias de las personas responsables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Manuales de organización, reglamentos internos u organigramas institucionales que reflejen la asignación de responsabilidades.
- Informes o registros de actividades realizadas por las personas responsables (seguimiento de procesos, reportes operativos, participación en comités).

h. Estándar 8/11. Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.

1. Guía.

Las personas responsables de cada área o servicio deben asegurarse de que todo el personal que integra su equipo reciba una inducción al ingresar, y la capacitación necesaria para realizar sus funciones de forma segura y con calidad.

La inducción debe cubrir aspectos esenciales como:

a) La misión del establecimiento, visión y objetivos del área o servicio.
b) Las funciones y responsabilidades del puesto.
c) El alcance de los servicios que se prestan.
d) Las políticas y procesos institucionales, especialmente aquellos vinculados con la calidad y la seguridad del paciente.

Asimismo, siempre que se integren nuevas personas al equipo, o cuando se implementen cambios relevantes en procesos o protocolos, se debe asegurar que el personal reciba la capacitación correspondiente, adaptada a sus funciones y nivel de responsabilidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio han establecido un programa de inducción para el personal bajo su responsabilidad.
(2) Todo el personal de nuevo ingreso ha cumplido con el programa de inducción correspondiente a su área o servicio.
(3) El contenido del programa de inducción incluye aspectos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente acorde a las funciones y nivel de responsabilidad del personal.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describa el programa de inducción vigente.
- Listas de asistencia, constancias o formatos de cumplimiento de inducción para el personal de nuevo ingreso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Contenido temático del programa de inducción (presentaciones, manuales, checklists, materiales informativos).
- Evidencia de que los temas de calidad, seguridad del paciente están incluidos en la inducción.
- Registros de actualización o reinducción del personal ante cambios relevantes en políticas, procesos o protocolos.
- Roles o responsables designados para impartir o coordinar la inducción dentro de cada área o servicio.

i. Estándar 9/11. Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

Las personas responsables de cada área o servicio deben participar activamente en la ejecución del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Esta participación es clave para asegurar que las estrategias del plan se apliquen de forma efectiva en cada proceso o servicio prestado.

La implementación del plan debe considerar:

a) Los riesgos y problemas específicos de cada área o servicio, según corresponda.

b) Los resultados de la evaluación de procesos de atención a través del análisis de los indicadores, quejas o evaluaciones de satisfacción o experiencia del paciente.

c) La evaluación del personal y su desempeño.

d) La evaluación de los servicios subrogados, cuando aplique.

Cada persona responsable debe colaborar desde su ámbito de competencia para que las acciones de mejora se lleven a cabo, se evalúen correctamente y contribuyan a fortalecer la calidad y seguridad de los servicios prestados.

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.

(2)Las personas responsables de área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención, incluyendo el análisis de indicadores, resultados de encuestas de satisfacción, quejas o retroalimentación de pacientes.

(3)Las personas responsables de área o servicio participan en la evaluación del desempeño del personal asignado a sus servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Cuando existen servicios subrogados bajo su responsabilidad, las personas responsables de área participan en su supervisión y en el seguimiento de su desempeño.

(A). Referencia de apoyo

- Evidencia de participación de personas responsables de área en la identificación de riesgos y problemas (actas de reunión, reportes, listas de priorización, matrices de riesgos).
- Documentos que demuestren su colaboración en el análisis de indicadores, encuestas de satisfacción, quejas o reportes de eventos (reportes trimestrales, comités, tableros de indicadores).
- Registros de evaluación de desempeño del personal bajo su coordinación (formatos de evaluación).
- Informes o checklists de supervisión de servicios subrogados realizados por responsables de área.
- Planes de mejora en los que se identifique claramente la participación de personas responsables de área en acciones específicas.
- Minutas o evidencia de reuniones del COCASEP u otros espacios institucionales donde los responsables de área presenten, discutan o den seguimiento a temas del plan.

j. Estándar 10/11. Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.

1. Guía.

El respeto y la promoción de los derechos y obligaciones de los pacientes debe ser impulsado desde la más alta estructura de liderazgo institucional. En los hospitales, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de asegurar que existan mecanismos claros, efectivos y documentados que garanticen su cumplimiento en todos los procesos clínicos y de gestión.

Estos derechos y obligaciones están establecidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y deben formar parte integral de la cultura organizacional.

El liderazgo institucional debe asegurar que estén formalmente adoptados, difundidos y supervisados, y que se traduzcan en políticas, procesos y acciones concretas que involucren a todo el establecimiento. Esto incluye:

a) Informar a los pacientes y sus cuidadores primarios desde su ingreso, mediante canales comprensibles y accesibles, tomando en

SIN VALIDEZ OFICIAL

cuenta su idioma y/o lengua, nivel educativo, nivel de comprensión, edad, discapacidad o contexto cultural.

b) Difundir y capacitar a todo el personal, desde su inducción y formación continua, sobre los derechos y obligaciones, así como su rol en la protección, respeto y promoción.
c) Implementar procesos para atender conflictos o vulneraciones.
d) Vigilar su cumplimiento a través de mecanismos de evaluación y mejora.

El establecimiento debe contar con materiales visibles y herramientas adaptadas (por ejemplo, formatos visuales, intérpretes o traductores) cuando la comunicación verbal o escrita no resulte efectiva, asegurando que todos los pacientes comprendan sus derechos y obligaciones. La promoción institucional es una estrategia clave para fortalecer la confianza de los pacientes, mejorar la calidad de la atención, y consolidar una cultura organizacional centrada en la persona.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con el Decálogo de Derechos y Obligaciones de Pacientes en formatos visibles, accesibles, idioma comprensible y adaptados al público.
(2) Existen acciones implementadas para asegurar el respeto, promoción y cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes durante la atención.
(3) Se cuenta con un proceso definido, implementado y documentado para informar a los pacientes y los cuidadores primarios sobre sus derechos y obligaciones mediante medios accesibles y comprensibles, desde el ingreso y durante su estancia.
(4) Dentro del proceso se incluye cuando la comunicación directa no es efectiva o adecuada, el establecimiento utiliza estrategias alternativas para asegurar que los pacientes comprendan sus derechos y obligaciones.
(5) El personal ha sido capacitado sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y su rol en su protección, respeto y promoción dentro del proceso de atención.

(A). Referencia de apoyo

- Carteles de derechos y obligaciones de los pacientes.
- Guía de información para pacientes o algún medio de difusión.
- Manuales o procesos de difusión de obligaciones y derechos de los pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

k. Estándar 11/11. Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.

1. Guía.

El respeto al marco cultural de los pacientes (compuesto por sus valores personales, costumbres de su comunidad o familiares y creencias espirituales o filosóficas) es una responsabilidad institucional que debe ser impulsada y garantizada por el liderazgo del hospital.

Cada persona interpreta la salud, la enfermedad, el tratamiento y la muerte desde su propio contexto cultural. Estos elementos pueden influir significativamente en la toma de decisiones, la adherencia al tratamiento y la relación con el equipo de salud. Por ello, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento debe asegurar que existan políticas y procesos institucionales que promuevan activamente la identificación, respeto y consideración del marco cultural de los pacientes, no sólo como una práctica clínica, sino como un principio transversal de gestión organizacional.

La identificación del marco cultural debe realizarse desde el ingreso, como parte de la valoración clínica y ser documentada en el expediente del paciente. Esta información debe actualizarse cuando existan cambios relevantes en la situación del paciente o en sus preferencias.

El proceso institucional debe considerar los siguientes aspectos:

a) Valores: autonomía en la toma de decisiones; respeto por la vida; dignidad ante el dolor o la muerte; valor del tiempo en familia; decisiones compartidas con la comunidad; preferencia por cuidados paliativos o medidas agresivas; honestidad como valor central en la relación clínica.

b) Costumbres: horarios de alimentación o de descanso; uso de remedios tradicionales o herbolarios; presencia de familiares en el proceso de atención; rituales cotidianos como rezos, música o vestimenta especial en el hospital; prácticas de autocuidado vinculadas a su entorno cultural.

c) Creencias: religiosas, espirituales o filosóficas que influyen en decisiones clínicas (por ejemplo, rechazo a transfusiones, ayuno, uso de símbolos o rituales), creencias sobre el alma, el cuerpo y la muerte.

El establecimiento debe contar con un proceso formal para responder a necesidades relacionadas con estos aspectos, incluyendo el acompañamiento por personal capacitado. Todo el personal debe ser capacitado sobre su rol en la identificación y respeto del marco cultural, a fin de que su actuación sea congruente con el enfoque centrado en la

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

persona. El respeto por este marco cultural se debe realizar alineado al cumplimiento de la legislación sanitaria vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso institucional para identificar, registrar y actualizar el marco cultural del paciente como parte del expediente clínico.

(2)Existen mecanismos institucionales para respetar y considerar los valores, costumbres y creencias de los pacientes en la atención, cuando corresponde.

(3)El personal está capacitado sobre su rol en la identificación y respeto del marco cultural de los pacientes durante el proceso de atención, y cuenta con su constancia de capacitación en interculturalidad en salud.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento institucional para el registro del marco cultural en el expediente clínico.
- Formatos, secciones o campos dentro del expediente que documentan valores, costumbres y creencias.
- Documentación de adecuaciones realizadas en la atención con base en el marco cultural del paciente.
- Procesos o redes de apoyo que contemplen derivaciones a líderes religiosos, guías espirituales o intérpretes culturales.
- Registros de capacitación al personal sobre diversidad cultural, trato respetuoso y enfoque centrado en la persona.
- Manuales, lineamientos o códigos institucionales que establezcan políticas de respeto a la diversidad cultural.

C. TRANSPARENCIA

a. Estándar 1/4. Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.

1. Guía.

La implementación del MOCEBPASS requiere el compromiso activo del cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento. Esta figura directiva (sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o titular del establecimiento) tiene la responsabilidad de supervisar el funcionamiento general del establecimiento y garantizar que cuente con los recursos necesarios para ofrecer servicios seguros y de calidad a la población usuaria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Entre sus funciones se incluyen la definición, supervisión y cumplimiento de objetivos institucionales relacionados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Para asegurar su impacto y efectividad, dichas responsabilidades deben estar claramente definidas y formar parte de un proceso estructurado de evaluación del desempeño, basado en criterios específicos y alineado con el MOCEBPASS.

La evaluación del desempeño del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento no sólo permite verificar el cumplimiento de sus atribuciones, sino que también fortalece la rendición de cuentas, la mejora continua de la gestión directiva y la toma de decisiones estratégicas informadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se han definido por escrito las responsabilidades del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento, incluyendo aquellas relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente.

(2) Se realiza al menos una evaluación anual documentada del desempeño de las personas que integran el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(3) La evaluación del desempeño incluye aspectos vinculados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que define las responsabilidades del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Informe o instrumento de evaluación anual del desempeño.
- Evidencia de que la evaluación incluye criterios relacionados con calidad y seguridad.
- Actas, reportes o minutas que documenten el análisis de resultados de la evaluación.

b. Estándar 2/4. Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área. – Indispensable –

1. Guía.

Los hospitales pueden complementar su operación mediante servicios subrogados, que son provistos por terceros ajenos al establecimiento. Estos servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, patología, servicios de ambulancia, mantenimiento de equipos biomédicos, farmacia o almacén, limpieza y desinfección

SIN VALIDEZ OFICIAL

especializada, recolección de residuos peligrosos, recolección y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, servicios de esterilización, lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, control de plagas, tecnologías de la información o soporte de sistemas. La responsabilidad de supervisar los servicios subrogados corresponde al cuerpo de gobierno del establecimiento, a la alta dirección y a las personas responsables de área, según la estructura jerárquica y operativa de cada establecimiento.

La calidad de los servicios subrogados tiene un impacto directo en la experiencia de las personas usuarias, si ellos fallan en suministrar productos y/o servicios que cumplan con lo requerido (plazos de entrega, requisitos normativos, etc.) pueden impactar en la seguridad del paciente. Por ello, aunque el proveedor ejecute el servicio, la responsabilidad sobre la calidad del resultado final sigue siendo del establecimiento.

Cada establecimiento debe definir formalmente los criterios y especificaciones de calidad que se espera cumplir en cada servicio subrogado y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor. Estos criterios deben incluir, como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP).

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la supervisión de los servicios subrogados. La periodicidad de esta supervisión será definida por el establecimiento, en función del tipo y la criticidad del servicio, pero deberá documentarse al menos una vez al año. Dicho proceso debe incluir la evaluación del cumplimiento de las especificaciones establecidas, el registro de los resultados y la implementación de acciones correctivas o de mejora cuando se identifiquen desviaciones. Además, el establecimiento debe definir el periodo de seguimiento para reevaluar las desviaciones identificadas; en estos casos, debe determinar y documentar una temporalidad específica para dar seguimiento adicional, de modo que se verifique el cumplimiento efectivo de las acciones correctivas o de mejora implementadas.

Los resultados de la supervisión deben ser comunicados tanto a los responsables internos como a las personas proveedoras del servicio, y formar parte del ciclo de mejora continua del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la supervisión de los servicios subrogados.

(2)Para cada servicio subrogado, se han definido por escrito las especificaciones de calidad, las cuales incluyen al menos los elementos señalados en los incisos a) a d) descritos en la guía.

(3)El establecimiento realiza la supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado, y documenta esta supervisión al menos una vez al año.

(4)Los resultados de la supervisión se comunican a las personas responsables internas y a los proveedores del servicio, y se toman acciones correctivas o de mejora cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describa el proceso de supervisión de servicios subrogados.
- Listado de servicios subrogados activos, con responsables asignados para su seguimiento.
- Registros de supervisiones realizadas (formatos de verificación, listas de cotejo, evidencias documentales de cumplimiento).
- Informes de supervisión con resultados y análisis de cumplimiento.
- Evidencia de comunicación de resultados a líderes internos y personas proveedoras (actas, correos institucionales, reportes de retroalimentación).
- Registros de acciones correctivas o de mejora implementadas como resultado de la supervisión.
- Contratos, convenios o acuerdos con proveedores que incluyan criterios de calidad o cláusulas de cumplimiento.

c. Estándar 3/4. Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.

1. Guía.

Para garantizar que se cuente con espacios físicos adecuados, equipo funcional, personal suficiente u otros recursos esenciales estén disponibles conforme a las necesidades reales de operación, es indispensable que las personas responsables de cada área o servicio participen activamente en la identificación y recomendación de los recursos necesarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esto incluye la evaluación periódica de los requerimientos en cuanto a infraestructura, mobiliario, tecnología médica, número y perfil del personal, y cualquier otro recurso relevante para la operación del área. Estas recomendaciones deben comunicarse a los niveles directivos o administrativos responsables de la gestión de recursos.

Adicionalmente, dado que en ocasiones los recursos disponibles no cubren completamente las necesidades o pueden verse afectados por factores externos (como escasez, fallas técnicas o rotación de personal), cada área debe contar con un proceso definido para actuar ante situaciones de insuficiencia de recursos, de forma que se preserve la seguridad y continuidad de la atención a los pacientes.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio identifican y comunican los recursos necesarios para prestar servicios, incluyendo:
- (1.1) Espacio físico.
- (1.2) Equipamiento médico.
- (1.3) Personal requerido (cantidad y competencias).
- (1.4) Otros recursos específicos según la naturaleza del servicio.

(2) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado que establece la forma en que las personas responsables de cada área o servicio deben actuar ante situaciones de escasez de recursos, con el fin de preservar la seguridad y continuidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo

- Documentos, formatos o reportes mediante los cuales las personas responsables de áreas o servicios comunican sus necesidades de espacio, equipo, personal o recursos específicos (oficios, minutas, sistemas de solicitud interna).
- Listados de requerimientos técnicos u operativos por área, firmados o validados por las personas responsables.
- Evidencia de participación en reuniones de planeación o comités donde se aborden necesidades de recursos (actas, presentaciones, correos institucionales).
- Procesos institucionales para la gestión de escasez de recursos, incluidos planes de contingencia o rutas críticas.
- Manuales o lineamientos internos que definan el proceso de evaluación y solicitud de recursos operativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/4. Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.

1. Guía.

En los hospitales, es importante que el personal profesional que forma parte de cada área o servicio cuente con la preparación, experiencia y competencias necesarias para realizar sus funciones de manera segura y efectiva.

Por eso, las personas responsables de cada área o servicio deben participar en la definición de los criterios que debe cumplir el personal que se integra a sus equipos. Esto incluye aspectos como nivel educativo, conocimientos técnicos, habilidades prácticas, experiencia previa y otros requisitos relevantes para cada función.

Cuando el proceso de contratación no depende directamente del establecimiento, esta participación puede darse a través de la emisión de criterios, revisión de perfiles, entrevistas o recomendaciones, según aplique en el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio participan en la definición o validación de los criterios que debe cumplir el personal profesional que integrará su equipo, incluyendo nivel educativo, conocimientos, habilidades y experiencia.

(2) El establecimiento considera estos criterios para la selección o recomendación del personal profesional asignado a cada área.

(A). Referencia de apoyo

- Documentos institucionales que describan los criterios de selección del personal profesional por área o servicio (perfiles de puesto, matrices de competencias, lineamientos internos, etc.).
- Evidencia de participación de personas responsables de área en la definición o validación de estos criterios (actas de reunión, correos institucionales, reportes de planeación de personal).
- Registros de procesos de selección o recomendación en los que se haya aplicado o considerado la opinión técnica de los responsables de área.
- Solicitudes o propuestas justificadas de incorporación de personal elaboradas por responsables de área.
- Instrumentos de evaluación o entrevistas técnicas aplicadas en procesos de selección con participación del liderazgo del área.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

D. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

a. Estándar I/9. Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.

1. Guía.

Como parte de su responsabilidad institucional, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección y liderazgo del establecimiento deben asegurar que la planificación y organización de los servicios esté alineada con las características, necesidades y contexto sociocultural de la población a la que atienden.

Para ello, el hospital debe contar con un diagnóstico actualizado de su comunidad de referencia, que considere datos demográficos (edades, género, nivel socioeconómico, escolaridad, entre otros), epidemiológicos (como prevalencia de enfermedades crónicas o infecciosas, factores de riesgo asociados, entre otros) y culturales relevantes que pueden influir en el acceso o aceptación de los servicios, así como grupos prioritarios (incluyendo grupos étnicos y poblaciones en situación de vulnerabilidad), barreras de acceso y condiciones sociales que incidan en la salud de la población usuaria.

Este diagnóstico debe orientar las decisiones estratégicas sobre la oferta de servicios y estar acompañado por una estrategia de comunicación institucional activa y continua con la comunidad, a través de medios adecuados al contexto (digitales, impresos, presenciales o comunitarios), para:

a) Informar sobre los servicios disponibles, horarios, y proceso para obtener la atención.
b) Informar sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y organizaciones que reciben o envían pacientes.
c) Fortalecer la relación institucional con actores clave de la comunidad.

La responsabilidad de garantizar este vínculo estratégico con la comunidad debe recaer en el gobierno y liderazgo del establecimiento, quienes deben integrar estos elementos en la planeación institucional, en coherencia con la misión y el compromiso social del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido su área geográfica de influencia y los grupos de población y actores clave que atiende.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se cuenta con un diagnóstico documentado que describe las características demográficas, epidemiológicas, culturales y sociales de la población que atiende.

(3)Existe una estrategia de comunicación institucional vigente, orientada a la comunidad y adecuada a su contexto.

(4)Se proporciona información clara y accesible sobre los servicios, horarios y proceso para obtener la atención.

(5)El establecimiento comunica de forma periódica información relacionada con la calidad de los servicios prestados.

(A). Referencia de apoyo

- Diagnóstico de salud de la comunidad elaborado con base en datos demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales actualizados.
- Registros o reportes de actividades de participación comunitaria o vinculación con actores clave (autoridades locales, organizaciones comunitarias, grupos prioritarios).
- Plan o estrategia de comunicación institucional dirigida a la comunidad, que incluya medios de difusión, públicos objetivo, mensajes clave y periodicidad.
- Materiales informativos utilizados para comunicar a la comunidad sobre los servicios, horarios y proceso de atención (folletos, carteles, redes sociales, sitio web, etc.).
- Evidencia de divulgación de resultados de calidad (boletines, informes, presentaciones públicas) orientados a población usuaria y organizaciones vinculadas.
- Registros de interacción o retroalimentación comunitaria, tales como encuestas de percepción, buzones comunitarios, entre otros.

b. Estándar 2/9. Medición de la cultura de seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

La cultura de seguridad del paciente es un componente esencial en la consolidación de organizaciones seguras, resilientes y comprometidas con la mejora continua. En los hospitales, medir esta cultura permite identificar fortalezas y áreas de oportunidad para fortalecer el cuidado, reducir riesgos y tomar decisiones estratégicas basadas en evidencia.

La cultura de seguridad del paciente se define como el producto de valores, percepciones, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y colectivos que reflejan el compromiso institucional y la

SIN VALIDEZ OFICIAL

manera en que el establecimiento gestiona la seguridad del paciente. Una cultura positiva se caracteriza por la existencia de comunicación fundamentada en la confianza mutua, percepción compartida de la importancia de la seguridad y reconocimiento de la eficacia en las medidas preventivas.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe asegurar que esta cultura se mida, al menos una vez al año, conforme a lo establecido en la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente (AESP 8) mediante instrumentos validados. De los instrumentos de referencia son la encuesta desarrollada por la Agencia para la Investigación en Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ), o la versión adaptada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), las cuales permiten:

a) Sensibilizar al personal sobre la importancia de la seguridad del paciente.
b) Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad en el establecimiento.
c) Identificar áreas de fortaleza y mejora de la cultura de seguridad del paciente.
d) Medir los cambios en la cultura institucional a lo largo del tiempo.
e) Evaluar el impacto de intervenciones y estrategias implementadas para la seguridad del paciente.
f) Comparar resultados dentro del propio establecimiento o con otras instituciones similares.

La aplicación de esta medición debe considerar a personal clínico y no clínico, incluir todos los turnos y representar a las distintas funciones operativas. Los resultados obtenidos deben analizarse y utilizarse para priorizar áreas de mejora y definir las estrategias para mejorar las prioridades identificadas. La información obtenida se toma en cuenta para el diseño de los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS, en especial al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para medir y analizar la cultura de seguridad del paciente.
(2) Se ha definido el cuestionario validado que será utilizado para llevar a cabo la medición.
(3) Se ha determinado una muestra representativa, que incluye personal clínico y no clínico de todos los turnos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El cuestionario se aplica conforme a la periodicidad definida en la AESP 8.
(5)Los resultados de la medición se analizan de manera documentada anualmente.
(6)Se identifican prioridades de mejora con base en el análisis de los resultados.
(7)Se diseñan e implementan acciones y estrategias institucionales dirigidas a mejorar dichas prioridades.
(8)La información obtenida se vincula con los procesos clínicos y de gestión, y se integra al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que avale la implementación de la AESP 8.
- Encuesta AHRQ u otro instrumento validado de medición de cultura de seguridad.
- Procedimiento documentado para la medición.
- Criterios de selección de muestra.
- Resultados analizados de las mediciones anteriores.
- Planes de mejora derivados de las prioridades identificadas.
- Registro de acciones implementadas.

c. Estándar 3/9. Implementación de un programa de cultura justa.

1. Guía.

La cultura justa reconoce que los errores en los procesos de atención a la salud son en gran parte resultado de sistemas complejos e inseguros, y que las personas, aun actuando con buena intención, pueden cometer errores. Promueve un equilibrio en la responsabilidad individual y de la organización, el tratamiento que se le da a los actos cometidos (considera tanto las circunstancias como la intención), los conocimientos entre otros, para determinar las acciones ya sean individuales o institucionales, en un entorno de aprendizaje y mejora continua.

Un establecimiento con cultura justa distingue entre conductas humanas aceptables e inaceptables. No se castigan los errores derivados de decisiones razonables o de fallos del sistema; sin embargo, se actúa de forma proporcional ante conducta temeraria, incumplimientos intencionales o conductas de riesgo no justificadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El objetivo del programa de cultura justa es generar un ambiente de confianza en el que las personas puedan reportar errores, incidentes o condiciones inseguras sin temor a represalias. Esta apertura permite analizar los factores contribuyentes, fortalecer los procesos y prevenir daños futuros.

El programa de cultura justa debe estar formalmente adoptado, implementado por personas calificadas, y contener directrices claras sobre la clasificación de conductas (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria) y sus respectivas respuestas organizacionales. Su implementación debe formar parte integral del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

El programa debe contemplar al menos los siguientes elementos:

a) Declaratoria de compromiso del liderazgo: Documento firmado y difundido institucionalmente en el que el liderazgo asume públicamente su compromiso con la cultura justa, promueve su adopción y garantiza su sostenibilidad mediante apoyo operativo, técnico y simbólico.
b) Análisis de resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente y de cultura justa: El programa parte de los hallazgos de la evaluación institucional de la cultura de seguridad y de cultura justa, utilizando sus resultados para identificar oportunidades de fortalecimiento y orientar las actividades de sensibilización, formación y ajuste de procesos.
c) Capacitación en cultura justa y gestión organizacional del error: Formación obligatoria y documentada para todo el personal (clínico y no clínico), enfocada en los principios de la cultura justa, tipos de conducta, toma de decisiones seguras y el rol de los sistemas en la ocurrencia de errores.
d) Fortalecimiento del enfoque no punitivo en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad: Integración explícita de los principios de cultura justa en el sistema institucional de notificación, garantizando la confidencialidad, protección del personal notificante y una respuesta centrada en el análisis sistémico y el aprendizaje, no en la sanción.
e) Evaluar las conductas del personal de salud y respuestas organizacionales: Inclusión de un marco formal que permita clasificar la conducta involucrada en un incidente relacionado con la seguridad (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria), con criterios claros para la aplicación de medidas tanto individuales como organizacionales de forma proporcional y ética.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Proporcionar apoyo a las segundas víctimas: Definición de un mecanismo institucional formal para brindar apoyo emocional, psicológico y organizacional al personal de salud que ha estado involucrado en un evento relacionado con la seguridad del paciente y que experimenta impacto emocional o afectación funcional como resultado del mismo.
g) Indicadores del programa: Definición y monitoreo de indicadores específicos relacionados con el programa, como el número de reportes gestionados con enfoque justo, resolución de casos según tipificación de conductas o percepción del personal sobre la equidad organizacional.
h) Reevaluación periódica del programa: Evaluación formal y documentada de la implementación, efectividad y áreas de mejora del programa, con base en los resultados de sus indicadores, los eventos gestionados y la percepción del personal, con ajustes programados según necesidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha adoptado formalmente un programa de cultura justa como parte del modelo de gestión de calidad y seguridad del paciente.
(2) Existe una declaratoria institucional de compromiso del liderazgo con la cultura justa, firmada y difundida.
(3) El programa de cultura justa utiliza los resultados de la evaluación institucional de la cultura de seguridad del paciente y cultura justa para definir sus prioridades y acciones.
(4) El personal del establecimiento ha recibido capacitación sobre los principios de cultura justa, gestión del error y tipos de conducta.
(5) El sistema institucional de notificación de eventos adversos y cuasifallas ha incorporado principios de cultura justa que fortalecen el enfoque no punitivo.
(6) El programa incluye un marco de evaluación de conductas (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria) y establece respuestas individuales y organizacionales proporcionales.
(7) Se han definido e implementado indicadores específicos para el seguimiento del programa.
(8) Se realiza una evaluación periódica documentada del programa, con base en sus indicadores, y se aplican ajustes conforme a los hallazgos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional del programa de cultura justa, vigente y aprobado formalmente.
- Declaratoria firmada de compromiso del liderazgo institucional con la cultura justa (circulares, comunicados, actas de sesión, medios internos de difusión).
- Informe de resultados de la evaluación institucional de la cultura de seguridad del paciente y la cultura justa, así como evidencia de su uso en el diseño del programa.
- Listas de asistencia, constancias y contenidos de capacitación impartida sobre cultura justa, gestión del error y toma de decisiones seguras.
- Procedimiento o evidencia de adecuación del sistema de notificación de eventos adversos con incorporación del enfoque no punitivo.
- Documento que describe la tipificación de conductas (error humano, conducta riesgosa, negligencia intencional) y las acciones organizacionales asociadas.
- Registro de indicadores específicos del programa y reportes de monitoreo.
- Informe de evaluación periódica del programa y plan de mejora derivado de dicha revisión.
- Indicadores definidos por el establecimiento, que pueden incluir, entre otros:
  - Porcentaje de incidentes con clasificación de conducta temeraria o riesgosa.
  - Resultados de la evaluación periódica de la cultura justa y la cultura de seguridad.
  - Porcentaje de incidentes en los que la organización respaldó una decisión clínica bajo circunstancias adversas que no le permitieron tomar la conducta ideal.
  - Número de casos identificados como segundas víctimas y porcentaje de ellos que recibieron apoyo formal.
  - Comparativo de implementación del programa entre áreas clínicas, para identificar oportunidades de mejora y madurez organizacional.

d. Estándar 4/9. Evaluación del clima organizacional.

1. Guía.

El clima organizacional se refiere a la percepción colectiva que tienen las personas que laboran en una institución sobre su entorno de

SIN VALIDEZ OFICIAL

trabajo. Este incluye aspectos como la comunicación interna, el estilo de liderazgo, la participación del personal en la toma de decisiones, el reconocimiento, la carga laboral, las condiciones físicas y emocionales del ambiente laboral, así como la percepción de justicia organizacional. En hospitales, el clima organizacional es un factor determinante para la retención del talento, la calidad del servicio, el compromiso institucional y, de forma directa o indirecta, la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que un entorno laboral positivo y participativo mejora los resultados clínicos y reduce los eventos adversos.

El hospital debe contar con un proceso documentado para medir el clima organizacional de manera periódica, empleando una herramienta estandarizada, válida y confiable. Esta medición debe realizarse al menos cada dos años e incluir a todo el personal, tanto clínico como no clínico. La participación voluntaria, la confidencialidad y la retroalimentación de los resultados a los participantes son principios clave en el proceso.

Además, el análisis de los resultados debe estar vinculado con acciones de mejora institucional que busquen atender las áreas críticas detectadas. El uso de un tercero externo especializado puede aportar objetividad, confiabilidad y confidencialidad al proceso, constituyendo una buena práctica institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la evaluación del clima organizacional.
(2) Se ha aplicado una herramienta estandarizada de medición del clima organizacional, al menos una vez en los últimos dos años.
(3) La evaluación incluyó a personal clínico y no clínico, considerando distintas funciones y turnos.
(4) Los resultados de la evaluación fueron analizados y documentados institucionalmente.
(5) Se han definido e implementado acciones institucionales derivadas del análisis del clima organizacional.
(6) Se cuenta con evidencia de comunicación institucional de los resultados y/o planes de acción derivados del proceso.
(7) Cuando corresponde, se documenta que la evaluación fue realizada por un tercero externo especializado.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento institucional para la evaluación del clima organizacional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Instrumento de medición validado (por ejemplo, Great Place to Work, Gallup Q12, Denison, Cuestionarios ISO 10018).
- Reportes de análisis de resultados del clima organizacional.
- Actas o planes institucionales de mejora derivados de los hallazgos.
- Evidencia de implementación de acciones (p. ej., encuestas de seguimiento, capacitaciones, ajustes organizacionales).
- Comunicados internos con resultados o avances del plan de mejora.

e. Estándar 5/9. Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.

1. Guía.

Situar a la persona usuaria en el centro del sistema de salud implica comprender su experiencia de manera integral. La experiencia del paciente abarca no solo la atención clínica recibida, sino también el entorno físico, la comunicación, la coordinación de los servicios y la interacción con todo el personal a lo largo del proceso de atención, incluso puede abarcar la experiencia antes y después del contacto con el establecimiento.

Según la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la experiencia del paciente se refiere a todas las interacciones que un paciente tiene con el sistema de atención, incluyendo el acceso, la atención recibida y el trato de las y los profesionales de la salud. Por ejemplo, medir la experiencia puede incluir: obtención de citas oportunas, facilidad para comprender la información brindada, continuidad de la atención entre visitas o sesiones, participación del paciente en la toma de decisiones de su tratamiento

A diferencia de la satisfacción, que expresa una percepción subjetiva, la experiencia del paciente se basa en elementos tangibles y medibles de la atención médica. Es importante distinguir entre satisfacción del paciente y experiencia del paciente, ya que, aunque ambos términos suelen usarse indistintamente, en realidad se refieren a conceptos distintos. La satisfacción expresa el nivel de complacencia respecto a la atención recibida y está influida por expectativas individuales; en cambio, la experiencia del paciente se centra en aspectos objetivos del proceso de atención. Una persona puede sentirse satisfecha a pesar de haber tenido una experiencia negativa, o puede haber tenido una experiencia positiva, aunque sus expectativas no hayan sido totalmente cumplidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Medir la experiencia del paciente permite al establecimiento identificar fortalezas y áreas de mejora desde la perspectiva de quienes reciben la atención. La medición puede realizarse mediante encuestas validadas, entrevistas estructuradas, grupos focales u otros métodos definidos por el establecimiento, considerando su contexto, población atendida y recursos disponibles. La clave está en utilizar la información recolectada para analizar causas, rediseñar procesos y aplicar estrategias que mejoren la experiencia del paciente de forma continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes.

(2) La experiencia del paciente se mide de forma regular durante todo el año mediante una herramienta estandarizada, adecuada al contexto del establecimiento.

(3) La información recolectada sobre la experiencia del paciente se analiza para identificar oportunidades de mejora en los procesos y se utiliza para implementar estrategias institucionales de mejora.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describa el proceso para la medición de la experiencia del paciente.
- Instrumento estandarizado utilizado para la medición (encuesta validada, guía de entrevista, formato de grupo focal, etc.).
- Evidencia de aplicación periódica del instrumento (cronograma, registros de aplicación, muestras aplicadas).
- Bases de datos o reportes generados con los resultados de las mediciones realizadas.
- Análisis de resultados y reportes de oportunidades de mejora derivadas de la evaluación de la experiencia del paciente.
- Documentación de estrategias implementadas en respuesta a los hallazgos (planes de mejora, acciones correctivas, campañas, rediseños de procesos).
- Actas de reuniones, comités o equipos que analicen o tomen decisiones en función de los resultados.

f. Estándar 6/9. Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.

1. Guía.

La coordinación e integración de servicios es fundamental para ofrecer una atención segura y de calidad en un hospital. Cuando los equipos

SIN VALIDEZ OFICIAL

multidisciplinarios trabajan de forma organizada y colaborativa, los procesos fluyen con mayor eficiencia, se evitan errores o duplicaciones, y se optimiza el uso de los recursos disponibles.
Esto implica que haya comunicación clara y efectiva entre las personas responsables de los distintos servicios, cada profesional debe contribuir al cuidado de la persona usuaria desde su rol específico, pero siempre de manera articulada con el resto del equipo.
La coordinación multidisciplinaria es particularmente crítica en los establecimientos, donde el trabajo conjunto de diversos equipos (que incluyen personal clínico y no clínico) es indispensable para garantizar la continuidad y seguridad del tratamiento, el cumplimiento de los protocolos de atención y la satisfacción de los pacientes.
Esta coordinación debe darse tanto al interior de cada servicio o área (entre sus integrantes), como entre diferentes servicios, promoviendo una visión de sistema que elimine la fragmentación, fomente la corresponsabilidad y mejore la eficiencia organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se evidencia la coordinación y la integración del trabajo entre las personas que conforman cada servicio o área del establecimiento.
(2) Se evidencia la coordinación y la integración entre distintos servicios o áreas del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Documentos que describan los procesos de coordinación interna entre servicios (protocolos de atención, manuales operativos).
- Actas, minutas o evidencias de reuniones periódicas entre equipos clínicos y no clínicos para la toma de decisiones conjuntas o seguimiento de casos.
- Registros de comunicación institucional entre servicios o áreas (correos institucionales, formatos de referenciación interna, reportes de coordinación).
- Evidencia de actividades o proyectos que involucren colaboración entre distintos servicios (planes de mejora, comités multidisciplinarios, capacitaciones conjuntas).
- Indicadores o reportes que reflejen mejoras asociadas a la coordinación entre áreas (reducción de duplicidades, continuidad del tratamiento, cumplimiento de protocolos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/9. Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.

1. Guía.

Los hospitales tienen la responsabilidad ética y legal de asegurar que todas sus acciones (clínicas, administrativas y comerciales) se lleven a cabo con integridad, equidad y respeto a los derechos de los pacientes, su personal y su comunidad. Para lograrlo, el establecimiento debe contar con un marco institucional para el manejo ético, que oriente la conducta de su personal y garantice la protección de los pacientes.

Este marco debe incluir principios y lineamientos para:

a) La resolución de conflictos de interés (comerciales, contractuales, profesionales, entre otros).
b) La divulgación clara y honesta de los servicios que ofrece el establecimiento.
c) Políticas claras para la admisión, transferencia y alta.
d) La mercadotecnia institucional, sin prácticas engañosas o que generen falsas expectativas.
e) La facturación y cobro de servicios de forma precisa y transparente.
f) La resolución de conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

Además, el marco ético debe respaldar la toma de decisiones clínicas en situaciones complejas o dilemas éticos, ofreciendo al personal mecanismos de consulta y apoyo.

Para ello, el establecimiento debe contar (directamente o a través de instancias regionales o institucionales) con un grupo interdisciplinario o comité que tenga las siguientes funciones:

i. Analizar, orientar y apoyar en la toma de decisiones sobre dilemas éticos relacionados con la atención.
ii. Resolver conflictos que puedan comprometer el bienestar de los pacientes.
iii. Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas en atención y gestión.

Este marco debe estar alineado con la normatividad aplicable y ser conocido por el personal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un marco institucional para el manejo ético que protege los derechos de los pacientes y guía la atención clínica y la gestión administrativa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El marco ético contempla políticas claras y documentadas sobre admisión, transferencia, alta, facturación, mercadotecnia, divulgación de servicios y resolución de conflictos de interés.
(3)El marco ético institucional incluye políticas claras y documentadas sobre los lineamientos descritos en los incisos a) a f).
(4)El establecimiento implementa acciones para cumplir con los lineamientos contenidos en los incisos a) a f), incluyendo mecanismos de resolución y supervisión.
(5)Existe un equipo o mecanismo interdisciplinario responsable de analizar, discutir y dar seguimiento a situaciones éticas relacionadas con la atención.
(6)El personal que enfrenta dilemas éticos en la atención clínica cuenta con respaldo institucional y tiene acceso oportuno a mecanismos de orientación, consulta o apoyo.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe el marco ético vigente (manual, código, política o lineamiento ético-institucional).
- Políticas o procesos específicos sobre admisión, transferencia, alta, facturación, mercadotecnia y divulgación de servicios.
- Documentación sobre la resolución de conflictos de interés o situaciones éticamente sensibles (actas, oficios, reportes de análisis).
- Actas, informes o evidencias del funcionamiento del comité o grupo interdisciplinario que da seguimiento a temas éticos.
- Registros de orientación brindada al personal ante dilemas éticos (consultas documentadas, acompañamiento de casos, asesoría ética).
- Materiales de difusión interna del marco ético (carteles, correos institucionales, sesiones informativas, capacitaciones).
- Registro de actualización del marco ético alineado con la normatividad aplicable.

h. Estándar 8/9. Supervisión ética de la investigación con participación de seres humanos. – Indispensable –

1. Guía.

Cuando en el hospital se llevan a cabo investigaciones que involucran la participación de seres humanos, se debe contar con un Comité de Ética en Investigación que supervise todas las actividades correspondientes. Este comité tiene la función de asegurar el

SIN VALIDEZ OFICIAL

cumplimiento de principios éticos, normativos y científicos aplicables a la investigación en salud.

El comité debe estar conformado de manera interdisciplinaria, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 41 Bis de la Ley General de Salud, y actuar conforme a la legislación y lineamientos aplicables en materia de bioética y protección de derechos humanos.

El comité será responsable de:

a) Evaluar y dictaminar los protocolos de investigación en seres humanos.
b) Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan.
c) Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.
d) Supervisar todos los protocolos de investigación.
e) Definir y llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.

Además, toda investigación que así lo requiera debe contar con la autorización de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), conforme a lo estipulado por la normatividad vigente.

Este estándar garantiza que la investigación se desarrolle dentro de un marco de respeto a la dignidad, seguridad, confidencialidad y bienestar de los pacientes participantes, fortaleciendo la integridad científica y ética del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un Comité de Ética en Investigación formalmente constituido conforme a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

(2)El Comité de Ética en Investigación es responsable de las funciones comentadas en el inciso a) al e) de la guía.

(3)Las investigaciones clínicas que así lo requieren cuentan con las autorizaciones emitidas por COFEPRIS, de conformidad con la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo

- Acta de constitución y reglamento interno del Comité de Ética en Investigación.
- Registro de integrantes del comité, acreditando su carácter interdisciplinario.
- Protocolos de investigación con dictamen ético firmado y supervisión documentada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Guías y lineamientos éticos institucionales emitidos por el comité.
- Procedimientos documentados sobre análisis de riesgos, beneficios y protección de datos.
- Autorizaciones de COFEPRIS cuando son requeridas.

i. Estándar 9/9. Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.

1. Guía.

En los hospitales, los pacientes y sus cuidadores primarios tienen el derecho a expresar libremente sus quejas, desacuerdos o preocupaciones relacionadas con la atención recibida. Estas manifestaciones no deben considerarse como confrontación, sino como oportunidades para mejorar la calidad del servicio, fortalecer la confianza institucional y asegurar una atención centrada en la persona. El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional que:

a) Informe a los pacientes y cuidadores primarios sobre cómo presentar una queja o expresar una diferencia de opinión.
b) Incluya mecanismos de análisis, seguimiento y resolución de manera oportuna de las quejas, conflictos o desacuerdos, siempre que sea posible.
c) Permita la participación de los pacientes y sus cuidadores primarios en el proceso de resolución, cuando corresponda.
d) Defina tiempos específicos de respuesta, conforme a los compromisos institucionales de calidad y trato digno, y toma como referencia los lineamientos aplicables vigentes.

Este proceso debe estar alineado con la cultura de derechos del paciente, con un enfoque no punitivo, y debe incluir mecanismos para identificar patrones y tendencias que puedan ser objeto de mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para que los pacientes y sus cuidadores primarios puedan expresar quejas, conflictos o diferencias de opinión sobre la atención recibida.

(2) Se informa a los pacientes y cuidadores primarios, de forma accesible y comprensible, sobre este proceso desde el inicio de la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El proceso contempla tiempos de respuesta, los cuales son conocidos por los usuarios y supervisados por el establecimiento.
(4)El establecimiento investiga y da seguimiento las quejas, conflictos y diferencias de opinión con base en el proceso definido y, de ser posible, se resuelven dichas situaciones de forma oportuna.
(5)El paciente y su cuidador primario participan en el proceso de resolución, cuando así lo requieran o sea pertinente.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento institucional documentado para la recepción, análisis, seguimiento y resolución de quejas, conflictos o diferencias de opinión.
- Formatos, buzones físicos o digitales, plataformas o medios establecidos para la recepción de quejas (formularios, correos, códigos QR, etc.).
- Materiales informativos visibles y accesibles para los pacientes y cuidadores primarios (carteles, trípticos, señalética, videos institucionales).
- Registro o bitácora de quejas, conflictos o diferencias de opinión, con fechas, descripciones, responsables asignados y resolución final (cuando aplique).
- Evidencia de que se informa a los pacientes sobre este proceso desde su ingreso (checklist de ingreso, hoja de derechos, formatos de orientación).
- Indicadores de cumplimiento de tiempos de respuesta y reportes de supervisión sobre el proceso.
- Actas, minutas o reportes de reuniones de seguimiento de quejas o comités relacionados.
- Registros que evidencien la participación del paciente y su cuidador primario en la resolución de sus inconformidades (cuando corresponda).
- Análisis de tendencias, reportes consolidados o acciones de mejora derivadas de las quejas recibidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

VII. EJE ESTRUCTURAL: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La administración efectiva de la información es fundamental para la toma de decisiones clínicas, operativas y estratégicas. Este eje estructural evalúa la capacidad del establecimiento para gestionar datos de manera segura, accesible, íntegra y útil, garantizando su disponibilidad oportuna y el cumplimiento de normativas aplicables en materia de protección de datos y sistemas de información.

Componente	Estándar	
A. Gestión de datos e información institucional	1	Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.
	2	Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.
	3	Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.
	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.
	5	Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.
	6	Conservación de los datos e información institucional.
	7	Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.
	8	Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.
	9	Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.
B. Gestión documental y sistemas de información	1	Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.
	2	Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.
	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.
	4	Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.
	5	Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.
	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.
C. Monitoreo y análisis de información	1	Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.
	2	Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.
	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.
	4	Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
D. Comunicación y acceso a la información	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.
	2	Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.
	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.
	4	Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.
	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.
	6	Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

A. GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/9. Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.

1. Guía.

La información generada en un hospital es clave para brindar atención segura, coordinar al equipo de trabajo y tomar decisiones efectivas. Para asegurar que esta información, que incluya tanto los datos clínicos como los administrativos y operativos, sea útil, confiable y accesible, el establecimiento debe contar con un proceso institucional para su gestión.

Este proceso debe incorporar los aportes y necesidades de diferentes fuentes, tales como:

a) El personal clínico y no clínico que genera y consulta datos en la atención diaria.
b) Las personas líderes responsables de las áreas y servicios.
c) Y los actores externos que requieren información institucional, como aseguradoras, autoridades sanitarias, servicios subrogados u otros prestadores.

Además, el proceso debe tomar en cuenta:

i. La misión y servicios que ofrece el establecimiento.
ii. El nivel de complejidad y tamaño del establecimiento.
iii. Los recursos humanos y tecnológicos disponibles, asegurando usabilidad, accesibilidad y utilidad en todos los niveles de operación.
iv. La necesidad de facilitar la comunicación efectiva entre los equipos multidisciplinarios.
v. La legislación aplicable vigente.

Finalmente, es necesario definir qué datos e información deben gestionarse de forma estandarizada para que puedan agruparse, categorizarse y analizarse, facilitando la identificación de patrones y tendencias.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido los datos e información que deben ser gestionados de forma estandarizada, de acuerdo con su relevancia clínica y operativa.

(2)Se cuenta con un proceso documentado e implementado para la gestión de datos e información.

(3)El proceso para la gestión de la información toma en cuenta las necesidades de las fuentes mencionadas en los incisos a) al c).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El proceso considera la misión, los servicios ofrecidos, los recursos disponibles, el nivel de complejidad del establecimiento y la legislación aplicable vigente.
(5)El proceso permite organizar y analizar la información para identificar patrones, tendencias y oportunidades de mejora.

(A) Referencia de apoyo

- Documento institucional que define los datos e información que deben gestionarse de forma estandarizada.
- Documento institucional que defina el proceso para la gestión de información clínica y administrativa.
- Evidencia de participación del personal clínico, administrativo y de gestión en el diseño del proceso de información.
- Ejemplos de informes institucionales que reflejan la agrupación, categorización o análisis de datos.
- Indicadores o reportes que muestran el uso de la información para la mejora de procesos o la toma de decisiones.

b. Estándar 2/9. Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.

1. Guía.

La información generada y utilizada en un hospital puede contener datos sensibles que requieren medidas específicas de protección. Esta información incluye tanto contenidos clínicos como administrativos, operativos, financieros o relacionados con el personal, cuya difusión o uso indebido puede afectar los derechos de los pacientes o del equipo de salud.

El establecimiento debe identificar, a través de un análisis multidisciplinario, qué información será considerada confidencial. Esto puede incluir:

a) Los expedientes clínicos.
b) Información sobre el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
c) Datos personales, financieros o contractuales del personal o de los pacientes.
d) Información generada por proyectos de investigación, entre otros.

Con base en esta identificación, el establecimiento debe definir un proceso documentado que regule el acceso, manejo, almacenamiento y protección de dicha información. Este proceso debe contemplar tanto medidas técnicas como administrativas y debe alinearse con la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Asimismo, se debe establecer un mecanismo para garantizar que los pacientes puedan acceder, de forma segura y controlada, a su propia información, asegurando la confidencialidad de otros pacientes o terceros.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado, mediante un análisis multidisciplinario, qué datos clínicos y no clínicos son considerados confidenciales.

(2) Se define un proceso institucional documentado e implementado para proteger la confidencialidad de esta información, conforme a la legislación aplicable.

(3) El establecimiento supervisa el cumplimiento del proceso para garantizar su aplicación.

(4) El personal conoce y aplica las medidas establecidas para garantizar la confidencialidad de la información.

(5) El establecimiento ha definido un proceso documentado, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que los pacientes puedan acceder a su información.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que identifica y clasifica los tipos de información confidencial en el establecimiento.
- Procedimiento documentado que regula el acceso, manejo, almacenamiento y resguardo de la información confidencial.
- Registros de sesiones de capacitación al personal sobre confidencialidad y manejo de información sensible.
- Evidencia de implementación de medidas técnicas y administrativas para garantizar la confidencialidad (controles de acceso, resguardo físico/digital, autorizaciones).
- Auditorías, supervisiones o reportes institucionales que verifiquen el cumplimiento del proceso de protección de la confidencialidad.
- Procedimiento documentado para garantizar que los pacientes puedan acceder a su información clínica.
- Registros de solicitudes y respuestas de acceso a información por parte de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/9. Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.

1. Guía.

La seguridad de la información es una responsabilidad fundamental en los hospitales. Para garantizar que los datos no se alteren, pierdan o utilicen de forma indebida, el establecimiento debe definir e implementar medidas que aseguren la seguridad e integridad de toda la información generada.

Estas medidas deben establecer qué datos son sensibles o críticos, quién puede acceder a ellos y qué condiciones deben cumplirse para su consulta, modificación o resguardo. El acceso debe definirse con base en el perfil del personal, su función específica y su nivel de responsabilidad, incluyendo al personal en formación.

El proceso debe especificar:

a) Qué datos e información tiene acceso el personal.
b) Las responsabilidades del personal sobre el resguardo, integridad y manejo de los datos e información.
c) Y las acciones que se deben seguir en caso de una violación a la confidencialidad, seguridad o integridad de los datos e información.
d) Las medidas toman en cuenta todos los datos e información que genera el establecimiento, incluyendo lo relacionado con el plan de mejora de calidad y seguridad del paciente.

Un aspecto importante es asegurar que solo el personal autorizado pueda ingresar información al expediente clínico, y que exista trazabilidad sobre cada acceso o modificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido procesos institucionales documentados para garantizar la seguridad e integridad de los datos e información generados, incluyendo niveles diferenciados de seguridad según su clasificación.

(2) Se identifican las personas autorizadas para acceder a cada tipo de información, conforme a su función, y se garantiza que el acceso esté restringido según los niveles definidos.

(3) El proceso está implementado y cuenta con mecanismos de supervisión periódica para verificar su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento documentado para la gestión de la seguridad e integridad de la información clínica y no clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Matriz de clasificación de la información por niveles de sensibilidad o acceso.
- Registro de personal autorizado para acceder a cada categoría de información, conforme a funciones o perfiles.
- Evidencia de restricciones técnicas y administrativas de acceso a sistemas (bitácoras, contraseñas, roles, permisos).
- Registros de capacitación al personal sobre manejo seguro de información y protección de datos.
- Informes o actas de supervisión interna del seguimiento del proceso de seguridad e integridad de la información.

d. Estándar 4/9. Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente. – Indispensable –

1. Guía.

Los hospitales están obligadas a proteger la información personal que recaban, almacenan o transfieren durante la prestación de servicios, conforme a la legislación aplicable vigente.

Deben garantizar el respeto a los principios de licitud, consentimiento, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad en el uso de la información de sus pacientes, personal y otros actores relacionados con su operación. Para garantizar este cumplimiento, el establecimiento debe establecer un marco institucional para la protección de datos personales, con base en un análisis multidisciplinario, que contemple:

i. La identificación de manera multidisciplinaria de los procesos, momentos, responsables y áreas involucradas en el tratamiento de datos personales.

ii. La elaboración y difusión del aviso de privacidad, en formato físico o electrónico, conforme a los principios legales de información, consentimiento y finalidad, conforme a la legislación aplicable vigente. Incluye los siguientes datos:

   a) La identidad y domicilio del responsable.
   b) Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, identificando aquéllos que son sensibles.
   c) Las finalidades del tratamiento de datos personales, distinguiendo aquéllas que requieren el consentimiento de la persona titular.
   d) Las opciones y medios que el responsable ofrezca a las personas titulares para limitar el uso o divulgación de los datos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Los mecanismos, medios y procesos para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), de conformidad con lo dispuesto en esta Ley.
f) El procedimiento y medio por el cual el responsable comunicará a las personas titulares de cambios al aviso de privacidad, de conformidad con lo previsto en esta Ley.

iii. Las medidas administrativas y técnicas para asegurar el control, supervisión y evaluación de la seguridad, confidencialidad, conservación y destrucción controlada de la información.
iv. El consentimiento libre, específico e informado de las personas para el tratamiento de su información, cuando sea requerido por ley.

Este marco forma parte de una cultura organizacional que promueva activamente el respeto al derecho a la autodeterminación informativa de los pacientes, respeto a la privacidad y el uso ético de los datos personales.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un aviso de privacidad vigente, accesible y visible, que incluye lo mencionado en los incisos de a) al f), conforme a la legislación aplicable.
(2)Se ha realizado un análisis institucional para identificar procesos y responsables involucrados en el tratamiento de datos personales.
(3)Existen mecanismos documentados de control y supervisión para garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales en materia de protección de datos personales.

(A). Referencia de apoyo

- Aviso de privacidad vigente en formato impreso y/o digital, disponible para pacientes y personal.
- Documento de análisis institucional o mapeo de procesos que involucran tratamiento de datos personales.
- Manuales, protocolos o políticas internas de cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
- Registros de capacitación del personal sobre protección de datos personales y derechos ARCO.
- Informes de evaluación o auditoría interna del cumplimiento normativo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/9. Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.

1. Guía.

La información clínica y datos personales de los pacientes, que se documentan en formato físico, electrónico o híbrido, es importante para la continuidad, seguridad y calidad de la atención a lo largo del tiempo. Esta información debe ser tratada como confidencial en todas las fases de su manejo, garantizando su resguardo y uso exclusivo por personas autorizadas.

El establecimiento debe implementar políticas y procesos que aseguren la confidencialidad, protección y seguridad, en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

Estas políticas deben incluir:

a) La difusión de la clasificación formal de la información clínica como confidencial.
b) Información clara para los pacientes sobre cómo se protege su información, en qué casos puede ser divulgada y bajo qué mecanismos se solicita su autorización.
c) Medidas para evitar divulgaciones no autorizadas en entornos públicos o digitales.
d) Capacitación continua del personal clínico y no clínico sobre la confidencialidad, protección y seguridad de la información clínica y datos personales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento informa a los pacientes sobre las medidas para garantizar la confidencialidad de su información, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El establecimiento solicita y documenta la autorización expresa de los pacientes para la divulgación de información no amparada por la legislación aplicable vigente.

(3) La información clínica del paciente está clasificada y protegida como confidencial, y su acceso está regulado por mecanismos formales de control.

(4) El personal ha sido capacitado sobre el resguardo y uso responsable de la información clínica confidencial.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas o procesos institucionales que incluyan acciones sobre confidencialidad, resguardo y divulgación de la información clínica, vigente y aprobado formalmente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales informativos dirigidos a pacientes sobre la protección de sus datos personales y los derechos relacionados con su expediente clínico (folletos, carteles, sección en la hoja de ingreso, etc.).
- Formatos de consentimiento informado o autorizaciones específicas firmadas por el paciente para divulgar información en casos no previstos por la normativa.
- Documento que clasifique la información clínica como confidencial y regule su acceso (política de privacidad, manual de gestión de la información clínica, etc.).
- Listados de control de acceso a expedientes clínicos físicos o electrónicos (roles autorizados, bitácoras de acceso, permisos en sistemas informáticos).
- Evidencia de capacitación al personal clínico y no clínico sobre la confidencialidad, seguridad y protección de la información (constancias, listas de asistencia, contenidos de capacitación).
- Reportes o registros de supervisión interna o auditoría sobre el cumplimiento de las políticas de confidencialidad.
- Actas de comités, reportes de incidentes o acciones correctivas en casos de vulneración de la confidencialidad (cuando aplique).

f. Estándar 6/9. Conservación de los datos e información institucional.

1. Guía.

La información generada en los hospitales (como los expedientes clínicos, reportes administrativos, registros operativos o bases de datos) debe conservarse por un periodo que permita para cumplir con la legislación aplicable vigente, así como con los requerimientos institucionales (incluyendo fines de investigación y educación), operativos y de seguimiento clínico (como el respaldo a la atención de los pacientes).

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la conservación de la información, que establezca:

a) Los tiempos de conservación de cada tipo de dato o documento, conforme a la legislación aplicable vigente (por ejemplo, cinco años para expedientes clínicos a partir del último acto médico).
b) Las medidas necesarias para resguardar su confidencialidad y seguridad durante ese periodo.
c) Y los criterios y pasos para su destrucción segura una vez que se cumpla el periodo establecido.

Este proceso debe aplicarse tanto a la información física como digital, considerando los riesgos de pérdida, daño o acceso indebido.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para la conservación de los datos e información que genera.

(2)El proceso establece los tiempos de conservación de los datos e información, de acuerdo con las necesidades institucionales y a la legislación aplicable vigente.

(3)Se implementan medidas de seguridad y confidencialidad durante el periodo de conservación.

(4)La información se destruye de forma controlada y segura al finalizar el periodo establecido, conforme a criterios institucionales.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado sobre conservación, resguardo y destrucción de información clínica y no clínica.
- Tablas o registros de tiempos de conservación por tipo de documento.
- Evidencia de aplicación de medidas de seguridad y confidencialidad durante el almacenamiento.
- Registros o actas de eliminación segura de documentos físicos o electrónicos.

g. Estándar 7/9. Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.

1. Guía.

Los datos e información que genera y utiliza un hospital (tanto en formato físico como electrónico) deben estar protegidos en todo momento frente a riesgos de pérdida, destrucción, alteración o acceso no autorizado. Para ello, el establecimiento debe contar con una política o proceso documentado que defina los mecanismos, responsables, medidas preventivas y acciones correctivas en caso de incidentes relacionados con la seguridad de la información.

Esto incluye información clínica, administrativa, financiera y operativa, cuya integridad y disponibilidad son fundamentales para asegurar la continuidad de la atención y el cumplimiento normativo.

La protección debe contemplar medidas técnicas y organizativas como:

a) Controles de acceso físico a espacios donde se resguarda información sensible (por ejemplo, expedientes clínicos o bases de datos administrativas).

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Controles de acceso a la información digital con medidas de seguridad electrónica, como el uso de contraseñas, cifrado, respaldos automáticos o restricciones de acceso por rol.
c) Condiciones ambientales apropiadas para almacenamiento físico, que prevengan daño por agua, fuego, humedad o calor excesivo.
d) Supervisión y monitoreo del cumplimiento de las medidas implementadas.

Estas acciones deben formar parte de una estrategia integral de seguridad de la información, conforme a la legislación aplicable vigente y principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso documentado e implementado que establece las medidas que protegen los datos y la información contra pérdidas o destrucción, tanto en formato físico como electrónico.
(2) El establecimiento cuenta con un proceso documentado e implementado que establece las medidas para evitar la alteración, el acceso o el uso no autorizados de los datos e información bajo su resguardo.
(3) Se supervisa periódicamente el cumplimiento de estas medidas, y se cuenta con mecanismos de respuesta ante incidentes de seguridad de la información.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas o lineamientos institucionales sobre seguridad de la información y protección de datos.
- Evidencia de controles físicos: puertas de acceso restringido, archivadores cerrados, videovigilancia.
- Evidencia de controles digitales: contraseñas, sistemas con acceso por perfil, registros de actividad.
- Procesos de respaldo y recuperación ante pérdida de datos (Backups).
- Registros de capacitación al personal sobre seguridad de la información.
- Bitácoras o informes de supervisión interna sobre cumplimiento de medidas de protección.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h. Estándar 8/9. Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.

1. Guía.

Los hospitales deben garantizar que las personas usuarias de la información (ya sean internas o externas al establecimiento) accedan a los datos necesarios para cumplir con sus funciones, tomar decisiones informadas o ejercer sus derechos.

El formato y los métodos de difusión de datos e información deben adaptarse para facilitar su comprensión y aplicación por parte de cada usuario. Las estrategias institucionales para la difusión de información incluyen:

a) Proporcionar únicamente los datos e información que el usuario solicite o necesite.
b) Presentar los datos en un formato útil que facilite su uso en la toma de decisiones.
c) Proporcionar informes de manera oportuna y con la frecuencia que el usuario requiera.
d) Definir los tiempos de respuesta del establecimiento a las solicitudes de los usuarios.
e) Vincular datos provenientes de diferentes fuentes, cuando sea necesario consolidar información.
f) Ofrecer interpretación o aclaración de datos para apoyar su comprensión adecuada.

Asimismo, el establecimiento debe definir y documentar los tiempos de respuesta institucionales para atender solicitudes de información, considerando criterios de urgencia clínica, requerimientos administrativos o normativos. Estos tiempos deben ajustarse periódicamente en función del desempeño, la retroalimentación de los usuarios y los cambios en los procesos de atención.

Estas estrategias no deben comprometer la seguridad ni confidencialidad de la información.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento asegura la difusión oportuna de datos e información a las personas usuarias, conforme a sus necesidades, incluyendo tiempos de respuesta definidos institucionalmente y ajustados al tipo de solicitud.
(2) Los usuarios internos y externos reciben los datos e información en el formato que facilita su uso y aplicación.
(3) La información se proporciona con la frecuencia requerida y se interpreta o aclara, cuando corresponde.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El personal del establecimiento tiene acceso a los datos e información necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos documentados de acceso, entrega y difusión de información clínica y administrativa.
- Solicitudes de información atendidas (internas y externas) con evidencia de oportunidad y formato adecuado.
- Registros de entrega periódica de reportes o informes a áreas clínicas, administrativas o de gestión.
- Instrumentos de identificación de necesidades de información por tipo de usuario.
- Reportes o formatos de interpretación de datos para usuarios no técnicos.
- Auditorías o controles de acceso a información relevante para funciones operativas.

i. Estándar 9/9. Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.

1. Guía.

La tecnología utilizada para gestionar la información clínica y administrativa en un hospital representa una inversión estratégica que debe responder a las necesidades operativas, clínicas y de gestión del establecimiento. Su selección, integración y utilización debe realizarse con base en criterios de viabilidad, funcionalidad, sostenibilidad y alineación con los procesos de manejo de la información existentes.

Para lograrlo, es fundamental que participe un equipo multidisciplinario, integrados por:

a) Personal clínico, que garantice que la tecnología sea útil para la atención y el seguimiento de los pacientes.

b) Personal no clínico, que asegure su funcionalidad en los procesos administrativos y de apoyo.

c) Personal directivo o responsable de las áreas o servicios, que evalúe la alineación con los objetivos estratégicos y la viabilidad técnica y financiera.

Esta participación conjunta permite seleccionar tecnologías que sean realmente útiles, que se integren sin fricciones a los flujos de trabajo, y que favorezcan la coordinación entre las áreas, evitando inversiones innecesarias o herramientas subutilizadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

i. Requerimiento auditable.

(1)El personal clínico, no clínico, personal directivo o responsable de área o servicio participa en las decisiones relacionadas con la selección, integración o uso de tecnología para la gestión de la información.

(A). Referencia de apoyo

- Actas o registros de reuniones donde se documente la participación de equipos clínicos, administrativos y directivos en la selección de tecnología.
- Documentación de criterios de evaluación utilizados para seleccionar herramientas tecnológicas.
- Proyectos o reportes de implementación tecnológica donde se presente el enfoque multidisciplinario.
- Políticas o lineamientos institucionales para la adquisición e integración de sistemas de información.

B. GESTIÓN DOCUMENTAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

a. Estándar 1/6. Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.

1. Guía.

Los documentos institucionales constituyen un componente esencial para el funcionamiento ordenado, seguro y estandarizado de los establecimientos

Estos documentos deben ser el resultado de un trabajo multidisciplinario y colaborativo, en el que participen personas responsables de las distintas áreas del establecimiento. Este enfoque garantiza que los documentos que sustentan los procesos clínicos, operativos y administrativos, respondan al contexto operativo real, sean y faciliten la implementación sistemática y estandarizada, control y mejora continua.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la elaboración, aprobación, revisión, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos, que asegure su vigencia, legibilidad, trazabilidad y disponibilidad en los puntos de uso. Este proceso debe estar alineado con la legislación aplicable vigente, el cual debe contemplar al menos:

a) La revisión y aprobación por personal autorizado antes de su publicación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) La frecuencia y mecanismos para su revisión y actualización continua.
c) Los controles para asegurar que sólo se utilicen y estén disponibles las versiones vigentes.
d) La trazabilidad de los cambios realizados en los documentos.
e) La conservación de la legibilidad e integridad del documento.
f) El control de documentos provenientes de fuentes externas al establecimiento.
g) La conservación de documentos obsoletos por el tiempo requerido por la legislación aplicable vigente, asegurando evitar su uso por error.
h) La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación.

El sistema de gestión documental debe permitir identificar cada documento por título, fechas de emisión, fecha de edición y/o revisión, número de páginas, responsable de su autorización, responsable de su revisión y, si corresponde, su registro en bases de datos o sistemas electrónicos.

Todos los documentos relacionados con la operación del establecimiento (incluidos los vinculados al MOCEBPASS) están vigentes y deben ajustarse al proceso definido.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la elaboración, aprobación, revisión, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos institucionales, que incluye al menos los incisos a) a h) descritos en la guía.

(2) Todos los documentos relacionados con el MOCEBPASS se encuentran vigentes y elaborados conforme al proceso institucional definido.

(A). Referencia de apoyo

- Política o proceso institucional para la gestión documental.
- Matriz de control de documentos: registros de revisiones, responsables, versiones vigentes y fechas de actualización.
- Documentos vigentes relacionados con el MOCEBPASS (ej. planes, manuales, protocolos, lineamientos).
- Sistemas de gestión documental electrónicos o físicos utilizados por el establecimiento para asegurar trazabilidad y control.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de retiro seguro y controlado de documentos obsoletos, conforme al tiempo exigido por la legislación aplicable vigente.

b. Estándar 2/6. Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.

1. Guía.

El uso estandarizado de códigos, símbolos, abreviaturas es fundamental para asegurar la claridad, precisión y consistencia de la información en los registros del establecimiento. Esta estandarización debe alinearse con la legislación aplicable vigente y permite la agrupación, análisis y la comparación de datos e información del establecimiento.

El establecimiento debe contar con un listado institucional documentado y actualizado que identifique:

a) Los códigos validados para su uso en diagnósticos y procedimientos.
b) Los símbolos autorizados (como los correspondientes a elementos químicos o signos vitales).
c) Las abreviaturas permitidas en los registros.

Todo código, símbolo o abreviatura que no esté explícitamente incluido en el listado institucional debe considerarse no autorizado para su uso. Esta medida promueve el uso seguro y claro del lenguaje técnico en el establecimiento y contribuye a la seguridad de la atención, reduciendo el riesgo de ambigüedad o errores de interpretación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado institucional documentado de códigos, símbolos y abreviaturas estandarizadas.
(2) Se emplean exclusivamente los códigos de diagnóstico y procedimientos contenidos en el listado institucional, y su uso está controlado.
(3) Se emplean exclusivamente los símbolos y abreviaturas contenidas en el listado institucional, y su uso está controlado.

(A). Referencia de apoyo

- Listado institucional documentado y vigente de códigos de diagnóstico y procedimientos autorizados.
- Listado institucional de abreviaturas y símbolos autorizados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de control del uso de abreviaturas y símbolos en los registros clínicos (por ejemplo, revisiones de expedientes o auditorías internas).
- Manual o política institucional sobre estandarización terminológica en registros clínicos y administrativos.
- Registros de capacitación o sensibilización al personal sobre el uso correcto de terminología técnica, abreviaturas y nomenclatura.
- Documentación de alineación del listado con sistemas de codificación estandarizados.

c. Estándar 3/6. Generación del expediente clínico para cada paciente atendido. – Indispensable –

1. Guía.

Toda persona que recibe atención médica en el hospital debe contar con un expediente clínico individual. Este documento constituye la base de registro, seguimiento y referencia de los procesos clínicos, y debe mantenerse disponible desde el primer contacto con el paciente.

El expediente clínico debe estar vinculado a un identificador único y exclusivo por paciente (ya sea un número de expediente o cualquier otro mecanismo validado institucionalmente) que permita ubicar fácilmente la documentación, evitar duplicidades y asegurar la trazabilidad de la información a lo largo del tiempo.

Este registro debe implementarse de manera uniforme en todos los servicios que presten atención clínica dentro del alcance del establecimiento, tanto en registros físicos como electrónicos, según el contexto operativo de cada organización. El expediente debe iniciar con el primer acto clínico y mantenerse actualizado acorde a la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento abre un expediente clínico individual para cada paciente que recibe atención en el establecimiento.

(2) Cada expediente clínico cuenta con un identificador único que permite su control, seguimiento y vinculación con la atención brindada.

(3) La apertura y actualización del expediente clínico se realiza a partir del primer acto clínico y durante todo el proceso de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Política institucional de apertura, registro y control del expediente clínico.
- Registro o sistema institucional para la asignación de identificadores únicos de pacientes.
- Evidencia documental o digital de expedientes clínicos abiertos para todos los pacientes atendidos.
- Procesos que aseguren la integridad y continuidad del expediente durante la atención del paciente.

d. Estándar 4/6. Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.

1. Guía.

El expediente clínico debe contener información suficiente y estructurada que permita identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso de la atención, y evaluar sus resultados del tratamiento. Esta información es esencial para asegurar la continuidad entre los distintos profesionales que intervienen en la atención del paciente dentro del hospital.

El contenido debe documentarse de forma clara y oportuna, conforme al perfil profesional de cada persona que presta atención clínica o de apoyo al paciente. Esto incluye, además del personal médico y de enfermería, las evaluaciones y registros de los profesionales como nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

El uso de formatos y campos estandarizados contribuye a mejorar la integración del expediente, promueve la continuidad de la atención y trazabilidad del cuidado, facilita la comunicación entre equipos multidisciplinarios que participan en la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)El expediente clínico incluye información suficiente para:

(1.1) Identificar al paciente.

(1.2) Apoyar el diagnóstico.

(1.3) Justificar la atención y el tratamiento.

(1.4) Documentar el curso y los resultados de la atención.

(2)Se encuentran documentadas las evaluaciones e intervenciones realizadas por todo el personal clínico o de apoyo que haya participado en la atención del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Lineamientos para la integración y conservación del expediente clínico en establecimientos para la atención médica emitidos en la legislación aplicable vigente.
- Manual institucional de llenado del expediente clínico (formato físico o digital).
- Registros clínicos del personal de apoyo (nutrición, trabajo social, psicología, etc.).
- Auditorías internas o externas del contenido del expediente clínico.
- Formatos estandarizados de notas médicas, de enfermería, interconsultas y evolución clínica.
- Sistemas electrónicos institucionales que integren de forma ordenada las intervenciones por profesional de salud.

e. Estándar 5/6. Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.

1. Guía.

El expediente clínico es una herramienta esencial para la continuidad en la atención de los pacientes en los hospitales. Por lo tanto, es indispensable establecer controles que aseguren que:

- Solo personal autorizado pueda ingresar información.
- Se cuente con criterios definidos sobre el contenido, formato, estructura y ubicación de la información ingresada por el personal autorizado, acorde a la legislación aplicable vigente.
- Todas las entradas en el expediente estén debidamente identificadas, fechadas y firmadas para garantizar la trazabilidad.

El establecimiento debe definir un proceso que incluya:

a) La identificación del personal con autorización para ingresar y registrar información en el expediente clínico, con base en su perfil profesional y sus responsabilidades.

b) Los contenidos mínimos obligatorios que deben integrar en los registros según el tipo de intervención (médica, de enfermería, nutricional, psicológica, etc.), acorde a la legislación aplicable vigente.

c) La obligación de incluir en cada registro clínico los siguientes elementos:

i. Nombre completo del profesional que la elabora.
ii. Fecha y hora de registro.
iii. Firma autógrafa o electrónica, conforme al medio utilizado (físico o digital).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estas medidas garantizan la confiabilidad del expediente clínico, la trazabilidad de los actos médicos y el cumplimiento normativo aplicable.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido qué personal está autorizado para ingresar información en los expedientes clínicos.
(2)Se cuenta con lineamientos institucionales sobre el contenido, formato, estructura y ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.
(3)Cada registro en el expediente clínico contiene lo definido en los incisos i) a la iii).
(4)Se garantiza que sólo el personal autorizado registre información clínica, de acuerdo con lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo

- Lineamientos institucionales o manuales internos que definan:
- Perfiles profesionales con autorización para registrar en el expediente.
- Formato, estructura y ubicación de los registros.
- Protocolo de firmas (autógrafa o electrónica).
- Política de control de accesos a expedientes clínicos físicos y electrónicos.
- Auditorías internas o reportes de revisión que documenten la trazabilidad de entradas en los expedientes clínicos.

f. Estándar 6/6. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico. – Indispensable –

1. Guía.

Los expedientes clínicos, tanto físicos como electrónicos, son documentos oficiales que respaldan la atención proporcionada a las personas pacientes. Por tanto, su contenido, estructura y resguardo deben cumplir con la legislación aplicable vigente. Asimismo, deben integrarse los registros de los procesos clínicos y de gestión relacionados con el MOCEBPASS.

Cuando el establecimiento cuente con Expediente Clínico Electrónico (ECE), debe asegurarse que:

a) El sistema se encuentre certificado de acuerdo a la NOM-024-SSA-2012 o se encuentre en el proceso. En caso de estar en proceso el establecimiento deberá cumplir con la etapa 7: que consiste en el

SIN VALIDEZ OFICIAL

cumplimiento de los requisitos documentales (documentación para acreditar la constitución de una empresa o institución, documentación para acreditar la personalidad jurídica para presentación de actos, documentación que acredite la titularidad o derechos de comercialización y documento de índole fiscal); por lo que el nombre se debe encontrar en la lista publicada de los que están en seguimiento de Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES) en proceso de certificación o SIRES certificados en la página: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/sires_certificacion_gobmx.html; en caso de instituciones públicas y sociales deberán comprobar haber realizado las acciones correspondientes para la gestión del trámite por la entidad responsable de su institución.

b) Se implementen medidas de seguridad para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información (acceso controlado, respaldo, trazabilidad y cifrado de datos).
c) El personal esté capacitado en el uso del sistema, así como en las obligaciones legales y éticas sobre el manejo de información clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los expedientes clínicos cumplen con los requisitos establecidos por la legislación aplicable vigente y/o haber iniciado las gestiones para el trámite correspondiente.
(2) Se documentan en los expedientes clínicos los registros requeridos por el MOCEBPASS.
(3) En caso de contar con expediente clínico electrónico, el sistema:
  (3.1) Cumple con los requisitos técnicos de la legislación aplicable vigente.
  (3.2) Está certificado o en proceso (etapa 7), conforme al procedimiento oficial de evaluación de la conformidad: http://www.dgis.salud.gob.mx/images/certificacion/LineaTiempo-PEC_20220804.svg
  (3.3) Garantiza la seguridad de la información mediante mecanismos como control de acceso, trazabilidad y cifrado.

(A). Referencia de apoyo

- Manual institucional de operación del expediente clínico, y cuando aplique, expediente clínico electrónico.
- Evidencia de capacitación del personal en el uso del sistema del Expediente Clínico y manejo de información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

- Evidencia de los registros relacionados con los procesos clínicos y de gestión del MOCEBPASS.
- DGIS. Etapas del procedimiento de certificación: http://www.dgis.salud.gob.mx/images/certificacion/LineaTiempo-PEC_20220804.svg

C. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

a. Estándar I/4. Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.

1. Guía.

La agrupación, categorización y análisis de los datos e información generados por el hospital son fundamentales para respaldar la toma de decisiones de los procesos clínicos y de gestión. Esto permite construir un perfil del establecimiento a lo largo del tiempo, identificar variaciones relevantes, y generar conocimiento útil para la mejora del desempeño institucional.

El establecimiento debe contar con un proceso institucional documentado que defina:

a) Qué datos e información deben agruparse y categorizarse.
b) Métodos y herramientas utilizados para el análisis de los datos e información para identificar patrones, tendencias, puntos críticos u oportunidades de mejora.
c) De qué manera se utilizan los resultados del análisis para la toma de decisiones, la evaluación de procesos y la mejora continua.

En particular, para los líderes del establecimiento, el análisis de datos agrupados y categorizados sobre la supervisión de procesos clínicos y de gestión de los servicios y los resultados del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente proporciona una base objetiva para comprender el desempeño institucional, identificar áreas de oportunidad y orientar acciones de mejora preventivas o correctivas basadas en evidencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para agrupar, categorizar y analizar los datos e información generados en el establecimiento.

(2) Los datos e información incluyen al menos, los procesos clínicos y de gestión relacionados con el MOCEBPASS, la supervisión de éstos y el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El análisis permite identificar patrones, tendencias o variaciones que orienten la toma de decisiones y acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado del establecimiento para el análisis de datos clínicos, administrativos y de gestión.
- Reportes o tableros institucionales donde se agrupen y analicen datos por proceso, periodo o categoría (por ejemplo: indicadores, semáforos, dashboards).
- Minutas de reuniones, actas de comités o reportes de áreas que muestren el uso del análisis para toma de decisiones.
- Ejemplos de acciones correctivas o preventivas implementadas a partir del análisis de datos institucionales.
- Documentación o informes del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente que muestren el uso de análisis por patrones o tendencias.
- Herramientas o formatos utilizados para la categorización, agrupación o visualización de datos (por ejemplo: matrices, herramientas estadísticas, software de análisis).

b. Estándar 2/4. Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.

1. Guía.

Comparar el desempeño institucional con otros establecimientos de atención similares es una estrategia clave para identificar oportunidades de mejora con base en evidencia. Los hospitales pueden participar en bases de datos externas o consultar información proveniente de redes colaborativas, instituciones académicas, organismos públicos o entidades del sector salud.

El uso de estas fuentes externas debe integrarse a la gestión de la calidad institucional, particularmente en el marco del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estas bases de datos permiten contrastar resultados propios con estándares locales, nacionales o internacionales, contribuyendo a:

a) Detectar brechas de desempeño.
b) Analizar tendencias del sector.
c) Fortalecer procesos clínicos y de gestión.
d) Informar decisiones estratégicas institucionales.

El establecimiento debe identificar los datos que comparte o consulta a través de bases de datos externas, así como los criterios y frecuencia

SIN VALIDEZ OFICIAL

con los que se accede a esta información. En todos los casos, debe garantizar la confidencialidad, integridad y seguridad de los datos utilizados o proporcionados, conforme a la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o utilizar información proveniente de ellas.

(2)El establecimiento contribuye o consulta datos e información, asegurando la confidencialidad y la seguridad de la información, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.

(3)La información obtenida de bases de datos externas se utiliza para comparar el desempeño institucional y apoyar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso para la participación o uso de bases de datos externas.
- Registro de bases de datos en las que participa el establecimiento o de las que obtiene información.
- Reportes comparativos de desempeño con análisis institucionales asociados.
- Evidencia de cumplimiento de normatividad en protección de datos (consentimientos, convenios, políticas).
- Minutas o reportes de comités donde se haya discutido el análisis comparativo.
- Acciones de mejora documentadas derivadas de los resultados comparados.

c. Estándar 3/4. Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.

1. Guía.

La revisión sistemática del contenido de los expedientes clínicos permite garantizar la calidad, legibilidad y coherencia de la información documentada en los hospitales. Este proceso contribuye directamente a la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.

El establecimiento debe contar con un proceso de revisión que contemple:

a) La inclusión de expedientes clínicos abiertos (pacientes que reciben atención) y cerrados (pacientes dados de alta o baja, cambio de institución, suspensión de tratamiento, fallecimiento, entre otros).

b) Una muestra representativa de expedientes clínicos que incluya: las diferentes áreas, diversos turnos, disciplinas, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) La definición de la periodicidad conforme a la legislación aplicable vigente y lineamientos institucionales.
d) Un enfoque en la calidad del registro: completo, legible, oportuno, coherencia del manejo del paciente y continuidad de las acciones propuestas.
e) La revisión debe ser coordinada por un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico), conformado por personal médico, de enfermería y otros profesionales autorizados a ingresar información clínica al expediente.
f) La evaluación del cumplimiento de la legislación aplicable vigente y los requerimientos del MOCEBPASS.

Los resultados de esta revisión deben ser analizados para identificar patrones o tendencias, e integrarse al análisis de riesgos y problemas del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este proceso forma parte de las actividades de mejora del establecimiento y las áreas de oportunidad detectadas son base para definir e implementar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la revisión periódica del contenido de los expedientes clínicos, que incluye los incisos a) al f) de la guía.
(2)Los hallazgos se analizan para identificar patrones y tendencias. Los resultados del análisis se integran al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(3)Se implementan acciones de mejora con base en los resultados de la revisión.

(A). Referencia de apoyo.

- Actas del comité del expediente clínico.
- Evidencia de adaptación de la herramienta del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)

d. Estándar 4/4. Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.

1. Guía.

El personal clínico y no clínico del hospital que genera, recolecta, analiza y utiliza datos e información en sus funciones debe contar con la capacitación necesaria para participar de forma efectiva en la gestión de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta capacitación debe estar alineada a las funciones y responsabilidades de cada puesto, y abarcar tanto aspectos técnicos como éticos. Debe permitir que el personal:

a) Comprenda y aplique los principios de seguridad y confidencialidad de los datos y la información.
b) Utilice instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos.
c) Apoye en la interpretación de la información generada o recibida.
d) Emplee la información para la toma de decisiones.
e) Eduque y oriente a pacientes y familiares, con base en la información disponible, para facilitar su participación en los procesos de atención.
f) Use indicadores para evaluar procesos, identificar áreas de mejora y contribuir a la calidad de la atención.

La capacitación debe impartirse conforme a las responsabilidades, descripciones de puesto y necesidades de categorización y análisis de los datos e información institucional.

Un sistema efectivo de gestión de la información permite combinar datos provenientes de distintas fuentes para generar reportes útiles y facilitar la toma de decisiones. En particular, la consolidación de información clínica y de gestión permite a los líderes del establecimiento tomar decisiones coordinadas, planificar en conjunto y hacer planes en colaboración. De esta forma, se respaldan las decisiones, cambios y procesos definidos por los líderes mediante el análisis y monitoreo de tendencias y patrones a lo largo del tiempo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal que interviene en actividades relacionadas con la gestión de la información ha sido capacitado conforme a sus funciones y responsabilidades, en concordancia con los incisos a) al f) de la guía.

(2) Los datos e información clínica y de gestión se integran, según corresponda, para respaldar la toma de decisiones.

(A). Referencia de apoyo.

- Programas y contenidos de capacitación sobre gestión de datos, análisis de información, seguridad y confidencialidad.
- Registros de participación, constancias de asistencia y evaluaciones del personal.
- Evidencia documental de uso institucional de indicadores, reportes, evaluaciones de procesos o análisis de datos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales de apoyo (manuales, presentaciones, instrumentos) usados en las sesiones de formación.

D. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

a. Estándar 1/6. Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.

1. Guía.

El hospital debe establecer una comunicación institucional efectiva con la comunidad y la población a la que presta servicios. Esta comunicación busca facilitar el acceso a la atención, promover el uso informado de los servicios disponibles y fortalecer el vínculo con los pacientes y otras partes interesadas.

El establecimiento debe:

a) Identificar con claridad su población de influencia y grupos comunitarios de interés.

b) Diseñar e implementar una estrategia de comunicación acorde al contexto sociocultural.

c) Difundir información clara, actualizada y útil sobre:

   i. Los servicios que ofrece el establecimiento, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.

   ii. La calidad de los servicios prestados, incluyendo logros, resultados o mejoras implementadas.

Esta comunicación puede realizarse de forma directa o a través de medios de comunicación con la comunidad y organizaciones que reciben o envían pacientes, y debe mantenerse de forma continua, con enfoque en la inclusión, el respeto sociocultural y la transparencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado a la comunidad y población de interés a la que brinda servicios.

(2) El establecimiento implementa una estrategia activa de comunicación con dicha población, adaptada a su contexto sociocultural.

(3) El establecimiento proporciona información clara y accesible sobre sus servicios, horarios de atención y procesos para acceder a la atención.

(4) El establecimiento informa de forma continua y sistemática sobre aspectos relacionados con la calidad de los servicios brindados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documentación que demuestre la identificación de la población objetivo y comunidad de influencia.
- Estrategia o plan de comunicación institucional (incluyendo cronograma, medios, responsables).
- Ejemplos de materiales de comunicación: folletos, carteles, publicaciones digitales, mensajes comunitarios, etc.
- Evidencia de difusión de horarios, servicios y procesos de atención (en medios físicos o digitales).
- Reportes, boletines o evidencias de comunicación sobre logros, avances o calidad de los servicios.

b. Estándar 2/6. Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.

1. Guía.

Una comunicación clara, empática y oportuna con los pacientes y sus cuidadores primarios es esencial para fortalecer la confianza, mejorar la experiencia en la atención y garantizar un acceso informado y seguro a los servicios del establecimiento.

El hospital debe asegurar que los pacientes y sus cuidadores primarios reciban información comprensible, culturalmente pertinente y completa sobre:

a) Cómo acceder a los servicios que presta el establecimiento.
b) Los procesos de atención que se llevarán a cabo durante su estancia o tratamiento.
c) Las opciones disponibles cuando la atención requerida esté fuera del alcance del establecimiento o de su misión institucional.

Se entiende por cuidador primario a la persona designada formal o informalmente por el paciente para acompañar, asistir o tomar decisiones compartidas durante el proceso de atención. Esta persona puede ser un familiar, representante legal, tutor o acompañante significativo, según las condiciones del paciente y el contexto de atención.

La información debe entregarse desde el primer contacto con el establecimiento, mantenerse disponible durante toda la atención, y adaptarse al nivel de comprensión, contexto sociocultural y necesidades particulares del paciente y de su cuidador primario. Cuando el establecimiento no pueda brindar un servicio específico, se debe orientar sobre alternativas de atención disponibles, facilitando así la continuidad del cuidado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Los pacientes y sus cuidadores primarios reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios que brinda el establecimiento.

(2)Los pacientes y sus cuidadores primarios reciben información clara y comprensible sobre los procesos de atención que se realizarán durante su estancia o tratamiento.

(3)Cuando el establecimiento no puede proporcionar un servicio requerido, se brinda a los pacientes y cuidadores primarios información sobre alternativas de atención disponibles.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos o lineamientos institucionales para la orientación a pacientes y cuidadores.
- Materiales informativos: folletos, carteles, videos, formatos digitales o impresos dirigidos a pacientes y cuidadores primarios.
- Registros de entrega de información, consentimientos informados u hojas de ingreso.
- Evidencia de orientación brindada al paciente y su cuidador primario en procesos de derivación o cuando se identifique que la atención excede la capacidad del establecimiento.
- Documentación que demuestre la adaptación cultural y lingüística de la información entregada (por ejemplo, materiales en lenguas indígenas, braille, pictogramas, etc.).

c. Estándar 3/6. Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.

1. Guía.

La comprensión de la información es indispensable para que los pacientes participen activamente en su proceso de atención y tomen decisiones informadas. Por ello, el establecimiento debe asegurar que toda comunicación y actividad educativa dirigida a los pacientes y sus cuidadores primarios se proporcione en un formato accesible, lenguaje e idioma comprensibles, adaptada a su contexto sociocultural.

Esto implica adecuar la información según el nivel educativo, idioma, edad, costumbres, capacidades cognitivas y cualquier otra condición que pueda influir en la comprensión. Pueden emplearse recursos como materiales impresos, audiovisuales, pictogramas, demostraciones, y apoyo verbal con retroalimentación para validar la comprensión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cuando existan barreras de idioma, puede que sea necesario el apoyo de los cuidadores primarios o de intérpretes o traductores institucionales o externos, garantizando la confidencialidad. Solo en casos excepcionales y de urgencia se podrá recurrir a menores como traductores, reconociendo sus limitaciones para comunicar información crítica o compleja.

Estas medidas deben aplicarse tanto en el proceso clínico como en la comunicación de información general sobre derechos, deberes, protocolos de atención, medidas de seguridad y participación activa en el cuidado por parte del paciente y su cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento proporciona información y educación a los pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles, adaptados a su contexto sociocultural.

(2) La comunicación y la educación se realizan en un lenguaje e idioma comprensible por los pacientes o sus cuidadores primarios.

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos adaptados al contexto sociocultural (folletos, pictogramas, videos, carteles en lengua indígena, etc.).
- Registros de uso de intérpretes o personal bilingüe.
- Guías de comunicación inclusiva y validación de comprensión.
- Protocolos institucionales de educación al paciente.
- Evidencia de acciones para pacientes con barreras cognitivas, lingüísticas o sensoriales.

d. Estándar 4/6. Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.

1. Guía.

La comunicación efectiva es un elemento transversal que impacta la calidad y seguridad de la atención de los pacientes en un hospital. Es responsabilidad del liderazgo institucional establecer las condiciones, estructuras y canales necesarios para garantizar flujos de información claros, oportunos, bidireccionales y accesibles.

La comunicación debe facilitarse:

a) Entre áreas y servicios del establecimiento.
b) Entre personal clínico, no clínico y directivo.
c) Con pacientes, cuidadores primarios y familiares.
d) Con otras instituciones u organizaciones con las que se vincule el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Los líderes del establecimiento deben servir de modelo en prácticas de comunicación efectiva, asegurando que la misión, visión, estrategias, políticas y planes operativos se comuniquen adecuadamente a todo el personal. Asimismo, deben garantizar la existencia de procesos formales que permitan compartir información relevante sobre la operación, riesgos, decisiones institucionales, indicadores de desempeño o iniciativas de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha implementado mecanismos institucionales para comunicar de manera clara y oportuna la información relevante en todos los niveles del establecimiento.

(2) Se evidencia comunicación efectiva entre las distintas áreas, servicios, personal clínico y no clínico del establecimiento.

(3) Se mantiene comunicación efectiva y documentada con instituciones externas, según el contexto operativo.

(4) Se mantiene comunicación efectiva con los pacientes y sus cuidadores primarios.

(5) La misión institucional, políticas, objetivos y planes se comunican a todo el personal por parte de los líderes del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas y procesos institucionales de comunicación interna y externa.
- Plan de comunicación institucional, que incluya flujos, medios y responsables.
- Actas, minutas o evidencias de reuniones institucionales entre líderes y personal operativo.
- Boletines informativos, comunicados oficiales o carteles institucionales (impresos o digitales).
- Evidencia de sesiones informativas dirigidas a personal clínico y no clínico (presenciales o virtuales).
- Registros de comunicación con instituciones externas, como oficios, correos oficiales, convenios o reportes.
- Materiales de inducción o capacitación institucional que incluyan misión, visión, objetivos o políticas clave.
- Protocolos de comunicación con pacientes y cuidadores, incluyendo formatos, instructivos o materiales explicativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/6. Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.

1. Guía.

La coordinación efectiva entre áreas y servicios clínicos y no clínicos es fundamental para brindar una atención segura, continua y centrada en el paciente. En los hospitales, esto requiere establecer canales de comunicación claros entre los equipos y personas responsables de los procesos de atención y de apoyo.

El liderazgo institucional debe establecer una cultura de colaboración y cooperación entre profesionales y servicios, fomentando canales de comunicación formales (comités operativos, reuniones clínicas multidisciplinarias, comunicación estructurada entre turnos, entre otros) e informales (boletines informativos digitales o impresos de difusión interna).

Una coordinación adecuada permite alinear las intervenciones con la misión institucional y promueve una visión sistémica de la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas líderes aseguran la existencia de mecanismos efectivos de comunicación y coordinación entre las áreas y los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento, así como entre el personal que los integra.

(2)Se promueve la comunicación efectiva entre las áreas y servicios durante la prestación de los servicios clínicos, incluyendo la atención multidisciplinaria y los procesos de transición o continuidad del cuidado.

(A). Referencia de apoyo.

- Actas o minutas de reuniones clínicas, comités o espacios de coordinación entre áreas o servicios.
- Protocolos o guías de comunicación estructurada entre servicios (clínicos y de apoyo).
- Manuales operativos o flujogramas que ilustren la colaboración entre servicios.
- Boletines, minutas u otros medios de comunicación interna que fomenten la integración de servicios.
- Evidencia de participación de las personas líderes del establecimiento en iniciativas para mejorar la coordinación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f. Estándar 6/6. Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.

1. Guía.

El expediente clínico es una herramienta esencial para documentar y comunicar el proceso de atención del paciente en los hospitales. Su acceso oportuno y su actualización continua permiten dar seguimiento a la evolución clínica del paciente, garantizar la continuidad del tratamiento, y facilitar la toma de decisiones.

El establecimiento debe definir qué personal está autorizado para acceder al expediente clínico y asegurarse de que dicha información esté disponible durante todas las etapas de la atención en el establecimiento. Esto incluye el tratamiento regular, las interconsultas, los procedimientos programados y las emergencias que se atiendan dentro del alcance del establecimiento.

Además, debe garantizarse que el expediente clínico esté completo y actualizado, incluyendo las notas médicas, de enfermería, resultados de estudios, hojas de tratamiento y cualquier otra información relevante, asegurando que esta se encuentra disponible para todos los involucrados en la atención del paciente. Todo lo anterior debe implementarse conforme a la legislación aplicable vigente, incluyendo tanto medios físicos como digitales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido qué personal está autorizado para acceder al expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El expediente clínico está disponible de forma oportuna para el personal autorizado involucrado en la atención.

(3) El expediente clínico se encuentra actualizado, asegurando la comunicación de la información más reciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual o política institucional de manejo del expediente clínico.
- Registros de control de acceso al expediente clínico.
- Evidencia de actualización de notas médicas, de enfermería, controles de tratamiento y resultados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

VIII. EJE ESTRUCTURAL: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

La planificación y gestión de recursos efectiva permite a los establecimientos definir mecanismos formales, estructurados y efectivos para planear, organizar, asignar, supervisar y optimizar sus recursos (humanos, financieros, tecnológicos, materiales, infraestructurales, entre otros) de manera alineada con su misión, su capacidad operativa y las necesidades de la población atendida, garantizando la sostenibilidad operativa y orientación estratégica. Además, este eje estructural también articula la planeación institucional con un enfoque de análisis de riesgos, permitiendo identificar y priorizar aquellos procesos, servicios o áreas que requieren una asignación específica de recursos para asegurar el cumplimiento de los objetivos de calidad y seguridad en la atención.

Componente	Estándar	
A. Planeación y definición de procesos	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).
	2	Comunicación efectiva (AESP 2).
	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).
	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).
	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).
	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).
	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.
	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
	9	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.
	10	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen.
	11	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.
	12	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de laboratorio.
	13	Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.
	14	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
	15	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.
	16	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento.
	17	Planeación de la atención para pacientes o servicio de riesgo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
A. Planeación y definición de procesos	18	Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.
	19	Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.
	20	Atención integral y segura a la persona gestante.
	21	Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.
	22	Fomento a la lactancia materna en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.
	23	Proceso que guía la atención para pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	24	Proceso que guía la atención para pacientes oncológicos.
	25	Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.
	26	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.
	27	Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio.
	28	Proceso que guía la atención de pacientes a quienes se administra anestesia o sedación.
	29	Proceso que guía la atención segura de pacientes con riesgo relacionado a la sangre.
	30	Definición de criterios de ingreso y alta en servicios especializados.
	31	Estructura y funcionamiento de los servicios de telemedicina.
B. Gestión de recursos	1	Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas.
	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.
	3	Otorgamiento de privilegios clínicos.
	4	Reclutamiento y selección de personal.
	5	Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.
	6	Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.
	7	Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.
	8	Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.
	9	Formación del personal médico de primer contacto en servicios de hemodiálisis.
	10	Formación del personal de enfermería en servicios de hemodiálisis.
	11	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.
	12	Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.
	13	Personal con competencias en soporte vital avanzado.
	14	Programa de salud y seguridad para el personal.
	15	Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.
	16	Programa académico para recurso humano en formación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Gestión de recursos	17	Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.
	18	Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.
	19	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.
	20	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.
	21	Coordinación y cumplimiento normativo en los servicios de anestesia y sedación.
	22	Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos.
	23	Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos.
	24	Gestión del personal involucrado en la atención médica a distancia.
	25	Programa para la gestión integral del equipo médico.
	26	Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
	27	Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.
	28	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.
	29	Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.
	30	Acceso oportuno a medicamentos no disponibles en el inventario.
	31	Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.
	32	Almacenamiento seguro de medicamentos especiales.
	33	Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.
	34	Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.
	35	Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.
	36	Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.
	37	Gestión del equipamiento médico y tecnológico para la atención médica a distancia.
	38	Condiciones de infraestructura y mobiliario para la atención médica a distancia.
C. Gestión de riesgos	1	Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión.
	2	Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
C. Gestión de riesgos	3	Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento.
	4	Protección contra agresiones físicas a los pacientes.
	5	Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
	6	Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
	7	Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.
	8	Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.
	9	Programa para el manejo de emergencias externas.
	10	Programa hospital seguro en el establecimiento.
	11	Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control.
	12	Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención.
	13	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos.
	14	Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso.
	15	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.
	16	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.
	17	Reducción del riesgo de infección mediante mantenimiento y control de ingeniería de infraestructura crítica.
	18	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los alimentos para la prevención de infecciones.
	19	Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.
	20	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.
	21	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte .
	22	Control de la calidad del agua para terapia de hemodiálisis.
	23	Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.
	24	Programa de gestión segura de la sangre.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

A. PLANEACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROCESOS

a. Estándar 1/31. Identificación correcta de los pacientes (AESP 1). – Indispensable –

1. Guía.

En los hospitales, la identificación correcta de los pacientes es una medida fundamental para disminuir la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención. Su adecuada implementación previene de exponer a los pacientes a riesgos innecesarios relacionados con el paciente equivocado, con consecuencias severas que van desde cuasifallas y eventos adversos hasta eventos centinela.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional, con participación multidisciplinaria, que estandarice la forma en que los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento clínico y de apoyo. Este proceso debe establecer como obligatoria la utilización de al menos dos identificadores: el nombre completo y la fecha de nacimiento, tal como lo indica la legislación aplicable vigente. No se deben utilizar como identificadores la ubicación, número de cama, número de consultorio, el padecimiento, el servicio tratante, ni el nombre del profesional tratante.

Los medios de identificación pueden incluir brazaletes, pulseras, tarjetas de cabecera o pie de cama o sillón, gafetes o cualquier otro recurso definido institucionalmente y acorde al contexto operativo. Estos medios deben estar visibles y disponibles para que puedan ser consultados en todo momento. Si deben retirarse por algún procedimiento, se recolocan de manera inmediata al finalizarlo.

El proceso de identificación debe aplicarse antes de todos los momentos críticos definidos por el establecimiento, en los que se incluyen al menos:

a) Administración de medicamentos.
b) Administración de infusiones intravenosa.
c) Transfusión de sangre y hemocomponentes.
d) Realizar procedimientos médicos-quirúrgicos.
e) Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
f) Realización de estudios de laboratorio, imagenología o gabinete.
g) Traslados dentro y fuera del establecimiento.
h) Dotación de dietas.
i) Procedimientos invasivos o de alto riesgo que defina el establecimiento.
j) Inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
k) Aplicación de biológicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

l) Manejo de cadáveres y piezas anatómicas.

Además, el proceso debe incluir criterios claros para la identificación de pacientes con alteración del estado de conciencia, con limitaciones auditivas o lingüísticas, menores de edad o pacientes desconocidos. En estos casos, los datos deben validarse con el cuidador primario, familiar o mediante documentos clínicos disponibles. Ningún procedimiento debe realizarse hasta que la identidad haya sido confirmada de manera segura. Solamente, en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se deberá priorizar la atención antes de la identificación del paciente.

Todos los documentos del expediente clínico, los dispositivos médicos, medicamentos o soluciones administradas deben portar de forma legible los identificadores correspondientes.

El establecimiento debe asegurar que el proceso de identificación del paciente sea supervisado y monitoreado de forma sistemática para analizar la efectividad de las barreras de seguridad. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado, con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso de identificación del paciente con al menos dos datos obligatorios: nombre completo y fecha de nacimiento.

(2) El proceso se aplica antes de todos los momentos críticos de atención definidos por el establecimiento, incluyendo los señalados en los incisos de la a) a la l) de la guía.

(3) El establecimiento ha definido medios físicos de identificación, como brazaletes, tarjetas de cabecera o pie de cama, gafetes u otros equivalentes, disponibles y visibles en todo momento.

(4) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso de identificación del paciente y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de identificación del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listado documentado de momentos críticos definidos por el establecimiento para aplicar el proceso de identificación.
- Formato de brazalete, tarjeta, gafete u otro medio de identificación utilizado institucionalmente.
- Hoja de auditoría o supervisión del cumplimiento del proceso de identificación (observacional o documental).
- Resultados de análisis de cumplimiento del proceso de identificación.
- Materiales de sensibilización o capacitación al personal sobre la identificación del paciente.
- Actas o minutas de comités donde se hayan revisado hallazgos del proceso de identificación.
- Formato de expediente clínico que incluya los dos identificadores obligatorios en todas sus hojas.

b. Estándar 2/31. Comunicación efectiva (AESP 2). – Indispensable –

1. Guía.

La comunicación clara, estructurada y oportuna durante el proceso de atención médica en los hospitales es esencial para la continuidad segura del cuidado. Las órdenes e indicaciones verbales o telefónicas, así como la transmisión de resultados clínicos por estos medios, conllevan un mayor riesgo de error en comparación con las órdenes escritas o electrónicas.

Por ello, el establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional, elaborado con participación multidisciplinaria, que minimice los riesgos derivados de estas formas de comunicación, mediante la aplicación del proceso de seguridad: escuchar-escribir-leer-confirmar, que consiste en:

a) Escuchar completamente la indicación o el resultado.
b) Escribir la información tal como fue recibida (indicación o resultado de laboratorio o gabinete), ya sea en papel o en un medio electrónico.
c) Leer la indicación o el resultado en voz alta, tal como se escribió.
d) Confirmar con el emisor que la información es correcta y coincide con lo transmitido.

En casos donde este proceso no sea factible (por ejemplo, situaciones de urgencia, procedimientos invasivos o de alto riesgo), el establecimiento puede aplicar la alternativa escuchar-repetir - confirmar, siempre asegurando que exista un registro documentado de la indicación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe definir un lugar estandarizado específico donde se registre toda información recibida mediante esta barrera de seguridad, con el fin de evitar pérdidas o transcripción incorrecta de información.

Es indispensable que la información sea firmada por el personal responsable y competente de la emisión de las órdenes verbales y/o telefónicas

Las barreras de seguridad que incluyen la comunicación efectiva también se implementan:

i. Durante la transferencia de pacientes.
ii. En las prescripciones médicas y las anotaciones en documentos.
iii. En la referencia y/o contra referencia del paciente.
iv. Al egreso del paciente.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas donde exista riesgo asociado a la comunicación oral. El establecimiento debe asegurar que el proceso de comunicación efectiva sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado las áreas, servicios y situaciones donde pueden recibirse indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete de forma verbal o telefónica.
(2) Se ha definido, documentado e implementado un proceso institucional que incluye el uso del mecanismo de escuchar–escribir–leer–confirmar.
(3) El establecimiento ha definido un lugar estandarizado para registrar las indicaciones y resultados verbales o telefónicos.
(4) Se aplica el proceso de escuchar–escribir–leer–confirmar en las situaciones en que se recibe información clínica por vía verbal o telefónica.
(5) En situaciones en que no es posible aplicar el proceso completo, se utiliza el proceso alternativo escuchar–repetir–confirmar, conforme a lo definido institucionalmente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso de comunicación efectiva, y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de comunicación efectiva verbal o telefónica.
- Listado institucional de áreas o situaciones clínicas donde se reciben indicaciones o resultados verbales o telefónicos.
- Formato estandarizado de registro para indicaciones y resultados verbales (orden médica verbal, hoja de indicaciones telefónicas, etc.). dentro del expediente clínico.
- Bitácoras o registros institucionales que demuestren el uso del formato para indicaciones verbales.
- Reportes de auditorías u observaciones clínicas donde se evalúe la aplicación del proceso de comunicación segura.
- Materiales de capacitación y sensibilización al personal clínico y de apoyo sobre la comunicación segura y el uso de las barreras.
- Evidencia de sesiones educativas, talleres o capacitaciones documentadas (listas de asistencia, presentaciones, diplomas) sobre este proceso.
- Minutas de comités donde se hayan analizado hallazgos derivados de fallas en la comunicación verbal.
- Planes de mejora o acciones correctivas derivados del análisis de fallas en la comunicación verbal o telefónica.
- Documentación que demuestre supervisión periódica y retroalimentación al personal respecto al cumplimiento del proceso definido.

c. Estándar 3/31. Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3). – Indispensable –

1. Guía.

La gestión de la medicación es un componente esencial para la seguridad del paciente en los hospitales. Involucra todos los procesos relacionados con la farmacoterapia, desde la selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y preparación, hasta la administración y monitoreo. En este entorno, el uso de medicamentos de alto riesgo, como electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes por vía parenteral se asocian frecuentemente a eventos adversos graves o centinela.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El hospital debe realizar un análisis de riesgo que identifique todas las áreas en las que se preparan y administran estos medicamentos de alto riesgo. Como estrategia para prevenir errores graves, debe diseñar e implementar un proceso que abarque, al menos, los siguientes elementos clave:

a) Ubicación y almacenamiento seguro de medicamentos de alto riesgo: Los electrolitos concentrados no deben almacenarse de forma continua en áreas de atención directa al paciente, salvo que sea clínicamente indispensable y así lo justifique la práctica médica. Las áreas o servicios que los requieran deberán contar con espacios de almacenamiento claramente identificados y alejados de los demás medicamentos, con controles documentados de su uso y supervisión continua. Cuando se autorice su almacenamiento, debe haber una justificación clínica y validación institucional.
b) Identificación visual de medicamentos de alto riesgo: Cada frasco, ampolleta o presentación de medicamentos de alto riesgo debe portar una alerta visual, definida por el establecimiento y colocada adicionalmente a la etiqueta del fabricante. Esta alerta visual tiene como objetivo reforzar la conciencia del personal sobre el riesgo asociado.
c) Doble verificación: La doble verificación debe realizarse en los momentos de preparación y administración de los medicamentos anestésicos y medicamentos de alto riesgo, como electrolitos concentrados, insulinas y anticoagulantes parenterales. Esta verificación debe ser realizada por dos personas competentes y capacitadas, en el momento inmediato a la acción. Se exceptúan las situaciones de urgencia, debiendo documentarse posteriormente la justificación correspondiente.
d) Medicamentos LASA (*Look-Alike / Sound-Alike*): El establecimiento debe contar con un listado actualizado de medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA), identificado a partir del análisis de los eventos adversos, eventos centinela y cuasifalla relacionados con los procesos de medicación, las recomendaciones nacionales e internacionales, y el contexto clínico del establecimiento. Se deben implementar al menos dos barreras de seguridad para minimizar el riesgo de confusión, tales como etiquetas diferenciadas, almacenamiento separado, alertas visuales, estandarización de nombres o concentración, entre otras.
e) La implementación de barreras de seguridad dentro de los procesos:
    i. Adquisición de medicamentos de alto riesgo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ii. Almacenamiento de medicamentos, incluyendo los de alto riesgo.
iii. Prescripción de medicamentos, incluyendo LASA, medicamentos de alto riesgo y las solicitudes de nutrición parenteral total.
iv. Transcripción de medicamentos, cuando aplique.
v. Dispensación de medicamentos.
vi. Recepción de medicamentos.
vii. Preparación de medicamentos.
viii. Administración de medicamentos.

f) Capacitación y sensibilización del personal: Todo el personal involucrado en el proceso de prescripción, preparación y administración de medicamentos debe recibir capacitación periódica en temas de seguridad del paciente, doble verificación, manejo de medicamentos LASA y procedimientos específicos del establecimiento.

La seguridad en el proceso de medicación también incluye la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas relacionados.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas donde se administren medicamentos de alto riesgo. El establecimiento debe asegurar que el proceso sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlos dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la gestión segura de medicamentos de alto riesgo.

(2) El proceso incluye al menos lo definido en los incisos de la a) a la f) de la guía.

(3) La doble verificación se realiza conforme a lo definido por el establecimiento y está documentada. En situaciones de urgencia, se documenta la omisión con justificación clínica.

(4) Se lleva a cabo la medición y el análisis de los datos derivados de la implementación del proceso de medicación segura, incluyendo

SIN VALIDEZ OFICIAL

eventos adversos, cuasifallas y medidas correctivas implementadas.

(5)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria, que analiza los hallazgos y genera acciones de mejora con base en los datos obtenidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Listado institucional actualizado de medicamentos LASA y sus barreras de seguridad.
- Bitácoras o formatos de doble verificación de electrolitos, insulinas y anticoagulantes.
- Registros de capacitación al personal clínico y de farmacia sobre medicamentos de alto riesgo y LASA.
- Actas de los Comités donde se analicen eventos relacionados a errores de medicación.
- Registros de supervisión directa o auditorías sobre cumplimiento del proceso.
- Reportes o gráficas de indicadores de seguridad en medicación (eventos adversos, cuasifallas).

d. Estándar 4/31. Seguridad en los procedimientos (AESP 4). – Indispensable –

1. Guía.

Los procedimientos realizados de forma incorrecta son una causa frecuente de eventos adversos en los hospitales. Estos errores pueden ser resultado de diversos factores, entre ellos, fallas de comunicación entre el personal, a la participación limitada del paciente, a la ausencia de protocolos de seguridad previos al procedimiento o una cultura que no apoya la comunicación abierta entre el equipo multidisciplinario.

Para prevenir estos eventos, el establecimiento debe diseñar, implementar y mantener el protocolo universal que estandarice el proceso de seguridad en todos los procedimientos invasivos o de alto riesgo realizados dentro y fuera del quirófano. Este protocolo debe ser construido mediante análisis multidisciplinario, estar documentado y aplicarse sistemáticamente.

El protocolo universal incluye tres componentes esenciales:

a) Marcado del sitio quirúrgico: Previo a la realización del procedimiento dentro o fuera del quirófano, se debe realizar con una marca estandarizada e inequívoca sobre la piel, definida por el

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecimiento, visible incluso después de la preparación del paciente. Debe evitarse el uso de la letra "X". El marcado debe realizarse preferentemente con el paciente despierto y con la participación de este o de su cuidador primario cuando no se encuentre en condiciones que le permitan participar en el proceso.

La marca debe permanecer después de la asepsia y antisepsia y debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento.

El sitio quirúrgico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples o niveles múltiples. Si el procedimiento se realiza en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel, se podrá realizar un marcaje documental.

El marcaje se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

b) Como parte de los procesos de atención quirúrgica segura, el establecimiento implementa una Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC) que debe aplicarse a todos los pacientes que se someten a procedimientos quirúrgicos, tanto dentro como fuera del quirófano, así como en procedimientos invasivos y de alto riesgo definidos por el establecimiento. La LVSC debe contemplar tres momentos clave de la atención quirúrgica: entrada, pausa quirúrgica y salida del quirófano/sala de procedimientos y debe ser coordinada por un integrante del equipo quirúrgico designado. La aplicación de esta lista permite asegurar la identidad del paciente, el sitio y procedimiento quirúrgico correctos, la preparación clínica, técnica y logística del equipo, y la comunicación efectiva entre los profesionales involucrados.

Cada fase incluye acciones específicas, como la confirmación verbal de identidad, evaluación de riesgos anestésicos y hemorrágicos, verificación de documentos, instrumental, insumos críticos y profilaxis antibiótica, así como la identificación y resolución de eventos críticos durante y después de la cirugía.

La lista debe ser firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico al finalizar el procedimiento y se integra como parte del expediente clínico del paciente. El establecimiento puede adaptar el formato a sus necesidades, siempre que asegure la verificación de los elementos mínimos de seguridad definidos para cada fase.

Verificación pre-procedimiento: se lleva a cabo antes del procedimiento para confirmar:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Identificación del paciente correcto (de acuerdo con la AESP 1).
ii. Procedimiento correcto.
iii. Disponibilidad y verificación de documentos clínicos relevantes y que estén identificados.
iv. Presencia y funcionamiento adecuado de los equipos y/o dispositivos médicos a utilizar.
v. Presencia de alergias o riesgo de sangrado.

c) Tiempo fuera para procedimientos fuera de quirófano: El establecimiento identifica los procedimientos o tratamientos donde realizara el tiempo fuera antes de iniciar, incluye al menos: Transfusión de sangre y hemocomponentes, radioterapia, terapia de remplazo renal con hemodiálisis, toma de biopsia, procedimientos odontológicos que requieran de anestesia y/o sedación, colocación/retiro de dispositivos, estudios de gabinete que requieren medios de contraste, colocación y manejo de accesos vasculares centrales.

En este momento de verificación, lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos. La confirmación se lleva a cabo en el lugar donde se realiza el procedimiento, justo antes de comenzar, e implica la participación de todo el equipo que está involucrado en la realización del procedimiento. En procedimientos unipersonales, se debe involucrar a un segundo colaborador clínico en la validación y documentar conforme al procedimiento definido por el establecimiento.

Cada establecimiento, de acuerdo con su contexto puede determinar si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera.

Adicionalmente, el establecimiento debe educar a pacientes y cuidadores sobre el protocolo universal, su utilidad y su participación en el proceso.

El establecimiento debe asegurar que el proceso del protocolo universal sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un Protocolo Universal y/o aplicación de tiempo fuera que garantiza la seguridad del procedimiento, del paciente y del sitio quirúrgico correcto.

(2)El protocolo universal y/o aplicación de tiempo fuera incluye los tres componentes esenciales de los incisos a) al c) de la guía.

(3)El establecimiento ha identificado los procedimientos que requieren la aplicación del protocolo universal o del componente tiempo fuera, según su nivel de riesgo.

(4)El procedimiento del tiempo fuera se documenta conforme a lo definido por el establecimiento.

(5)Se brinda educación a pacientes y cuidadores respecto al protocolo universal o tiempo fuera, con evidencia de su participación informada.

(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del protocolo universal, analiza los hallazgos de cumplimiento e implementa acciones de mejora derivadas del análisis.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional documentado sobre el uso del protocolo universal y/o aplicación del tiempo fuera.
- Lista de verificación institucional para la realización de procedimientos invasivos o de alto riesgo.
- Formatos institucionales que documenten el marcaje del sitio quirúrgico cuando corresponda.
- Evidencia de capacitación al personal clínico sobre la implementación del protocolo universal, el marcaje del sitio quirúrgico y la realización del Tiempo Fuera.
- Registros de auditoría o supervisión sobre el cumplimiento del protocolo universal (observaciones directas o revisión de expedientes).
- Actas de comités en las que se analicen hallazgos derivados de la supervisión de este proceso y se definan acciones de mejora.

e. Estándar 5/31 Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5). – Indispensable –

1. Guía.

La prevención y el control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son esenciales para garantizar la seguridad del paciente en

SIN VALIDEZ OFICIAL

hospitales, debido al contacto frecuente con distintos profesionales de la salud, sus intervenciones y la vulnerabilidad de la población atendida. La higiene adecuada de manos representa la principal medida para evitar la transmisión cruzada de agentes infecciosos durante la atención clínica.

El establecimiento debe diseñar e implementar un programa integral de higiene de manos como barrera de seguridad primaria para prevenir las IAAS. Este programa debe desarrollarse con enfoque de sistema, participación multidisciplinaria y basarse en las recomendaciones vigentes de la OMS, incluyendo los cinco momentos para la higiene de manos.

El programa integral de higiene de manos debe contemplar, al menos:

a) Monitoreo periódico de la calidad del agua, especialmente la medición del cloro residual, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Abasto de insumos necesarios: jabón, gel con base de alcohol, toallas desechables, dispensadores y puntos de higiene.
c) Educación a pacientes, cuidadores y visitantes sobre el rol de la higiene de manos como medida de seguridad.
d) Capacitación sistemática al personal clínico, no clínico, recurso humano en formación, visitantes y personal subrogado, sobre técnica adecuada de higiene de manos.
e) Evaluación, monitorización y análisis periódico de los datos relacionados con la implementación del programa.

El programa se debe incorporar como parte del sistema para la prevención y control de infecciones del establecimiento.

El hospital cuenta con una Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), responsable de coordinar y supervisar las acciones de vigilancia, prevención y control de las IAAS. Entre sus funciones mínimas se incluyen: la monitorización continua de las IAAS y sus factores de riesgo; la identificación de áreas de oportunidad para la mejora de procesos relacionados; y la generación de informes mensuales con análisis epidemiológico del comportamiento de las infecciones, los cuales deben ser presentados ante los grupos colegiados correspondientes. Asimismo, la UVEH coordina las actividades de prevención y control que ejecutan las áreas clínicas, administrativas y de apoyo del hospital, asegurando la estandarización y efectividad de las intervenciones institucionales.

El establecimiento debe asegurar que el programa sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o

SIN VALIDEZ OFICIAL

verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado, con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso, considerando la aplicación de herramientas validadas para prevención y reducción de IAAS e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa integral de higiene de manos que forma parte del sistema para la prevención y control de infecciones.

(2)El programa incluye, al menos, los componentes del inciso a) al e) de la guía.

(3)Se encuentra documentada evidencia de la implementación del programa, incluyendo registros de capacitación, materiales educativos, listas de verificación, bitácoras de supervisión y actas de revisión de resultados.

(4)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del programa integral de higiene de manos, analiza los hallazgos de cumplimiento y genera acciones de mejora para reforzar su implementación efectiva.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa integral de higiene de manos implementado por el establecimiento.
- Documento institucional con los resultados de medición del cloro residual en agua, conforme a la legislación aplicable vigente.
- Registros de capacitación al personal clínico, no clínico, en formación, subrogado y visitantes en temas de higiene de manos.
- Materiales de sensibilización dirigidos a pacientes, familiares y cuidadores sobre la importancia de la higiene de manos.
- Bitácoras de supervisión o auditoría sobre disponibilidad de insumos para higiene de manos (agua, jabón, gel base alcohol, toallas).
- Evidencia de retroalimentación y análisis de los datos generados por la implementación del programa integral de higiene de manos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Minutas o reportes de comités donde se discutan acciones preventivas relacionadas con IAAS.
- Cédula única de gestión de paquetes de acciones para la Prevención de IAAS, si aplica según el tipo de unidad

f. Estándar 6/31. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6). – Indispensable –

1. Guía.

Las caídas constituyen una de las causas más frecuentes de daño evitable en los establecimientos de atención médica. En el contexto de un hospital, la evaluación y reevaluación sistemática del riesgo de caídas es fundamental debido a los cambios fisiológicos que pudieran experimentan los pacientes antes, durante y después de la atención.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional estandarizado para la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas, diseñado a través de un análisis multidisciplinario y con base en el perfil de los pacientes atendidos. Este proceso debe contemplar al menos los siguientes componentes:

a) La aplicación de una herramienta validada o criterios clínicos definidos por el establecimiento, adecuados a la población y contexto.
b) La evaluación al ingreso del paciente al establecimiento como parte de la valoración clínica inicial.
c) La reevaluación en momentos críticos: cambio de turno, cambio de área o servicio, cambio en el estado fisiológico; cambio, modificación o finalización del tratamiento, si aplica.
d) El registro del resultado de cada evaluación en el expediente clínico, de modo que facilite su reevaluación y el seguimiento periódico.
e) El uso de un sistema de alerta visual (como etiquetas o marcadores en la ficha o en el entorno físico) que indique el nivel de riesgo identificado.
f) La comunicación al paciente o cuidador primario sobre el nivel de riesgo de caídas y las medidas de seguridad para prevenirlas.

A partir del resultado de la evaluación, deben implementarse medidas preventivas individualizadas y documentadas. Estas pueden incluir asistencia para la movilización, ajustes en el entorno, barreras físicas, educación al paciente, entre otras.

Además, el establecimiento debe promover activamente la participación del paciente y/o cuidador primario mediante acciones de educación y comunicación clara sobre las medidas de prevención, fomentando la corresponsabilidad en la seguridad durante su atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas. El establecimiento debe asegurar que el proceso sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estandarizado para la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas en todos los pacientes.

(2) El proceso contempla los componentes mencionados en el inciso a) al f) de la guía.

(3) El establecimiento ha definido quién es el personal responsable de la evaluación y reevaluación, así como de implementar las medidas de reducción del riesgo.

(4) Se implementan medidas de prevención individualizadas conforme al nivel de riesgo identificado.

(5) Se proporciona educación al paciente y/o cuidador primario sobre las medidas de prevención de caídas.

(6) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que defina el proceso de evaluación y reevaluación de caídas.
- Formato o herramienta de evaluación del riesgo de caídas.
- Bitácoras, listas de verificación o registros de supervisión del proceso de evaluación de riesgo de caídas.
- Actas o minutas de reuniones de los comités donde se analicen datos sobre caídas.
- Materiales educativos para el paciente y cuidador primario sobre prevención de caídas.
- Reporte de análisis de datos de implementación de la barrera de seguridad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/31. Integración del sistema de gestión del talento humano. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con un sistema de gestión del talento humano, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos relacionados con el personal clínico (personal médico, enfermería, nutrición, técnicos, entre otros) y no clínico (personal de intendencia, ingeniería, mantenimiento, seguridad, administrativo, entre otros). Este sistema tiene como propósito garantizar que todo el personal cuente con las competencias, habilidades, conocimientos necesarios para brindar servicios seguros, en alineación con los objetivos institucionales y las necesidades de los pacientes.

Los líderes del establecimiento son responsables de definir las competencias, habilidades, conocimientos, educación y demás requisitos necesarios para otorgar los servicios de atención y responder a las necesidades de los pacientes, considerando las características del establecimiento, la complejidad de los servicios, los procesos críticos y las tecnologías utilizadas. Para proyectar las necesidades del personal, los líderes deben considerar al menos los siguientes factores:

- La filosofía del establecimiento (misión, visión y valores).
- El tipo de pacientes que atiende el establecimiento, la complejidad y gravedad de sus condiciones.
- Los servicios que ofrece.
- Las barreras de seguridad implementadas en los procesos.
- La tecnología utilizada en la atención al paciente.
- La estructura organizacional indispensable para la operación segura y continua.

El sistema debe contemplar al menos los siguientes procesos:

- Definición de funciones o privilegios.
- Reclutamiento y selección del personal.
- Asignación y reasignación.
- Orientación e inducción.
- Capacitación continua.
- Evaluación del desempeño.
- Reconocimiento del personal.
- Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.

El objetivo del sistema es alinear los procesos clínicos y de gestión con la capacitación, la evaluación del desempeño y la retroalimentación del personal, fortaleciendo así la seguridad y calidad del establecimiento. Dado que los servicios de salud son brindados por personas a personas,

SIN VALIDEZ OFICIAL

la mejora en el desempeño del personal impacta directamente en el desempeño organizacional. La implementación de procesos seguros requiere personal competente y consciente de su rol en el cumplimiento oportuno y correcto de las barreras de seguridad.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de los procesos, con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados con el desempeño del personal y la operación del establecimiento.
b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad relacionados con la gestión del talento humano.
c) Capacitación continua del personal responsable de coordinar y ejecutar los procesos del sistema.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de los resultados de los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

La supervisión del sistema debe ser realizada por personas o grupos con las competencias necesarias, y no es responsabilidad exclusiva del área de recursos humanos, sino un compromiso institucional que involucra a todas las áreas del establecimiento y a sus procesos clínicos y de gestión.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un sistema de gestión del talento humano, adecuado a su misión, al tipo de pacientes que atiende, los servicios ofrecidos, las barreras de seguridad, la tecnología utilizada y la estructura indispensable para la operación del establecimiento; y toma en cuenta las competencias, habilidades, conocimientos, educación y demás requisitos definidos por los líderes.

(2) El sistema integra, al menos, los siguientes procesos:

(2.1) Definición de funciones y privilegios
(2.2) Reclutamiento y selección del personal
(2.3) Asignación y reasignación

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.4) Orientación e inducción
(2.5) Capacitación continua
(2.6) Evaluación del desempeño
(2.7) Reconocimiento del personal
(2.8) Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal

(3)La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos de la a) al g) en la guía.

(4)El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario, que involucra a todo el personal clínico y no clínico y todas las áreas clínicas, administrativas y de apoyo.

(5)La supervisión se realiza de manera integral y abarca todos los procesos y áreas del establecimiento.

(6)El establecimiento cuenta con un Plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de gestión del talento humano

(A). Referencia de apoyo.

- Plan documentado del sistema que establece cómo se desarrolla, implementa, supervisa y mejora el sistema de competencias y capacitación.
- Matriz de competencias por perfil de puesto, con los requisitos definidos (educación, conocimientos, habilidades, experiencia). Evidencia de procesos de reclutamiento, selección, asignación y reasignación del personal (convocatorias, entrevistas, actas de comisión, formatos de asignación).
- Programas de inducción y orientación al personal de nuevo ingreso, clínico y no clínico.
- Planes o cronogramas de capacitación continua, específicos por rol o área (clínica, administrativa, técnica).
- Registros de capacitación, incluyendo listas de asistencia, contenidos impartidos, evaluaciones de aprendizaje o impacto.
- Instrumentos y reportes de evaluación del desempeño del personal.
- Política o protocolo de reconocimiento institucional al personal.
- Documentación de acciones para la atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal (por ejemplo: vacunación, vigilancia epidemiológica, manejo de riesgos laborales).
- Minutas, actas o reportes de supervisión multidisciplinaria del sistema, que evidencien participación activa de áreas clínicas y administrativas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Indicadores de desempeño del sistema (por ejemplo: porcentaje de personal con inducción completada, cobertura de capacitación, cumplimiento de planes de mejora).

h. Estándar 8/31. Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con un sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con la funcionalidad, mantenimiento y seguridad del entorno físico. Este sistema tiene como propósito garantizar espacios seguros, funcionales y confiables, que respalden la atención clínica y administrativa, protejan a pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y aseguren la continuidad operativa del establecimiento. El sistema debe adecuarse al tamaño, complejidad, riesgos y contexto del establecimiento, e integrarse en todas las actividades que puedan impactar la seguridad estructural, ambiental y operativa. El sistema puede abarcar los enfoques, según las características del establecimiento, áreas y procesos como:

i. Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
ii. Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
iii. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
iv. Gestión del equipo médico.
v. Servicios prioritarios para la operación: (energía eléctrica, agua, gases medicinales, ventilación, etc.).
vi. Manejo de emergencias externas y continuidad operativa.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de cada componente del sistema con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados.
b) Implementación de procesos seguros y mecanismos de control o respuesta, adecuados a cada área y servicios involucrados
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado, según sus funciones.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y a cargo de un equipo multidisciplinario con las competencias adecuadas.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área de mantenimiento o ingeniería biomédica. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, adecuado al tamaño, ubicación, complejidad, servicios ofrecidos y tipo de pacientes que atiende.
(2) El sistema integra, al menos, las siguientes áreas clave del entorno físico:
  (2.1) Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
  (2.2) Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
  (2.3) Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
  (2.4) Gestión y mantenimiento del equipo médico.
  (2.5) Servicios prioritarios para la operación (energía eléctrica, agua, gases medicinales, ventilación, etc.).
  (2.6) Manejo de emergencias externas y continuidad operativa.
(3) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos de inciso a) al g) de la guía.
(4) El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario y con la participación activa de las áreas clínicas, técnicas y administrativas.
(5) La supervisión del sistema abarca todas las instalaciones y servicios involucrados, según el contexto del establecimiento.
(6) El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan documentado del sistema que describa su estructura, componentes, responsables, procesos de supervisión y mejora.
- Mapa o inventario de infraestructura crítica, incluyendo servicios prioritarios (electricidad, agua, ventilación, gases medicinales, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Protocolos y procesos operativos estándar relacionados con seguridad estructural, ambiental y operativa.
- Bitácoras o registros de inspección, monitoreo y mantenimiento de infraestructura, servicios esenciales y equipo médico.
- Evidencia de capacitaciones al personal clínico y no clínico, específicamente sobre aspectos de seguridad e infraestructura.
- Reportes técnicos de supervisión integral, firmados por personal competente y equipos multidisciplinarios.
- Registros de análisis de riesgos y problemas detectados, con sus respectivas medidas de control o respuesta implementadas.
- Minutas o reportes de reuniones con áreas clínicas, administrativas y técnicas, que evidencien participación activa en el sistema.
- Informes periódicos dirigidos al liderazgo del establecimiento, sobre avances, hallazgos, mejoras o necesidades de inversión.
- Indicadores de desempeño del sistema, como cumplimiento de mantenimiento programado, tiempo de respuesta a fallas, número de incidentes estructurales reportados, etc.
- Evidencia de mejora continua, como proyectos de intervención, corrección o rediseño implementados con base en hallazgos del sistema.

i. Estándar 9/31. Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El hospital debe contar con procesos de seguridad definidos e implementados en los servicios de radiología e imagen propios, incluyendo modalidades como radiología convencional, ultrasonido, u otros cuando corresponda. Estos procesos deben garantizar la protección del personal, los pacientes y el entorno, alineándose con los riesgos identificados, la legislación aplicable y los procesos clínicos y de gestión de los sistemas del modelo.

Deben considerar, al menos lo siguiente:

a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal (EPP), acorde a las prácticas realizadas, los riesgos y problemas identificados.
b) Capacitación y orientación del personal sobre procesos y prácticas de seguridad en imagenología.
c) Seguimiento clínico y dosimétrico al personal ocupacionalmente expuesto a radiación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Manejo de residuos peligrosos, incluyendo su manipulación, almacenamiento temporal y disposición final, cuando aplique.

Para su implementación, el establecimiento debe considerar:

i. Planeación preventiva basada en análisis de riesgos y problemas identificados.
ii. Implementación de procesos seguros.
iii. Capacitación del personal.
iv. Monitorización y supervisión integral de los procesos.
v. Participación en programas internos y externos de aseguramiento de calidad.

Cuando los servicios son subrogados, estos procesos deben estar contemplados dentro de las especificaciones de calidad acordadas.

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido, documentado e implementado procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen que incluyen, al menos del inciso a) a la d) de la guía.

(2)Los procesos de seguridad están implementados en los servicios de radiología e imagen.

(3)Se monitorizan periódicamente los procesos mediante indicadores definidos y se documenta dicha supervisión.

(4)El personal ha sido capacitado formalmente en materia de seguridad radiológica y ocupacional.

(5)Existe equipo de protección personal adecuado y disponible según los estudios realizados y riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de seguridad para servicios de imagen.
- Procesos operativos estándar sobre protección radiológica y prácticas seguras.
- Registros de capacitación en seguridad para el personal de imagenología.
- Bitácoras de seguimiento dosimétrico del personal expuesto.
- Indicadores institucionales de seguridad en imagenología.
- Informes de supervisión y monitoreo documentado.
- Registros y etiquetas de residuos peligrosos generados.
- Inventario y disponibilidad de EPP y dispositivos de protección.

SIN VALIDEZ OFICIAL

j. Estándar 10/31. Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con procesos definidos e implementados para garantizar la seguridad del paciente durante la atención en los servicios de radiología e imagen, ya sean propios o subrogados. Estos procesos deben estar alineados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento, así como con las AESP cuando apliquen.

Los procesos deben incluir, al menos:

a) Identificación correcta del paciente conforme a la AESP 1, mediante el uso de dos datos institucionalmente definidos, aplicados en la solicitud, verificación antes del procedimiento e informe de resultados.
b) Prevención de caídas durante la estancia en sala de espera, traslado, posicionamiento y egreso del paciente AESP 6.
c) Manejo inmediato de reacciones adversas al medio de contraste, cuando se utilicen en procedimientos invasivos. Esto incluye la disponibilidad de equipo, medicamentos y un protocolo estandarizado de respuesta.
d) Vigilancia de las condiciones clínicas del paciente durante su permanencia en áreas de espera, preparación y realización del estudio.

La implementación de estos procesos es obligatoria tanto en servicios propios como subrogados, por lo que en este último caso deben integrarse en las especificaciones de calidad formalizadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen, vinculados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(2) Los procesos contemplan al menos los elementos a) al d) descritos en la guía.
(3) Los servicios subrogados de radiología e imagen cuentan con cláusulas contractuales que incorporan estos procesos y son objeto de verificación.
(4) El cumplimiento de estos procesos se supervisa periódicamente mediante indicadores definidos, y se cuenta con evidencia documentada de su seguimiento e implementación de acciones de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales de seguridad del paciente en radiología e imagen.
- Protocolo para el manejo de reacciones adversas al medio de contraste (incluye medicamentos, EPP, entrenamiento).
- Bitácoras o reportes de incidentes relacionados con identificación errónea o caídas en áreas de imagen.
- Supervisiones documentadas del cumplimiento en servicios subrogados.
- Evidencia de inclusión de estos procesos en las especificaciones de calidad contractuales.
- Formatos de verificación de identificación del paciente.

k. Estándar II/31. Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El hospital debe contar con procesos de seguridad implementados en los servicios de laboratorio propios, alineados a los riesgos y problemas del área. Para los laboratorios subrogados, estos elementos pueden incluirse dentro de las especificaciones de calidad definidas contractualmente.

Los procesos de seguridad en el laboratorio deben contemplar la protección del personal, los pacientes y la infraestructura, y abarcar las etapas preanalítica, analítica y postanalítica. Deben estar integrados al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, al sistema de gestión del talento humano, y considerar la aplicación de las acciones esenciales de seguridad del paciente, cuando corresponda.

El programa debe considerar al menos lo siguiente:

a) Manipulación y desecho seguro de materiales, sustancias y residuos peligrosos e infecciosos.
b) Disponibilidad y uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal (EPP) adecuados para los riesgos identificados.
c) Capacitación y orientación del personal del laboratorio en procesos, prácticas seguras y materiales peligrosos.
d) Actualización y educación ante nuevos procesos o materiales recientemente adquiridos o reconocidos como peligrosos.
e) Aplicación del programa de control interno de calidad para todos los estudios realizados que incluya la etapa preanalítica, analítica y postanalítica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Participación en al menos un programa de control externo de calidad, de acuerdo con las pruebas realizadas.

La integración e implementación del programa de seguridad debe contemplar:

i. Planeación basada en análisis de riesgos y problemas.
ii. Implementación de procesos seguros.
iii. Capacitación del personal.
iv. Monitorización y supervisión integral de los procesos.
v. Participación en programas internos y externos de aseguramiento de calidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de seguridad en los servicios de laboratorio propios, que considera al menos los elementos definidos en los incisos a) a f) de la guía.

(2) El programa está alineado al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, al sistema de gestión del talento humano y a las acciones esenciales para la seguridad del paciente, cuando corresponda.

(3) El programa contempla la planeación basada en análisis de riesgos y problemas identificados en el laboratorio, y documenta la priorización de dichos riesgos.

(4) Se han implementado procesos seguros en las etapas preanalítica, analítica y postanalítica.

(5) El personal del laboratorio cuenta con capacitación documentada en procesos de seguridad, uso de EPP y manejo de materiales peligrosos, conforme a sus funciones.

(6) El laboratorio aplica un programa de control interno de calidad para todos los estudios que realiza, con evidencia de seguimiento y acciones ante desviaciones detectadas.

(7) El laboratorio participa en al menos un programa de control externo de calidad, acorde con los estudios que realiza, y se cuenta con evidencia de los resultados obtenidos y acciones derivadas.

(8) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión y monitoreo multidisciplinario del programa de seguridad del laboratorio, y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del programa de seguridad del laboratorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listado y evidencia de dispositivos de seguridad y EPP disponibles.
- Bitácoras o reportes de supervisión y monitorización de prácticas de seguridad.
- Registros de capacitación del personal en temas de bioseguridad y seguridad ocupacional.
- Registros de participación en control interno y externo de calidad.
- Procesos operativos estándar de seguridad y manejo de residuos.
- Informes de evaluación de riesgos específicos del área de laboratorio.

I. Estándar 12/31. Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con procesos definidos, documentados e implementados para garantizar la seguridad del paciente en todas las fases del ciclo del laboratorio clínico (preanalítica, analítica y postanalítica), ya sean servicios propios o subrogados.

Estos procesos deben estar alineados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, así como con las AESP que apliquen, incluyendo la identificación correcta, la prevención de errores en la toma de muestra, la prevención de caídas, y la respuesta ante eventos adversos, entre otros.

El enfoque de seguridad debe contemplar al menos los siguientes aspectos:

a) Identificación correcta del paciente, conforme a la AESP 1, utilizando dos datos institucionalmente definidos durante la solicitud del estudio, la toma de muestra y la entrega de resultados.

b) Verificación de la solicitud y del tipo de muestra requerida, para evitar errores en la preparación del paciente o en la indicación médica.

c) Prevención de caídas durante el ingreso, permanencia y egreso del paciente en el área de laboratorio, especialmente durante la toma de muestra en pacientes pediátricos, adultos mayores o con movilidad reducida (AESP 6).

d) Monitoreo del paciente durante y después de la toma de muestra, con énfasis en identificar y responder a reacciones adversas como lipotimias, hematomas, sangrado persistente o dolor.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Manejo estandarizado de reacciones adversas, incluyendo la disponibilidad de equipo, insumos y un protocolo clínico documentado para la atención inmediata.

La implementación de estos procesos es obligatoria tanto en servicios propios como subrogados, por lo que en este último caso deben integrarse en las especificaciones de calidad formalizadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de seguridad del paciente para los servicios de laboratorio clínico, integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) Los procesos contemplan al menos los elementos a) al e) descritos en la guía.

(3) Los servicios subrogados de laboratorio clínico cuentan con cláusulas contractuales que incorporan estos procesos y son objeto de verificación.

(4) El cumplimiento de estos procesos se supervisa periódicamente mediante indicadores definidos, y se cuenta con evidencia documentada de su seguimiento e implementación de acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos documentados de seguridad del paciente en laboratorio clínico, incluyendo fases preanalítica, analítica y postanalítica.
- Procedimientos institucionales para la correcta identificación del paciente durante la toma de muestra.
- Protocolos de preparación y verificación de muestras, así como de respuesta ante errores de solicitud o toma.
- Registro de incidentes o eventos adversos en el servicio de laboratorio clínico.
- Protocolos y formatos para el manejo de reacciones adversas (por ejemplo: lipotimia, sangrado persistente, hematomas).
- Evidencia de supervisiones periódicas del cumplimiento de los procesos de seguridad en laboratorio.
- Reportes de evaluación o auditoría interna de los servicios de laboratorio propios y subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Cláusulas contractuales con proveedores de laboratorio subrogado que incluyan requisitos de seguridad del paciente.

m.Estándar 13/31. Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.

1. Guía.

El hospital debe contar con procesos definidos e implementados para el manejo seguro y trazable de muestras biológicas, que garanticen la integridad diagnóstica, la seguridad del personal, la identificación del paciente y la continuidad operativa del laboratorio.

Estos procesos aplican tanto a los servicios de laboratorio propios como subrogados, por lo que, en el caso de servicios contratados, deben estar incluidos en las especificaciones de calidad.

La cadena de manejo de muestras incluye al menos los siguientes procesos:

a) Solicitud de análisis, con los datos de identificación del paciente y del análisis requerido.
b) Recolección e identificación de muestras, asegurando el uso de los dos identificadores institucionales y prácticas seguras.
c) Transporte, almacenamiento y conservación, garantizando las condiciones definidas para cada tipo de muestra (temperatura, contención, tiempo, etc.).
d) Recepción e ingreso al sistema, con asignación de código, registro y trazabilidad desde el punto de origen.
e) Rastreo institucional de las muestras, desde la solicitud hasta el resultado, incluyendo procesos intermedios cuando aplica (como reenvío a laboratorio subrogado o pruebas adicionales).

El cumplimiento de estos procesos permite minimizar errores preanalíticos, prevenir pérdidas o deterioro de muestras, y asegurar la validez clínica del resultado.

Cuando se utilizan servicios subrogados, el establecimiento debe verificar que estos procesos estén incluidos como parte de la entrega del servicio, con mecanismos de supervisión establecidos.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos sobre la cadena de manejo de muestras que incluyen del inciso a) al e) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Cuando se utilizan servicios subrogados, el establecimiento supervisa que estos procesos se realicen conforme a las especificaciones de calidad acordadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos operativos estándar para solicitud, recolección, transporte, almacenamiento, recepción y rastreo de muestras.
- Registros o bitácoras de trazabilidad de muestras biológicas.
- Ejemplares de formularios o sistemas de solicitud de análisis.
- Protocolos de identificación de muestras con dos identificadores.
- Evidencia documental de supervisión a servicios subrogados (reportes, actas, minutas).
- Manuales o instructivos de bioseguridad aplicables al manejo de muestras.
- Auditorías o revisiones internas sobre cumplimiento del proceso.

n. Estándar 14/31. Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con sistema para la gestión segura del uso de medicamentos, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con el manejo de medicamentos en todas las áreas o servicios. Este sistema tiene como propósito asegurar una farmacoterapia segura, efectiva y centrada en el paciente, que contribuya a la calidad de la atención y a la prevención de riesgos asociados al uso de medicamentos.

El sistema debe cubrir, al menos, las siguientes fases del proceso de medicación, conforme al contexto operativo del establecimiento:

i. Selección y adquisición
ii. Almacenamiento
iii. Prescripción
iv. Transcripción
v. Distribución / Dispensación
vi. Preparación
vii. Administración
viii. Control y monitorización

Todas las fases deben desarrollarse en apego a la legislación sanitaria vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de cada fase con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados,
b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad en cada fase del proceso de medicación.
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área farmacéutica. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un sistema integrado para la gestión del uso de medicamentos, que contempla las fases descritas cuando son aplicables al contexto, del inciso i) al viii) de la guía.
(2) La integración del sistema incluye, al menos, lo definido en los incisos a) a g) de esta guía.
(3) El desarrollo, operación y supervisión del sistema está documentado en un plan.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional que documenta la estructura, fases, responsables, procesos y metas del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
- Actas de reuniones multidisciplinarias sobre el sistema.
- Indicadores o métricas de desempeño del sistema (ej. errores de medicación reportados, adherencia a procesos).
- Informes anuales del sistema dirigidos al gobierno y líderes del establecimiento
- Procesos documentos para cada fase del proceso de medicación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de capacitación del personal sobre los procesos institucionales y el uso seguro de medicamentos.
- Resultados de auditorías internas o externas relacionadas con el proceso de medicación.

o. Estándar 15/31. Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.

1. Guía.

El hospital debe garantizar la trazabilidad completa de los medicamentos e insumos para la salud, desde su adquisición hasta la administración al paciente, con el objetivo de:

i. Reducir el riesgo de uso de medicamentos falsificados, contaminados, alterados o vencidos.
ii. Asegurar la legitimidad del origen de los productos y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
iii. Facilitar la identificación y análisis de eventos adversos y errores de medicación.

Este proceso es particularmente importante en el contexto de los establecimientos, donde se manejan medicamentos de alto riesgo, cuya adecuada conservación, preparación y administración es esencial para la seguridad del paciente.

El sistema de trazabilidad debe contemplar, al menos, los siguientes elementos:

a) Validación de proveedores: El establecimiento debe adquirir medicamentos exclusivamente de proveedores que cuenten con licencia sanitaria, aviso de funcionamiento y responsable sanitario vigentes, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Recepción documentada: Todo medicamento o insumo recibido debe ir acompañado de documentos fiscales válidos (factura o remisión), firmados y fechados por personal capacitado, que acrediten la tenencia legítima del producto. El personal responsable de esta actividad debe haber recibido capacitación documentada.
c) Muestreo al ingreso: El establecimiento debe realizar verificaciones aleatorias o dirigidas de los productos recibidos, con criterios establecidos por el establecimiento, considerando tipo de producto, riesgo, historial del proveedor y volumen recibido.
d) Condiciones de almacenamiento: Los medicamentos deben organizarse en un espacio físico adecuado, identificado mediante un planograma o diagrama, que garantice condiciones de almacenamiento óptimas (temperatura, humedad, protección

SIN VALIDEZ OFICIAL

lumínica) y separación adecuada de productos con diferente clasificación o fecha de vencimiento.

e) Registro de entradas y salidas: El establecimiento debe mantener un sistema de control físico o digital que registre todas las entradas y salidas de medicamentos, incluyendo fecha, lote, caducidad y responsable. Este registro es clave para facilitar el seguimiento en caso de eventos adversos o retiro del producto.

f) Preparación y administración: Antes de preparar o administrar un medicamento, el personal clínico debe verificar y registrar el lote y fecha de caducidad, como una medida de seguridad obligatoria. Esta trazabilidad debe quedar asentada en el expediente clínico o formato correspondiente.

g) Cumplimiento normativo: Todo este sistema debe estar alineado con la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado acciones para garantizar la trazabilidad y el control de los medicamentos desde su adquisición hasta su administración al paciente.

(2) Las acciones implementadas contemplan, al menos, lo definido en los incisos a) a g) de la guía.

(3) El personal involucrado en el proceso cuenta con la capacitación documentada conforme a sus funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

(4) El establecimiento supervisa el cumplimiento del proceso de trazabilidad y control de medicamentos y, cuando corresponde, implementa acciones correctivas o de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Licencia sanitaria o aviso de funcionamiento vigente de los proveedores del establecimiento.
- Facturas, remisiones o vales firmados y fechados.
- Procesos para recepción, muestreo y almacenamiento de medicamentos.
- Plano físico o planograma del área de almacenamiento.
- Sistema de inventario con registros de entrada y salida que incluyan trazabilidad por lote y caducidad.
- Registros de capacitación del personal involucrado.
- Evidencias documentadas de trazabilidad en preparación y administración (formatos clínicos, hojas de enfermería, recetas, hojas de preparación, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

p. Estándar 16/31. Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con un sistema de prevención y control de infecciones, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con la gestión del riesgo de infecciones. Este sistema tiene como propósito prevenir y reducir el riesgo de infecciones en pacientes, personal, cuidadores primarios, visitantes y otras personas expuestas durante los procesos de atención.

El sistema debe adecuarse al tamaño, complejidad, riesgos y contexto del establecimiento, e integrarse en todas las actividades que puedan influir en la seguridad clínica, epidemiológica y ambiental del establecimiento.

El sistema puede abarcar los enfoques, según las características del establecimiento, áreas y procesos como:

i. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS)
ii. Vigilancia epidemiológica
iii. Precauciones estándar y específicas en la atención
iv. Esterilización y desinfección
v. Limpieza de instalaciones y equipos
vi. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI)
vii. Manejo de Ropa hospitalaria
viii. Alimentación
ix. Reúso de insumos desechables (si aplica)
x. Procesos de medicación (vinculados al sistema de gestión segura del uso de medicamentos)
xi. Salud y Seguridad del Personal
xii. Supervisión de calidad del agua
xiii. Control y mantenimiento de infraestructura (vinculado al sistema de gestión y seguridad de infraestructura)
xiv. Servicios de ambulancias (propio o subrogado)
xv. Vacunación para pacientes y personal
xvi. Seguridad durante adecuaciones, remodelaciones y/o construcciones.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de las acciones de prevención y control con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados,

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad, adaptados a los servicios y áreas involucradas
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado, según sus funciones.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, por parte de un equipo competente, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área o servicio de epidemiología. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado e implementado un sistema de prevención y control de infecciones, adecuado al tamaño, ubicación, complejidad, servicios ofrecidos y tipo de pacientes que atiende.
(2) El sistema integra todas las áreas clínicas, administrativas y comunes en las que se brinda atención o donde circulan pacientes, personal o visitantes.
(3) El sistema incluye, conforme al contexto del establecimiento, al menos las áreas de enfoque del inciso i) al xvi) de la guía.
(4) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos de la a) a la g) de la guía.
(5) El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario y con la participación activa de las áreas involucradas.
(6) El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de prevención y control de infecciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan de prevención y control de infecciones institucional.
- Política de control de IAAS y vigilancia epidemiológica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de capacitación del personal en medidas de prevención y precauciones estándar.
- Listados y bitácoras de verificación de procesos críticos (desinfección, esterilización, limpieza).
- Informes de inspección de condiciones de agua, infraestructura, RPBI y alimentación.
- Actas del comité de vigilancia epidemiológica y reportes a personas líderes del establecimiento Bitácoras de mantenimiento, monitoreo ambiental o de zonas críticas.
- Documentación del Programa Interno de Protección Civil, incluyendo planes ante brotes infecciosos.
- Plan o protocolo para evaluar riesgos de infección antes, durante y después de una adecuación, remodelación o construcción.

q. Estándar 17/31. Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo. – Indispensable –

1. Guía.

Los hospitales atienden a una población diversa con condiciones clínicas variables. En este contexto, existen grupos de personas o servicios que, por su complejidad diagnóstica o terapéutica, riesgos inherentes o potencial de complicaciones, deben ser considerados de alto riesgo clínico u operativo.

La identificación de estos grupos y la planeación de su atención es una estrategia preventiva que permite establecer medidas diferenciadas de seguridad, estandarizar prácticas clínicas y proteger tanto a las personas usuarias como al personal de salud.

Con el fin de otorgar una atención estandarizada y segura, la organización puede hacer uso de guías de práctica clínica, protocolos, planes de atención, vías clínicas y/o buenas prácticas o similares, acorde al contexto y capacidad resolutiva de la misma, para guiar el proceso de atención y que el personal involucrado actúe de manera oportuna y estandarizada.

El establecimiento debe definir, con base en un análisis multidisciplinario y su capacidad resolutiva, los grupos de personas o servicios que considere de alto riesgo, debe considerar al menos los siguientes, siempre y cuando formen parte de los servicios otorgados:

i. Personas con enfermedades infectocontagiosas.
ii. Personas a quienes se les administra transfusión de sangre o hemocomponentes.
iii. Personas inmunocomprometidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iv. Personas con riesgo obstétrico.
v. Los que demás que el establecimiento defina.

Es de suma importancia que durante el proceso de atención se minimicen tanto los riesgos propios de la condición clínica o patología de la persona, como los riesgos secundarios derivados de la atención misma. Por ejemplo: reacciones a medicamentos, infecciones asociadas a procedimientos, infecciones cruzadas, errores en la administración de tratamientos, o complicaciones evitables derivadas de intervenciones no monitoreadas adecuadamente.

Para cada grupo o servicio identificado, el establecimiento debe definir un proceso que guíe su atención, el cual debe incluir al menos los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención, incluyendo consideraciones especiales como condición clínica, el servicio donde se encuentre el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico) y capacidad resolutiva del establecimiento, entre otras.
b) Cuál es la documentación clínica necesaria para que el equipo trabaje de manera segura, efectiva y con trazabilidad.
c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización clínica durante la atención.
e) Las competencias específicas requeridas del personal que otorga la atención.
f) La disponibilidad y uso de insumos o tecnologías necesarias para la atención segura.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado los grupos de personas o servicios de alto riesgo, con base en su contexto y capacidad resolutiva.

(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso, a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que guía la atención de cada grupo de personas o servicios de alto riesgo identificados, incluyendo al menos los elementos establecidos en los incisos a) a f) de la guía.

(2.1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar a las personas con enfermedades infectocontagiosas como grupo de alto riesgo, cuando esta condición forma parte de los servicios otorgados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar a las personas a quienes se les administra transfusión de sangre o hemocomponentes como grupo de alto riesgo, cuando esta condición forma parte de los servicios otorgados.

(2.3) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar a las personas inmunocomprometidas como grupo de alto riesgo, cuando esta condición forma parte de los servicios otorgados.

(2.4) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar a las personas con riesgo obstétrico como grupo de alto riesgo, cuando esta condición forma parte de los servicios otorgados.

(2.5) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para otros grupos de personas o servicios de alto riesgo, determinados por el propio establecimiento conforme a su contexto, análisis multidisciplinario y capacidad resolutiva.

(3)El establecimiento capacita al personal involucrado en la atención de personas o servicios de alto riesgo, conforme a su rol y nivel de responsabilidad.

(4)El establecimiento verifica que la atención a personas o servicios de alto riesgo se otorga conforme al proceso establecido.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que identifica a los grupos de personas o servicios de alto riesgo, con base en un análisis del contexto clínico y operativo.
- Protocolos clínicos, procesos, vías clínicas o planes de atención definidos para los grupos identificados.
- Registros de capacitación al personal sobre atención diferenciada, bioseguridad, consentimiento informado, y gestión del riesgo.
- Expedientes clínicos con evidencia de atención, documentación y monitoreo.
- Registros o informes de eventos adversos o situaciones clínicas que justifiquen la clasificación de riesgo.
- Listados de insumos, equipamiento y medidas específicas asociadas a la atención de estos grupos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

r. Estándar 18/31. Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.

1. Guía.

El hospital debe garantizar que todos los pacientes reciban el mismo nivel de calidad en la atención, sin distinción por condición social, económica, día de la semana o turno de atención. Para lograr este principio de atención uniforme, los líderes del establecimiento deben planificar, coordinar y estandarizar los procesos de atención, asegurando su aplicación de manera consistente.

La atención dirigida a pacientes con condiciones clínicas similares debe planificarse y ser guiada por procesos estandarizados, definidos con enfoque multidisciplinario y alineados a la legislación aplicable vigente. Estos procesos deben aplicarse de forma transversal a todos los servicios y horarios operativos del establecimiento, garantizando que:

a) La atención y el tratamiento no depende de la condición social ni económica del paciente.
b) El nivel de atención se mantiene constante todos los días y turnos.
c) Las decisiones clínicas y la asignación de recursos se basan en el estado clínico del paciente.
d) Los pacientes con necesidades similares reciben niveles comparables de calidad.

Una atención planificada y estandarizada contribuye a disminuir la variabilidad no justificada, favorece el uso eficiente de los recursos institucionales y reduce los riesgos relacionados con diferencias en los procesos de atención.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los líderes del establecimiento colaboran para definir procesos estandarizados que aseguren el mismo nivel de calidad en la atención.
(2) Los procesos definidos están alineados con la legislación aplicable vigente.
(3) Los procesos se desarrollan con participación multidisciplinaria.
(4) La atención se proporciona de manera que:
  (4.1) No depende de la condición social ni económica del paciente
  (4.2) No varía entre turnos ni días de la semana.
  (4.3) Se ajusta al estado clínico del paciente, asignando los recursos apropiados.
  (4.4) Mantiene el mismo nivel de calidad para pacientes con necesidades clínicas equivalentes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos clínicos, rutas de atención o guías internas documentadas.
- Actas o registros de reuniones donde se haya definido la estandarización con participación multidisciplinaria.
- Registros clínicos que evidencien la aplicación uniforme de procesos entre turnos.
- Evaluaciones internas o auditorías sobre consistencia en la atención.

s. Estándar 19/31. Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.

1. Guía.

El proceso de atención clínica en un hospital es dinámico y requiere la participación de diferentes profesionales de la salud. Para asegurar que dicha atención sea eficiente, continua y centrada en las necesidades del paciente, el establecimiento debe implementar mecanismos que garanticen la integración y coordinación efectiva de las actividades clínicas.

La integración implica que todas las acciones relacionadas con la atención del paciente estén articuladas entre sí y alineadas con su condición clínica. La coordinación asegura que las intervenciones se planifiquen, ejecuten y supervisen de manera conjunta entre las distintas áreas, turnos y niveles operativos.

Estas acciones son especialmente relevantes en pacientes con necesidades clínicas complejas, en quienes la atención fragmentada puede generar riesgos o pérdida de efectividad. Los líderes del establecimiento deben promover prácticas que favorezcan la colaboración clínica, como la revisión de casos por equipos multidisciplinarios, el uso compartido de información, o la elaboración de planes terapéuticos integrales.

Los procesos de coordinación e integración deben mantenerse durante toda la trayectoria del paciente, y sus conclusiones deben ser documentadas oportunamente en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido mecanismos que aseguran que la atención esté integrada y coordinada entre todas las áreas, servicios y turnos que intervienen en la atención del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)La atención clínica del paciente se coordina de manera continua entre entornos, equipos y servicios del establecimiento, especialmente cuando existe complejidad clínica.

(3)Los resultados, acuerdos o decisiones derivados de sesiones clínicas, juntas o actividades de revisión multidisciplinaria se documentan en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones documentadas institucionales para la coordinación de la atención.
- Programación de sesiones clínicas multidisciplinarias (semanales, mensuales o según complejidad del caso).
- Minutas o actas de sesiones multidisciplinarias, con registro de asistentes, fecha, resumen clínico y acuerdos tomados.
- Formato de hoja de resumen clínico multidisciplinario, con campos para cada área participante (medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, etc.).
- Auditorías clínicas internas que verifiquen continuidad y coherencia entre notas clínicas de distintas disciplinas.
- Evidencia en el expediente clínico de decisiones conjuntas documentadas tras sesiones multidisciplinarias.
- Reportes de análisis de casos complejos atendidos mediante integración de áreas clínicas.

t. Estándar 20/31. Atención integral y segura a la persona gestante.

1. Guía.

Los establecimientos de atención médica deben garantizar una atención oportuna, con calidad, seguridad y trato digno durante el embarazo, parto, puerperio y ante cualquier urgencia obstétrica. Esta atención debe salvaguardar la seguridad emocional, el bienestar físico y el respeto a los derechos humanos de la persona gestante, priorizando la disminución del índice de cesáreas no justificadas, la prevención de complicaciones y la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal.

Para ello, el hospital define un proceso institucional que guíe la atención de las personas gestantes, el cual debe estar alineado con la legislación aplicable vigente e incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se llevará a cabo la monitorización clínica de la persona gestante.
b) La definición de criterios para indicar un parto instrumentado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) La definición de criterios para indicar una cesárea.
d) La definición de criterios para realizar un legrado uterino instrumental (LUI) o una aspiración manual endouterina (AMEU).
e) Las acciones para prevenir y sancionar la violencia obstétrica y cualquier forma de discriminación.
f) La manera en que se proporcionará información sobre lactancia materna exclusiva, salvo contraindicaciones médicamente justificadas.
g) Las consideraciones clínicas, éticas y legales para la interrupción voluntaria del embarazo, cuando aplique.

En todas las etapas del proceso de atención, se deben respetar los derechos de las personas gestantes, garantizando su privacidad, acceso a la información clínica, la posibilidad de obtener una segunda opinión, y la decisión informada respecto a cualquier procedimiento propuesto. Dado que la cesárea y el legrado uterino obstétrico implican mayores riesgos, su indicación debe estar debidamente justificada, con base en una valoración clínica y documentada en el expediente, previa explicación de riesgos, beneficios y alternativas. Para disminuir las cesáreas de primera vez sin indicación médica precisa, se debe realizar una supervisión clínica estricta del manejo, causas e indicaciones, incluyendo la información brindada a la persona gestante.

Al menos una vez al año, el establecimiento debe realizar un análisis con enfoque multidisciplinario de los siguientes aspectos:

i. Morbilidad y mortalidad materna asociadas a cesárea.
ii. Morbilidad y mortalidad neonatal asociadas a cesárea.
iii. Causas y justificaciones de las cesáreas de primera vez practicadas.
iv. Eventos adversos derivados de un mal manejo de la cesárea de primera vez.

En los establecimientos que cuenten con personal médico en formación en ginecología y obstetricia, perinatología o medicina materno fetal, la indicación de una cesárea de primera vez debe ser supervisada y validada por una persona médica especialista.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención de personas gestantes.
(2) El proceso incluye los elementos descritos en los incisos a) a g) de la guía.
(3) La práctica clínica observada es consistente con el proceso definido por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4) Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar un parto instrumentado.
(5) Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una cesárea.
(6) Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar un LUI o una AMEU.
(7) Se realiza, al menos una vez al año, un análisis con enfoque multidisciplinario sobre lo mencionado del inciso i) al iv) de la guía.
(8) En establecimientos con personal médico en formación, la indicación de cesárea de primera vez es supervisada y validada por personal médico especialista.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la atención obstétrica y sus criterios clínicos.
- Guías de práctica clínica nacionales vigentes
- Formatos de consentimiento informado y notas clínicas.
- Expedientes clínicos con registro de indicaciones y procedimientos.
- Minutas de sesiones clínicas o comités de revisión obstétrica.
- Informes de revisión anual con enfoque multidisciplinario.
- Bitácoras o registros de supervisión de personal médico en formación.
- Materiales de sensibilización y capacitación sobre derechos reproductivos y prevención de violencia obstétrica.

u. Estándar 21/31. Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.

1. Guía.

Las personas gestantes que presentan una urgencia obstétrica requieren atención inmediata, con calidad, seguridad y capacidad de respuesta institucional. Sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social implican riesgos significativos para su salud y la del producto, por lo que deben ser atendidas conforme a criterios clínicos estandarizados y con una organización operativa que permita reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El hospital debe definir, documentar e implementar un proceso institucional para la atención de urgencias obstétricas, con base en un análisis multidisciplinario, considerando su capacidad operativa, la legislación aplicable vigente y su integración con la red de servicios del

SIN VALIDEZ OFICIAL

Sistema Nacional de Salud. Este proceso debe estar estandarizado, difundido y aplicarse de forma sistemática en todos los turnos.

El proceso debe incluir al menos los siguientes elementos:

a) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias para atender urgencias obstétricas.
b) La disponibilidad del equipo de respuesta las 24 horas del día, los 365 días del año.
c) La disponibilidad de insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención inmediata y segura.
d) El mecanismo institucional para identificar desde el ingreso a pacientes con riesgo obstétrico.
e) La forma en que se brinda atención inmediata al momento de identificar una urgencia obstétrica.
f) El mecanismo para activar al equipo de respuesta o solicitar apoyo clínico especializado.
g) La monitorización y seguimiento clínico continuo de la paciente, incluyendo estabilización cuando aplique.

El establecimiento debe asegurar que este proceso esté formalmente implementado, supervisado y en mejora continua, con participación del personal clínico responsable y en coordinación con las instancias administrativas correspondientes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso, con base en un análisis multidisciplinario y en la legislación aplicable vigente, para guiar la atención de personas gestantes con urgencia obstétrica.

(2) El proceso incluye, al menos, los elementos a) a g) establecidos en la guía.

(3) Se supervisa periódicamente la implementación del proceso, y se analizan los hallazgos para generar acciones de mejora.

(4) La práctica clínica observada es consistente con el proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.
- Protocolos de atención, estabilización, referencia y seguimiento en urgencias obstétricas.
- Registros de activación del equipo de respuesta o de traslado.
- Listas de verificación o formatos de revisión de insumos y medicamentos obstétricos críticos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de capacitación del personal en identificación, estabilización y referencia de urgencias obstétricas.
- Reportes de análisis de casos de urgencias obstétricas atendidas en el establecimiento.
- Actas de revisión de cumplimiento del proceso y de coordinación con unidades de segundo o tercer nivel.

v. Estándar 22/31. Fomento a la lactancia materna en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.

1. Guía.

La lactancia materna es un derecho de niñas, niños y madres, así como una estrategia clave de salud pública para mejorar la nutrición, prevenir enfermedades y reducir la mortalidad infantil. Los beneficios de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuidad hasta los dos años o más son ampliamente respaldados por evidencia científica nacional e internacional.

Los establecimientos que brinden servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, y tiene como propósito asegurar la promoción, protección y apoyo efectivo a la lactancia materna mediante políticas, procesos y acciones específicas, alineadas con la legislación aplicable vigente y con base en el Acuerdo emitido por el CSG.

El establecimiento debe acreditar el cumplimiento de las siguientes acciones:

a) Contar con una política institucional escrita sobre lactancia materna, difundida sistemáticamente entre todo el personal de atención en salud clínico y no clínico.
b) Capacitar a todo el personal de salud clínico y no clínico para implementar dicha política.
c) Informar a las mujeres embarazadas sobre los beneficios y prácticas adecuadas de la lactancia materna.
d) Favorecer el inicio de la lactancia durante la primera hora después del parto.
e) Educar a las madres sobre técnicas adecuadas de amamantamiento y cómo mantener la lactancia en caso de separación.
f) Evitar la administración de alimentos o bebidas diferentes a la leche materna a los recién nacidos, salvo indicación médica.
g) Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día.
h) Promover la lactancia a libre demanda del recién nacido.
i) Evitar el uso de biberones o chupones en recién nacidos amamantados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

j) Facilitar el contacto de las madres con grupos de apoyo a la lactancia materna al momento del egreso.

Estas acciones deben incorporarse en la atención clínica y administrativa del establecimiento, y formar parte de sus procesos de mejora continua, educación al paciente y atención centrada en la persona.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con una política institucional sobre lactancia materna difundida entre todo el personal clínico y no clínico.

(2)El establecimiento ha implementado acciones definidas para dar cumplimiento a lo establecido en los incisos a) al j) de la guía.

(3)El cumplimiento de las acciones se supervisa periódicamente mediante mecanismos definidos por el establecimiento con participación del personal responsable de los servicios de atención materna.

(4)Los resultados de la supervisión son analizados por los equipos responsables y utilizados para generar acciones de mejora continua, orientadas a fortalecer las prácticas de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna en el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional escrita sobre lactancia materna.
- Programas de capacitación y listas de asistencia.
- Material educativo entregado a embarazadas sobre lactancia.
- Registros clínicos de inicio de lactancia dentro de la primera hora.
- Bitácoras clínicas o formatos de seguimiento de lactancia exclusiva.
- Protocolo de alojamiento conjunto y cuidados madre-hijo.
- Registros de canalización a grupos de apoyo.
- Plan de mejora de la calidad que incorpore el componente de lactancia.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2012.

SIN VALIDEZ OFICIAL

w. Estándar 23/31. Proceso que guía la atención para pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

Los pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis se consideran un grupo de alto riesgo debido a sus condiciones clínicas, con múltiples comorbilidades, condiciones crónicas avanzadas y, en muchos casos, barreras sociales o de adherencia al tratamiento. Debido a esto, su atención debe ser cuidadosamente planeada, coordinada y supervisada por el establecimiento, con el objetivo de reducir riesgos, estandarizar prácticas y mejorar los resultados clínicos.

El establecimiento debe definir un proceso integral que guíe la atención de estos pacientes, basado en un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema. Este proceso debe estar formalmente documentado, ser conocido por el personal involucrado y ejecutado supervisado por los líderes del establecimiento.

El proceso definido por el establecimiento debe describir, al menos, los siguientes elementos:

a) La forma en que se otorgará la atención, incluyendo las consideraciones especiales para subgrupos clínicos como pacientes con serología positiva a VIH, Hepatitis B o C.
b) La documentación necesaria para asegurar una comunicación efectiva entre los miembros del equipo de atención.
c) El procedimiento para la obtención del consentimiento informado antes de la sesión de hemodiálisis.
d) El procedimiento para la obtención del consentimiento informado cuando el paciente será incluido en un plan de reprocesamiento de filtros.
e) La monitorización del paciente durante cada sesión de hemodiálisis, incluyendo parámetros clínicos críticos.
f) El proceso a seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia.
g) Las competencias requeridas del personal médico que prescribe la terapia dialítica y del personal de enfermería que brinda atención durante las sesiones.
h) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada, como filtros, catéteres, riñones artificiales, agujas para fístulas, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso integral de atención para los pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

(2)El proceso fue elaborado mediante análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que incluye los elementos del inciso a) al h) de la guía.

(3)Los pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis son atendidos conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento que describe el proceso de atención integral a pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
- Evidencia de participación multidisciplinaria en la elaboración del proceso (actas, firmas, roles).
- Formatos de consentimiento informado (inicial y para reprocesamiento de filtros).
- Expedientes clínicos con documentación de:
  - Monitorización durante sesiones.
  - Manejo de complicaciones.
  - Comunicación entre turnos o áreas.
- Descripción de competencias del personal médico y de enfermería involucrado.
- Registro del equipamiento e insumos disponibles para hemodiálisis (filtros, catéteres, riñones artificiales, etc.).
- Reportes de seguimiento o auditoría interna del cumplimiento del proceso.

x. Estándar 24/31. Proceso que guía la atención para pacientes oncológicos. – Indispensable –

1. Guía.

La atención de personas con diagnóstico oncológico requiere una planeación integral, continua, anticipatoria y centrada en la persona, que considere no solo la complejidad clínica del padecimiento, sino también la progresión de la enfermedad, la condición funcional del paciente y los efectos físicos, emocionales y sociales derivados del tratamiento.

El establecimiento debe contar con un proceso formal, documentado y con enfoque de sistema para la planeación de la atención del paciente oncológico, aplicable desde la confirmación diagnóstica hasta la fase de

SIN VALIDEZ OFICIAL

vigilancia o fin de vida, e incluyendo las etapas de diagnóstico, tratamiento activo, cuidados paliativos y tanatología, cuando corresponda.

El proceso debe estar alineado con la legislación aplicable vigente y las guías clínicas nacionales e internacionales, y considerar las necesidades y particularidades de la población atendida.

Debe contemplar, al menos, los siguientes elementos:

a) Análisis multidisciplinario de cada caso, en los tiempos adecuados a la progresión clínica.
b) Definición del plan terapéutico individualizado, con objetivos claros, secuenciación de intervenciones y registro en el expediente.
c) Coordinación entre servicios clínicos, quirúrgicos, farmacológicos, radioterapéuticos, de diagnóstico, psicooncológicos, cuidados paliativos y tanatológicos.
d) Identificación de necesidades psicosociales y espirituales del paciente y su cuidador primario, con abordaje integral. Incluir en el plan de atención la tanatología oncológica, cuando aplique, proporcionando acompañamiento emocional y psicoeducativo tanto al paciente, cuidador primario y al personal de salud.
e) Educación del paciente y su familia respecto al diagnóstico, tratamiento, efectos secundarios, signos de alarma y planificación anticipada.
f) Planeación anticipada de decisiones clínicas, incluyendo etapas de final de vida, conforme al marco normativo vigente.

Además, el establecimiento debe:

i. Definir los tiempos clínicos críticos de atención oncológica, con base en el tipo de cáncer y estadio, y establecer mecanismos para el monitoreo de los tiempos y definir acciones mejora continua.
ii. Contar con protocolos clínicos de atención oncológica estructurados según las patologías prevalentes identificadas en el diagnóstico de salud de la comunidad y actualizados con base en evidencia científica y datos institucionales.
iii. Asegurar que todo el personal clínico involucrado en la atención de pacientes oncológicos cuente con capacitación formal en cuidados paliativos, conforme al sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para la planeación de la atención del paciente oncológico, conforme a un enfoque de sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El proceso considera al menos los elementos a) al f) descritos en la guía, e incluye mecanismos para la participación activa del paciente y/o su cuidador primario.
(3)El proceso aplica desde la confirmación diagnóstica hasta la finalización del tratamiento, incluyendo vigilancia, cuidados paliativos, atención tanatológica y fin de vida, cuando corresponda.
(4)El establecimiento ha definido los tiempos clínicos críticos para cada etapa del proceso oncológico, conforme a las patologías prevalentes y guías clínicas, y cuenta con un mecanismo documentado de monitoreo y análisis de su cumplimiento.
(5)El establecimiento ha desarrollado protocolos clínicos de atención oncológica con base en las patologías predominantes identificadas en su diagnóstico de salud comunitaria, actualizados y aplicados de manera documentada.
(6)Todo el personal clínico involucrado en la atención oncológica ha recibido capacitación documentada en cuidados paliativos, conforme al sistema de gestión del talento humano.
(7)El establecimiento ha definido e implementado un mecanismo documentado de supervisión del cumplimiento del proceso, cuyos hallazgos son utilizados para la mejora continua de la atención brindada a pacientes oncológicos.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la planeación de atención oncológica.
- Protocolos clínicos de atención diferenciados por tipo de cáncer y estadio clínico.
- Registro de análisis de patologías prevalentes oncológicas.
- Evidencia del diagnóstico de salud de la comunidad.
- Registro de reuniones multidisciplinarias.
- Expedientes clínicos con planes de atención y objetivos terapéuticos.
- Documentación de tiempos clínicos establecidos y su monitoreo.
- Manuales de tanatología oncológica y registros de intervención.
- Material educativo para pacientes y familias.
- Registros de capacitación del personal en cuidados paliativos.
- Reportes de auditoría del cumplimiento del proceso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

y. Estándar 25/31. Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.

1. Guía.

El hospital debe garantizar una atención digna, respetuosa y centrada en la persona a los pacientes en situación terminal que han decidido continuar con la atención dentro del establecimiento.

Dada la complejidad clínica, emocional y ética de estos casos, el establecimiento debe definir un proceso que oriente al equipo multidisciplinario sobre cómo brindar cuidados enfocados en el confort, la comunicación con el paciente y su familia, y el respeto a su autonomía y valores.

Este proceso debe ser definido con base en un análisis multidisciplinario, considerando la legislación aplicable vigente, el contexto del establecimiento el proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal.

Puede aplicarse tanto en pacientes con enfermedades terminales de base, que han decidido no continuar con el tratamiento o para quienes el equipo clínico ha determinado la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico.

El proceso debe contemplar, al menos:

a) La atención adecuada y proporcional de los síntomas más frecuentes en pacientes en etapa terminal (dolor, fatiga, náusea, ansiedad, entre otros).
b) La comunicación clara y compasiva con el paciente o cuidador primario, incluyendo educación sobre el pronóstico, las decisiones clínicas y el plan de atención.
c) La identificación de necesidades de apoyo para la familia o personas que cuidan del paciente.
d) El respeto a los valores, costumbres y creencias del paciente, que deben ser integrados al plan de atención.

El personal que participa en la atención de estos pacientes debe estar sensibilizado y, cuando sea posible, capacitado en los principios básicos de atención al final de la vida. Esto contribuye a reducir la variabilidad en el trato, evita medidas desproporcionadas y permite brindar una atención humanizada, aun en contextos con recursos limitados.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que guía la atención de pacientes en situación terminal.

(2)El proceso incluye, al menos, los incisos a) a d) de esta guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)La atención que se brinda a los pacientes terminales es coherente con lo definido en el proceso institucional.
(4)Se documenta en el expediente clínico la toma de decisiones compartida con el paciente o su familia en el contexto de atención terminal.
(5)El personal involucrado ha sido sensibilizado o capacitado respecto a la atención de pacientes en etapa terminal en el contexto.
(6)Todo el personal cuenta con su constancia de capacitación en cuidados paliativos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de atención a pacientes terminales en unidades.
- Registros de capacitación o sensibilización del personal sobre atención al final de la vida.
- Notas clínicas o de evolución que evidencien evaluación de síntomas, comunicación con la familia, y adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Formatos o evidencia de respeto a creencias, voluntades anticipadas o planes de atención centrados en valores.
- Referencias o enlaces con programas externos de cuidados paliativos, si aplica.

z. Estándar 26/31. Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia. – Indispensable –

1. Guía.

En todo hospital pueden presentarse situaciones críticas que requieran atención inmediata, organizada y eficiente, independientemente de que el área o servicio donde se origina la situación no sea formalmente una unidad de urgencias. Estas situaciones pueden ocurrir en áreas clínicas, quirúrgicas, de hospitalización, imagenología, laboratorios, salas de espera, pasillos o incluso en servicios subrogados, y requieren una respuesta sistematizada por parte del personal presente.

Una urgencia médica se define como toda condición aguda que pone en riesgo la vida, un órgano o una función, y que requiere atención inmediata. En el contexto, estas situaciones pueden incluir: pérdida súbita de conciencia, hipotensión grave, reacciones anafilácticas a medicamentos o materiales, sangrados activos, convulsiones, arritmias graves, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se ha observado que aquellos pacientes en situación de urgencia que reciben un abordaje sistematizado de manera temprana cuentan con mayor probabilidad de sobrevida y menos riesgo a desarrollar secuelas del evento, de ahí que se cuente con herramientas como la evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) la cual es un enfoque sistemático para la evaluación y el tratamiento inmediatos de pacientes en situación de urgencia.

Esta herramienta es aplicable a toda emergencia clínica. Los objetivos del enfoque ABCDE son:

i. Proporcionar un tratamiento que salve vidas
ii. Dividir situaciones clínicas complejas en partes más manejables
iii. Servir como algoritmo de evaluación y tratamiento iniciales.
iv. Establecer una conciencia situacional común entre todos los proveedores de tratamiento
v. Ganar tiempo para establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos.

El establecimiento debe definir un proceso, adaptado a su contexto, infraestructura y competencias disponibles, que permita la identificación, atención inmediata y estabilización inicial de pacientes en situación de urgencia. Este proceso debe diseñarse mediante un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, e incluir al menos los siguientes elementos:

a) Identificación de situaciones clínicas específicas que puedan representar una urgencia dentro o fuera de las áreas clínicas del hospital, como paciente inconsciente en sala de espera, sangrado activo o paciente con descompensación hemodinámica súbita.
b) Adaptación del enfoque de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) considerando el tipo de hospital, las competencias del personal y el entorno físico.
c) Definición de cómo se brindará o solicitará la atención inicial en las áreas o cómo se alertará y activará el equipo responsable.
d) Proceso para la obtención de consentimiento informado, si aplica (ej. procedimientos invasivos o referencia urgente).
e) Identificación de las competencias requeridas del personal clínico responsable de la primera respuesta ante urgencias.
f) Insumos y equipos necesarios (ej. carro rojo, ambú, oxígeno, desfibrilador), así como su localización y accesibilidad inmediata.
g) Mecanismos definidos para movilizar al paciente dentro del hospital de forma segura hacia un área de mayor resolución o estabilización.
h) Protocolo de traslado a otro establecimiento cuando el establecimiento no cuente con la capacidad para resolver la

SIN VALIDEZ OFICIAL

urgencia, incluyendo directorio de hospitales receptores, ambulancias o servicios de emergencia.

El objetivo de este estándar no es que todo el personal cuente con habilidades avanzadas en urgencias, sino que exista un proceso institucional organizado que permita identificar y actuar oportunamente, minimizando el riesgo y maximizando la supervivencia y recuperación funcional del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso documentado e implementado para la atención de pacientes en situación de urgencia.

(2)El proceso incluye los incisos de la a) a la h) de la guía.

(3)La práctica observada es consistente con lo definido en el proceso institucional.

(4)El personal involucrado en la primera respuesta ha sido capacitado en el enfoque ABCDE y en los protocolos de actuación del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que define el proceso de atención a urgencias en el establecimiento.
- Capacitación del personal clínico y de apoyo en el enfoque ABCDE y activación de respuesta ante urgencias.
- Registro de simulacros o ejercicios de respuesta rápida en el establecimiento.
- Inventario y bitácora de revisión de insumos y equipo de respuesta inmediata (carro rojo, DEA, oxígeno, sueros, medicamentos).
- Directorio institucional de hospitales receptores, ambulancias o servicios de emergencia disponibles.
- Registros clínicos o administrativos de eventos críticos ocurridos y la aplicación del protocolo.
- Consentimientos informados documentados cuando aplica.

aa. Estándar 27/31. Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe definir un proceso documentado que guíe la atención de pacientes que presenten un evento de paro cardiorrespiratorio,

SIN VALIDEZ OFICIAL

garantizando una respuesta inmediata, con personal competente y recursos disponibles.

El paro cardiorrespiratorio en el ámbito clínico puede tener múltiples causas y presentarse en cualquier momento, por lo que la supervivencia y la recuperación neurológica del paciente dependen de cuatro factores críticos:

i. Reconocimiento inmediato del evento
ii. Inicio oportuno del soporte vital básico
iii. Acceso al soporte vital avanzado
iv. Atención post-reanimación adecuada

El proceso debe ser definido a partir de un análisis multidisciplinario, adaptado a la capacidad resolutiva del establecimiento. Este proceso debe incluir, al menos, lo siguiente:

a) Identificación de los equipos de reanimación, disponibles durante los horarios de atención del establecimiento.
b) Logística de activación del código de emergencia, incluyendo el personal clínico participante y su localización.
c) Proceso de atención inmediata con soporte vital básico, al momento de identificar el paciente con paro y ejecutable por el personal que detecta el evento.
d) Proceso para brindar soporte vital avanzado, conforme a las competencias del personal y con el respaldo de un sistema de traslado si el tratamiento definitivo es externo.
e) Proceso para brindar cuidados post reanimación, como estabilización, soporte ventilatorio, monitorización y decisiones clínicas basadas en el pronóstico, si aplica.
f) Insumos, medicamentos y equipamiento necesarios para la reanimación, así como la logística para su disponibilidad inmediata en todas las áreas operativas.

El establecimiento debe asegurar que el personal asignado a la atención de estos eventos cuente con las competencias necesarias en soporte vital básico y avanzado, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, conforme al tipo de población atendida y a los servicios prestados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, mediante un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso documentado e implementado que guía la atención de pacientes en paro cardiorrespiratorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El proceso incluye los incisos a) a f) de la guía.
(3)La práctica observada durante simulacros, eventos reales o auditorías clínicas es consistente con el proceso definido.
(4)El personal clínico asignado ha sido capacitado y validado en soporte vital básico (SVB) y soporte vital avanzado (SVA), conforme a su rol.
(5)El establecimiento cuenta con los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, disponibles y verificados mediante bitácoras.
(6)El establecimiento ha realizado al menos un simulacro documentado de reanimación en los últimos 12 meses.

(A). Referencia de apoyo

- Proceso institucional documentado de reanimación (guía rápida, diagrama de flujo o política interna).
- Registros de capacitación del personal en SVB y SVA, con evidencias de certificación o entrenamiento interno.
- Bitácora de revisión del carro rojo, DEA y medicamentos para emergencias.
- Informe de simulacros o eventos reales, con cronograma, resultados y planes de mejora.
- Lista de equipo y medicamentos de emergencia adaptados al tipo de pacientes que atiende el establecimiento.
- Documentación clínica de eventos críticos, con tiempos de activación, maniobras realizadas y seguimiento post-evento.

bb. Estándar 28/31. Proceso que guía la atención de pacientes a quienes se administra anestesia o sedación. – Indispensable –

1. Guía.

Los pacientes a quienes se administra anestesia o sedación presentan condiciones clínicas que los ubican en grupos de alto riesgo, por lo que requieren una atención planeada, segura y con seguimiento estricto. La calidad de esta atención depende de múltiples factores clínicos, técnicos y organizativos, que deben integrarse en un proceso institucional claramente definido.

El establecimiento debe definir, a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención a pacientes que reciben anestesia y/o sedación. Este proceso debe estar adaptado al perfil de los pacientes y servicios ofrecidos, y debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) El modelo de atención, considerando las diferencias por tipo de paciente (adulto, pediátrico), tipo de procedimiento, nivel de complejidad y valoración de la vía aérea, así como las condiciones particulares del servicio donde se administra.
b) La documentación requerida para asegurar una comunicación efectiva entre los miembros del equipo clínico.
c) El procedimiento para la obtención del consentimiento informado, cuando corresponda.
d) El mecanismo para la monitorización del paciente durante el procedimiento, en función de los riesgos y necesidades clínicas.
e) Las competencias del personal clínico involucrado en la atención, conforme a sus funciones específicas.
f) La disponibilidad y uso adecuado de insumos, medicamentos y tecnología médica necesaria para garantizar la seguridad del procedimiento.

En el caso específico de la sedación, el establecimiento debe definir qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrarla, en qué áreas o servicios, y bajo qué tipos de procedimientos es aceptable su aplicación. Estas definiciones deben ser consistentes con la legislación aplicable, el perfil de riesgo del paciente y las competencias del personal.

Cuando el servicio de anestesia y sedación es subrogado, el establecimiento debe integrar este proceso dentro del esquema de supervisión de la calidad de los servicios subrogados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, documentado e implementado el proceso de atención a los pacientes a quienes se administra anestesia.
(2) El proceso incluye los elementos establecidos en los incisos a) a f) de la guía.
(3) Los pacientes que reciben anestesia son atendidos conforme al proceso definido por el establecimiento.
(4) El establecimiento ha definido qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación, en qué servicios puede realizarse y en qué tipos de procedimientos.
(5) El establecimiento ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, documentado e implementado el proceso de atención a los pacientes a quienes se administra sedación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6) El proceso incluye los elementos establecidos en los incisos a) a f) de la guía.
(7) Los pacientes que reciben sedación son atendidos conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe el proceso de atención de anestesia y sedación.
- Protocolos clínicos y operativos para sedación fuera de quirófano, incluyendo indicaciones, niveles de sedación, áreas autorizadas y tipo de procedimientos permitidos.
- Listado de personal autorizado (médicos anestesiólogos y no anestesiólogos) para administración de sedación.
- Formatos de consentimiento informado específicos para anestesia y sedación.
- Documentos que acrediten las competencias del personal involucrado en la atención.
- Registros clínicos con evidencia de seguimiento y monitorización del paciente durante los procedimientos.
- Bitácoras de uso de insumos y control de tecnología médica utilizada en procedimientos de sedación y anestesia.

cc. Estándar 29/31. Proceso que guía la atención segura de pacientes con riesgo relacionado a la sangre.

1. Guía.

El establecimiento ha definido procesos clínicos estandarizados para la atención de pacientes con alto riesgo de requerir intervenciones relacionadas con componentes sanguíneos, como transfusiones, control de hemorragias, recuperación hematológica o manejo de anemia. Estos procesos forman parte de la implementación del programa institucional de gestión de la sangre del paciente y tienen como finalidad optimizar la atención, reducir complicaciones, minimizar el uso innecesario de componentes sanguíneos y promover la recuperación fisiológica del paciente.

La definición de estos procesos debe ser basada en evidencia y adaptada al contexto del establecimiento, para ser aplicada a todos sus diferentes grupos de pacientes, con base en una priorización de poblaciones con mayor riesgo, considerando al menos las siguientes:

i. Pacientes con hemorragia obstétrica
ii. Cirugía cardiovascular
iii. Cirugía de trauma

SIN VALIDEZ OFICIAL

iv. Cirugía oncológica compleja
v. Trasplantes
vi. Cirugía ortopédica mayor
vii. Cirugía gastrointestinal de alto riesgo
viii. Pacientes en cuidados intensivos
ix. Pacientes hematológicos
x. Población pediátrica con enfermedades crónicas

Los procesos clínicos definidos por el establecimiento deben incluir, como mínimo:

a) La detección y tratamiento oportuno de la causa específica de la anemia y deficiencia de hierro, previo al internamiento programado, post-procedimiento y al egreso del paciente.
b) La planificación de la atención, considerando la evaluación del riesgo de sangrado, técnicas mínimamente invasivas, medidas para minimizar la pérdida de sangre, uso de agentes hemostáticos, control de líquidos y presión, y otras consideraciones clínicas.
c) La documentación estandarizada de las decisiones clínicas y del tratamiento en el expediente clínico.
d) La monitorización durante todo el proceso clínico, incluyendo vigilancia hemodinámica, parámetros hematológicos, control del sangrado y estado funcional del paciente.
e) La definición de las competencias requeridas para el personal clínico y operativo que participe en la atención.
f) La disponibilidad de insumos, medicamentos y tecnología médica necesarios para implementar de manera segura el proceso.
g) La definición clara y operativa de lo que constituye una urgencia transfusional en el contexto del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos clínicos para la atención de pacientes con alto riesgo relacionado con la salud de la sangre, priorizando al menos una de las poblaciones clínicas definidas.
(2) Los procesos definidos incluyen, al menos, los elementos señalados en los incisos a) al g) de la guía.
(3) Las políticas o procedimientos clínicos definidos han sido aprobados formalmente en el establecimiento.
(4) El personal involucrado en la atención de estas poblaciones ha sido capacitado en la implementación de los procesos definidos.
(5) Existen mecanismos formales de difusión de estos procesos clínicos al personal operativo, clínico y directivo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6) Se han establecido mecanismos de supervisión para evaluar el cumplimiento de los procesos clínicos implementados.
(7) Se brinda retroalimentación al personal cuando se identifican variaciones o incumplimientos en los procesos definidos.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe los procesos clínicos para cada población prioritaria
- Protocolos o guías clínicas basadas en evidencia para manejo de pacientes de alto riesgo
- Listado de pacientes y criterios utilizados para priorización clínica
- Registros de capacitación del personal sobre los procesos definidos
- Evidencia documental del mecanismo de difusión (comunicados, reuniones clínicas, manuales)
- Registros de supervisión operativa del cumplimiento del proceso clínico
- Reportes de retroalimentación y acciones de mejora derivadas del seguimiento.
- Manejo hemático del paciente. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2020. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-830-20/ER.pdf
- Prevención y manejo de la hemorragia postparto. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021. Disponible en: http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-103-21/ER.pdf
- Metcalf RA, Nahirniak S, Guyatt G, et al. Platelet Transfusion: 2025 AABB and ICTMG International Clinical Practice Guidelines. JAMA. Published online May 29, 2025. doi:10.1001/jama.2025.7529
- Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management (PBM). (2025). Estándares para la implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente.
- Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SIN VALIDEZ OFICIAL

dd. Estándar 30/31. Definición de criterios de ingreso y alta en servicios especializados. – Indispensable –

1. Guía.

Los servicios especializados dentro de un hospital (como las unidades de cuidados intensivos, unidades de atención a pacientes quemados y unidades de trasplante) son áreas clínicas con capacidad limitada, costos elevados de operación y personal con competencias clínicas avanzadas. Debido a su criticidad, es esencial que el ingreso y la permanencia de los pacientes se base en criterios clínicos justificados y estandarizados.

El establecimiento identifica formalmente cuáles de sus servicios cumplen con características de especialización clínica. A partir de ello, define los criterios de ingreso y de alta para estos servicios, sustentados en variables fisiológicas, cuando sea posible y apropiado, y en necesidades específicas de atención.

El diseño de estos criterios debe realizarse con la participación activa del personal clínico que labora en dichos servicios, asegurando la pertinencia técnica y la aplicabilidad práctica. Su implementación busca garantizar que se admita únicamente a los pacientes que cumplan con las condiciones establecidas, evitando tanto la subutilización como la saturación, y asegurando que los egresos clínicos estén igualmente basados en criterios justificados.

Esta práctica fortalece la eficiencia operativa, la equidad en el acceso y la seguridad clínica en servicios de alta especialidad, alineándose con las mejores prácticas nacionales e internacionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado cuáles de sus servicios corresponden a servicios especializados. Entre ellos se incluyen al menos:
  (1.1)Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras)
  (1.2)Unidades de atención a pacientes quemados
  (1.3)Unidades de trasplante

(2) El establecimiento cuenta con criterios documentados de ingreso y de alta para cada uno de sus servicios especializados.

(3) Los criterios definidos están fundamentados, cuando corresponde, en parámetros fisiológicos objetivos y clínicamente relevantes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4) La elaboración de los criterios ha contado con la participación de personal clínico que brinda atención en los servicios especializados.
(5) Se verifica que los pacientes ingresados en los servicios especializados cumplen con los criterios establecidos para el ingreso.
(6) Se verifica que los pacientes egresan de estos servicios cuando dejan de cumplir con los criterios definidos para su permanencia.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que identifica los servicios especializados.
- Criterios documentados de ingreso y alta para cada unidad especializada.
- Actas, minutas o registros de reuniones clínicas en las que se elaboraron o revisaron los criterios.
- Expedientes clínicos que evidencien la aplicación de los criterios para ingreso y alta.

ee. Estándar 31/31. Estructura y funcionamiento de los servicios de telemedicina.

1. Guía.

El establecimiento que ofrece Atención Médica a Distancia (AMD) debe contar con una organización y gestión de procesos claramente definidos que garanticen una atención efectiva, segura y centrada en el paciente. La AMD representa una herramienta estratégica para mantener la continuidad del cuidado, ampliar la cobertura, reducir riesgos asociados a desplazamientos innecesarios y mejorar la oportunidad de atención especializada. Su implementación permite mantener la vinculación clínica entre profesionales, unidades de atención y pacientes, particularmente en escenarios donde el acceso presencial inmediato resulta limitado o riesgoso.

La implementación de la AMD debe realizarse con un enfoque de sistema, con participación multidisciplinaria, bajo la conducción del gobierno del establecimiento. La organización debe contar con una estructura organizativa responsable de la planeación, operación, monitoreo y mejora continua de los servicios de AMD. Una estructura organizativa clara permite definir responsabilidades, flujos de trabajo y canales de comunicación entre los diferentes actores que intervienen en el proceso. Asimismo, cuenta con un directorio institucional actualizado que identifique a los establecimientos participantes y a sus

SIN VALIDEZ OFICIAL

responsables operativos. Esta información permite asegurar la trazabilidad, la responsabilidad clínica y administrativa, y la adecuada articulación del servicio.

Se debe contar con procesos documentados y vigentes que regulen la operación del servicio, incluyendo:

a) Catálogo de servicios ofertados por AMD,
b) Criterios de inclusión y exclusión clínica para la atención remota,
c) Protocolos clínicos y rutas de atención,
d) Procesos de referencia y contrarreferencia,
e) Esquemas de seguimiento post consulta.
f) Estrategias para identificar y mitigar el impacto de la brecha digital en la población, y criterios clínicos para determinar cuándo la atención a distancia no es apropiada debido a barreras tecnológicas o de alfabetización digital del paciente.

El personal involucrado debe tener claramente definidas sus funciones y responsabilidades, desde la programación de citas, atención médica virtual, registro clínico, seguimiento posterior. Asimismo, la AMD debe apoyarse en plataformas tecnológicas que garanticen la interoperabilidad con el Expediente Clínico Electrónico (ECE) del establecimiento. Dichas plataformas deben cumplir con protocolos de ciberseguridad robustos (cifrado de extremo a extremo) para asegurar confidencialidad, integridad, disponibilidad, acceso oportuno de la información del paciente y favorezcan la comunicación eficiente entre el personal.

Para reducir los riesgos asociados, deben establecerse controles de seguridad de la información y contar con instrumentos legales, como consentimientos informados y registros clínicos electrónicos, que respalden la validez técnica, jurídica y ética del acto médico remoto.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado una unidad o figura responsable de coordinar los servicios de Atención Médica a Distancia.
(2) Se cuenta con procesos documentados, implementados y conocidos por el personal que regulan la operación de la AMD, incluyendo lo mencionado en los incisos a) al e) de la guía.
(3) Se cuenta con un directorio actualizado de los establecimientos de atención médica involucrados y del personal responsable del servicio de AMD.
(4) Existe un catálogo de servicios ofertados a través de AMD.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

(5) Se ha definido de manera clara la distribución de responsabilidades y funciones del personal involucrado en el proceso de AMD, asignadas en el sistema de gestión del talento humano.
(6) Se han implementado controles de seguridad de la información, conforme a la legislación aplicable vigente.
(7) El proceso de AMD es monitoreado periódicamente, y los hallazgos derivados son analizados para implementar acciones de mejora.
(8) Se cuenta con un proceso para la prescripción de medicamentos a distancia que cumple con la legislación aplicable vigente, garantizando la identidad del prescriptor y la seguridad e integridad de la receta electrónica.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual de operación o lineamientos institucionales para la AMD.
- Nombramiento formal del responsable de AMD.
- Bitácora o sistema de registro de atenciones por AMD, con datos epidemiológicos, de morbimortalidad, administrativos, entre otros.
- Consentimiento informado para atención médica a distancia´
- Directorio de EAM participantes y responsables.
- Documentos de interconsulta (solicitudes y respuestas).
- Políticas institucionales y/o procesos sobre privacidad y confidencialidad de datos personales.

B. GESTIÓN DE RECURSOS

a. Estándar 1/38. Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con los recursos necesarios para desarrollar e implementar de forma efectiva los procesos clínicos y de gestión de los sistemas del MOCEBPASS, garantizando la calidad y seguridad del paciente. El cuerpo de gobierno y/o alta dirección y liderazgo del establecimiento son responsables de planear, proveer, supervisar y gestionar los recursos humanos, materiales, tecnológicos, financieros, entre otros, que permitan operar adecuadamente los procesos y barreras de seguridad en cada sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta asignación de recursos debe contemplar al menos los siguientes elementos:

a) Personal competente, capacitado y con funciones claramente definidas, que pueda llevar a cabo los procesos de cada sistema (por ejemplo: farmacovigilancia, control de infecciones, mantenimiento, capacitación, gestión de talento, etc.).
   La limitación de personal no debe ser un impedimento para una gestión efectiva, ya que el establecimiento puede estructurar estrategias de planeación, presupuestación y ejercicio eficiente de recursos que aseguren la continuidad operativa.
b) Insumos específicos requeridos por los procesos (por ejemplo: insumos para higiene de manos, seguridad eléctrica, medicamentos, materiales de señalización, materiales educativos, equipos de capacitación, entre otros).
c) Infraestructura y equipamiento funcional, incluyendo espacios adecuados, señalización de seguridad, tecnología médica y condiciones ambientales seguras.
d) Sistemas de información y análisis de datos, que permitan recolectar, analizar y presentar resultados de los procesos clínicos y de gestión. El manejo de la información debe integrarse al sistema institucional de mejora continua, permitiendo tomar decisiones basadas en riesgo, sustentar planes de acción y evaluar los resultados alcanzados.
e) Capacitación continua y metodologías de evaluación del desempeño, alineadas a las necesidades del establecimiento y los hallazgos derivados de la supervisión o análisis de eventos. Estos procesos se pueden ofrecer de forma general o adaptarse por grupo de personal según las competencias, funciones o el turno para minimizar el impacto en la atención del paciente.
f) Gestión presupuestal que permita documentar, justificar y asignar recursos financieros, asegurando su alineación con objetivos institucionales.

Estos recursos deben estar disponibles en todos los turnos operativos, adaptados a la estructura y capacidad instalada del establecimiento. La evidencia de su disponibilidad debe evaluarse periódicamente y alinearse con el sistema de mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado una estrategia para la asignación de recursos necesarios en todos los sistemas

SIN VALIDEZ OFICIAL

del modelo (medicación, control de infecciones, gestión de instalaciones y gestión del talento humano).

(2)Se cuenta con personal competente, con funciones definidas, y suficiente cobertura en todos los turnos operativos para operar los procesos y barreras de seguridad en cada sistema.

(3)El establecimiento proporciona los insumos, materiales y herramientas necesarios para la operación segura de los procesos clínicos y de gestión.

(4)Se dispone de infraestructura y equipamiento funcional que respalda el desarrollo de los sistemas del modelo, acorde a la capacidad instalada del establecimiento.

(5)El establecimiento cuenta con sistemas de información o medios documentales para recolectar, analizar y utilizar los datos derivados de los procesos, que respalde los sistemas del modelo.

(6)El establecimiento proporciona tiempo suficiente para que todo el personal participe en los procesos relacionados con la capacitación de los procesos clínicos y de gestión.

(7)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección y los líderes del establecimiento gestionan recursos presupuestales para sustentar las necesidades operativas y de mejora continua de cada sistema.

(8)La asignación de recursos se documenta, supervisa y revisa periódicamente para asegurar su alineación con los objetivos de los sistemas del modelo.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe la estrategia de planeación y asignación de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros para el funcionamiento de los sistemas del modelo (manual, plan operativo anual, política interna, etc.).
- Inventario actualizado de insumos y materiales necesarios para la operación segura del sistema de medicación, control de infecciones, infraestructura y capacitación (fichas técnicas, listas de chequeo, bitácoras de abastecimiento).
- Evidencia del uso de sistemas de información o registros estructurados para recopilar y analizar datos de los procesos.
- Presupuesto anual o plan financiero, que documente la asignación de recursos específicos para el cumplimiento de las acciones previstas en los sistemas del modelo (presupuesto

SIN VALIDEZ OFICIAL

aprobado, solicitudes justificadas, informes financieros con desglose por rubros de operación y calidad).
- Minutas o informes de reuniones de revisión de recursos, donde se analicen necesidades, asignaciones y seguimiento de recursos críticos para la operación (comités, juntas directivas, reuniones de seguridad y calidad, actas con acuerdos).

b. Estándar 2/38. Definición de funciones y responsabilidades del personal.

1. Guía.

El hospital debe contar con funciones y responsabilidades definidas, documentadas y actualizadas para todo el personal que participa en los procesos del establecimiento. Esta definición constituye el punto de partida para todos los procesos que conforman el sistema de gestión del talento humano, incluyendo la selección, capacitación, supervisión y evaluación del desempeño.

Cada persona que labora en el establecimiento ya sea en funciones clínicas, administrativas, técnicas, operativas o de apoyo, debe contar con una definición clara de las actividades que le han sido asignadas o autorizadas, alineada a su perfil profesional y al área en la que se desempeña. En el caso del personal clínico, esta definición debe incluir o describir de forma explícita las actividades de atención clínica autorizadas, conforme a su formación, funciones asignadas y normativas aplicables.

La definición de funciones debe revisarse y actualizarse de forma periódica, especialmente cuando se integran nuevos servicios, se rediseñan procesos o se modifican estructuras operativas.

Asimismo, el establecimiento debe contemplar definiciones específicas de funciones en casos especiales, como los siguientes:

a) Personas que desempeñan funciones mixtas (clínicas y de gestión).
b) Personas que prestan servicios temporales en el establecimiento.
c) Personas en programas educativos y bajo supervisión (por ejemplo, médicos internos, residentes, enfermeras pasantes, ingenieros biomédicos en formación).
d) Personas que prestan servicios como voluntarios.
e) Personas que trabajan mediante esquemas subrogados y cuyas actividades impactan procesos clínicos o administrativos del establecimiento.

Cuando se utilicen definiciones de puesto genéricas, como “enfermera” o “médico”, es necesario especificar las funciones asociadas al área de asignación. Por ejemplo: “enfermera de hemodiálisis”, “médico general

SIN VALIDEZ OFICIAL

en unidad ambulatoria", o "enfermera de vigilancia epidemiológica". Esta precisión es fundamental para garantizar una operación clara, segura y alineada a los principios de calidad en la atención.
La definición de funciones debe estar disponible para el personal y formar parte del expediente institucional o sistema de gestión correspondiente. Esta información debe utilizarse como base para los procesos de inducción, supervisión, capacitación continua, auditoría y evaluación del desempeño.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todo el personal clínico del establecimiento cuenta con una definición de funciones documentada.
(2)Todo el personal no clínico del establecimiento cuenta con una definición de funciones documentada.
(3)El establecimiento ha definido funciones específicas para los siguientes casos especiales:
(3.1) Personal que desempeña funciones tanto clínicas como de gestión.
(3.2) Personal que presta servicios de manera temporal.
(3.3) Personas en programas educativos y bajo supervisión (por ejemplo: médicos internos, residentes, pasantes, estudiantes en formación).
(3.4) Personas que prestan servicios como voluntarios.
(3.5) Personal que presta servicios subrogados dentro del establecimiento.
(3.6) Las funciones se encuentran actualizadas.
(4)Las funciones son revisadas y actualizadas cuando se integran o rediseñan servicios, procesos o actividades dentro del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos institucionales con la definición de funciones del personal clínico, no clínico y de apoyo, organizados por puesto y área de asignación.
- Formatos o fichas de funciones firmadas por el personal, integradas en su expediente o sistema de gestión del talento humano.
- Listado de personal con indicación del tipo de relación (planta, temporal, subrogado, voluntariado, en formación), y la definición de funciones correspondiente.
- Documentación específica de funciones para casos especiales, como:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Personal mixto (clínico/gestión)
- Voluntarios
- Pasantes o residentes
- Servicios subrogados

- Definiciones diferenciadas para personal con puestos genéricos, con funciones asignadas según área (por ejemplo: "médico general en atención ambulatoria").
- Registros o reportes de revisión y actualización de funciones (con fechas, responsables y cambios aplicados), como parte de la gestión del cambio o rediseño de procesos.
- Evidencia de que las funciones se usan como base para la inducción, evaluación del desempeño y procesos de mejora del talento humano.

c. Estándar 3/38. Otorgamiento de privilegios clínicos. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe implementar un proceso formal para el otorgamiento de privilegios clínicos, que defina de manera clara y documentada qué servicios están autorizados para ser prestados por cada profesional que ejerce dentro del establecimiento, particularmente cuando dicho personal no depende directamente de la estructura laboral del establecimiento.

Este proceso aplica, por ejemplo, a médicos externos que ingresan y atienden pacientes propios, enfermeras instrumentistas que colaboran con equipos quirúrgicos, nutriólogos que forman parte de equipos interdisciplinarios, o cualquier otro profesional clínico que brinde atención directa en el establecimiento sin formar parte de la plantilla interna.

El otorgamiento de privilegios clínicos incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) Identificación del personal clínico que ejerce de forma independiente dentro del establecimiento.
b) Definición de los servicios clínicos específicos que puede prestar ese personal, de acuerdo con el contexto, servicios autorizados y necesidades del establecimiento.
c) Solicitud formal del profesional sobre los servicios que desea brindar en el establecimiento.
d) Verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones o adiestramientos, mediante documentos oficiales o mecanismos establecidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Análisis de la información recopilada, incluyendo formación académica, certificaciones vigentes, adiestramientos técnicos, experiencia profesional y, cuando aplique, resultados de evaluación de desempeño.
f) Autorización de los privilegios clínicos, detallando con precisión las actividades o procedimientos que puede llevar a cabo el profesional dentro del establecimiento.
g) Comunicación formal al profesional sobre los privilegios otorgados, así como las condiciones para su evaluación, renovación o modificación.

Los privilegios clínicos deben ser revisados y ratificados al menos cada tres años, o antes si existen resultados de desempeño que lo ameriten, si el profesional adquiere nuevas competencias, o si el establecimiento incorpora nuevos servicios. El establecimiento puede definir una periodicidad más estricta si así lo considera necesario.

Este proceso es fundamental para garantizar que toda persona que brinde atención clínica en el establecimiento lo haga dentro de un marco regulado, validado y seguro, en beneficio de los pacientes y del equipo institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente dentro del establecimiento.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el otorgamiento de privilegios, que incluye al menos los procesos descritos en los incisos a) al g) de la guía.
(3) El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se aplica formalmente a cada profesional que ejerce de forma independiente.
(4) Los profesionales que ejercen de forma independiente sólo realizan los servicios clínicos que les han sido autorizados mediante el proceso de otorgamiento de privilegios.
(5) El otorgamiento de privilegios se actualiza al menos cada tres años, o antes si lo requieren los resultados de desempeño, incorporación de nuevos servicios, o adquisición de nuevas competencias por parte del profesional.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado del personal clínico que ejerce de manera independiente dentro del establecimiento (no forma parte de la plantilla, pero presta atención directa a pacientes).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documento institucional del proceso de otorgamiento de privilegios, incluyendo:
  • Requisitos
  • Responsables
  • Etapas del proceso
  • Frecuencia de actualización
  • Mecanismo de comunicación al profesional
- Solicitudes formales de privilegios clínicos realizadas por profesionales independientes, firmadas y fechadas.
- Documentación que respalda la verificación de competencias, como:
  • Títulos
  • Cédulas profesionales
  • Certificaciones vigentes (por ejemplo: especialidad médica, cursos de adiestramiento técnico)
  • Constancias de experiencia o trayectoria
- Actas o formatos de autorización de privilegios clínicos, con:
  • Servicios autorizados
  • Firma del profesional
  • Firma del responsable institucional
  • Fecha de autorización y vigencia
- Registros de actualización de privilegios clínicos, cada tres años o antes cuando corresponda.
- Registros de evaluación de desempeño clínico, utilizados como criterio para la renovación o modificación de privilegios (cuando apliquen).
- Evidencia de que los servicios prestados por el profesional coinciden con los privilegios autorizados (por ejemplo, comparativos entre notas clínicas y privilegios otorgados).

d. Estándar 4/38. Reclutamiento y selección de personal.

1. Guía.

El hospital debe contar con procesos definidos, documentados y sistemáticos para el reclutamiento y selección del personal, clínico y no clínico, que participará en los procesos del establecimiento. Estos procesos forman parte del sistema de gestión del talento humano y deben estar alineados con las necesidades operativas, el contexto de cada área y la legislación aplicable vigente.

Los procesos deben considerar criterios diferenciados según el tipo de puesto o servicio. Por ejemplo, el proceso de reclutamiento y selección

SIN VALIDEZ OFICIAL

para personal no clínico puede diferir del aplicado a médicos especialistas o personal de enfermería. Alternativamente, el establecimiento puede adoptar un proceso estandarizado de reclutamiento para todo el personal, pero con mecanismos diferenciados de selección según el perfil del puesto.

La selección del personal debe realizarse con base en una evaluación inicial de competencias, aplicada en el momento en que la persona inicia sus responsabilidades laborales. Esta evaluación permite establecer un punto de partida para su desarrollo dentro del sistema y debe ser realizada por el área o servicio al que fue asignado el trabajador.

El diseño, implementación y supervisión de estos procesos es responsabilidad de las instancias definidas dentro del sistema de gestión del talento humano, bajo un enfoque de sistema, garantizando coherencia entre las fases de atracción, incorporación, evaluación y desarrollo del personal.

Los procesos deben aplicarse de forma transversal, homogénea y sistemática en todas las áreas del establecimiento, y contar con evidencia documental que respalde su aplicación y mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para el reclutamiento del personal.

(2) El establecimiento ha definido un proceso para la selección del personal, que incluye la aplicación de una evaluación inicial de competencias.

(3) Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso, al momento de iniciar sus responsabilidades laborales.

(4) La evaluación inicial de competencias es realizada por el área o servicio al cual ha sido asignado el trabajador.

(5) Los procesos de reclutamiento y selección están implementados de manera sistemática en todo el establecimiento.

(6) Ambos procesos son supervisados bajo un enfoque de sistema, como parte del sistema de gestión del talento humano.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de reclutamiento, incluyendo fuentes de captación, responsables, criterios de búsqueda y perfil del puesto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documento oficial del proceso de selección de personal, que integre la aplicación de una evaluación inicial de competencias técnicas, clínicas o administrativas según el perfil del puesto.
- Formatos de evaluación inicial de competencias, utilizados para valorar a personal de nuevo ingreso, adaptados a cada tipo de función (clínico, no clínico, técnico, operativo).
- Registros de evaluaciones aplicadas, firmadas por el evaluador del área correspondiente y fechadas al inicio del periodo laboral.
- Evidencia de que el área o servicio receptor participa en la evaluación inicial, como listas de cotejo, informes o actas internas.
- Listados del personal contratado recientemente, con vinculación a los formatos de evaluación de ingreso correspondientes.
- Indicadores de cumplimiento del proceso de reclutamiento y selección, cuando estén definidos.
- Evidencia de supervisión de ambos procesos, por parte del área responsable del sistema de gestión del talento humano (actas, auditorías internas, informes de seguimiento).

e. Estándar 5/38. Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.

1. Guía.

El hospital debe contar con un plan definido, documentado y operativo para la asignación del personal clínico y no clínico, con el objetivo de garantizar la suficiencia, pertinencia y continuidad de los servicios ofrecidos, conforme a las necesidades del paciente y la operación del establecimiento. Este plan forma parte del sistema de gestión del talento humano y debe estar alineado con las competencias del personal, la demanda del servicio, la seguridad de los procesos y la calidad en la atención.

El plan debe elaborarse de forma multidisciplinaria, con participación de los responsables operativos, y debe contemplar la planeación de los siguientes procesos:

a) Asignación del personal clínico y no clínico en función de las competencias requeridas, el número de pacientes, la carga de trabajo y la complejidad del servicio.
b) Reasignación del personal clínico entre áreas o turnos, ante variaciones en la demanda, ausencias, emergencias u otros cambios operativos, respetando los criterios de idoneidad y seguridad clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Consideración de solicitudes de reasignación por motivos de valores o creencias personales, especialmente en casos donde estas puedan interferir con la atención o el entorno laboral.
d) Traspaso temporal de funciones entre profesionales clínicos, por ejemplo, cuando una función asignada habitualmente a una categoría (como enfermera de hemodiálisis) es asumida por otro profesional clínico (como un médico general o residente), en situaciones justificadas y conforme al marco normativo aplicable.

La asignación y reasignación de personal debe ser monitoreada de forma permanente y el plan actualizado según sea necesario. Cuando existan modificaciones relevantes en un área o servicio, debe existir un mecanismo de colaboración institucional para actualizar el plan general, garantizando su coherencia, aplicabilidad y alineación con las necesidades reales del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido y documentado, de forma multidisciplinaria, un plan de asignación de personal que incluye a todo el personal clínico y no clínico.

(1.1) El plan describe las competencias, la cantidad y los tipos de personal necesarios para llevar a cabo las funciones diarias del establecimiento.

(2)El establecimiento ha definido y documentado, de forma multidisciplinaria, un plan de reasignación del personal clínico.

(2.1)El plan describe cómo se realizará la reasignación del personal clínico entre áreas o servicios en función de las necesidades cambiantes de los pacientes o ante la ausencia de personal.

(2.2)El plan contempla la consideración de solicitudes de reasignación por parte del personal clínico con base en sus valores o creencias.

(2.3)El plan describe cómo se llevará a cabo el traspaso temporal de funciones entre profesionales clínicos en situaciones justificadas.

(3)El plan de asignación y reasignación está implementado en todas las áreas del establecimiento.

(4)La efectividad del plan se controla de manera continua mediante mecanismos definidos.

(5)El plan se revisa y se actualiza cuando existen cambios en la operación, el personal o los servicios del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Plan de asignación de personal, elaborado de manera multidisciplinaria, que incluya el número, tipo y competencias requeridas para el personal clínico y no clínico en función de las actividades del establecimiento.
- Documento del plan de reasignación del personal clínico, con criterios definidos para su movilización entre áreas o turnos, en respuesta a necesidades asistenciales, contingencias operativas o faltas de personal.
- Registros que evidencien la consideración de solicitudes de reasignación del personal clínico por razones de valores, creencias o situaciones personales, con la resolución correspondiente.
- Protocolos internos sobre el traspaso de funciones clínicas temporales, como asignación de funciones entre personal médico y de enfermería ante ausencia de un rol clínico específico.
- Evidencia de implementación del plan de asignación, como listas de roles y turnos, programación de personal por servicio, bitácoras de cobertura o matrices de disponibilidad.
- Reportes o formatos de control de efectividad del plan, como indicadores de cobertura, distribución de carga laboral, cumplimiento de roles asignados o análisis de ausencias.
- Registros de revisión y actualización del plan, incluyendo minutas, firmas de responsables, fechas de modificación y justificación de los cambios.

f. Estándar 6/38. Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El hospital debe asegurar que todo el personal clínico y no clínico, así como el personal subrogado o voluntario que participe en los procesos del establecimiento, reciba orientación inicial al momento de su incorporación o reasignación, como parte fundamental del sistema de gestión del talento humano.

Esta orientación permite que cada persona comprenda el funcionamiento general del establecimiento, el objetivo del área o servicio al que ha sido asignado, y cómo sus funciones contribuyen al cumplimiento de la misión institucional. Asimismo, refuerza los

SIN VALIDEZ OFICIAL

conocimientos operativos esenciales para realizar sus actividades con seguridad, eficacia y alineación normativa.

El proceso de orientación debe ser tanto general (visión institucional, misión, estructura, reglamentos, normativas básicas) como específico (funciones del puesto, procesos del área asignada, interacción con otros equipos, procedimientos críticos).

La orientación debe incluir, al menos, los siguientes contenidos:

a) Las barreras de seguridad aplicables a su área o funciones.
b) Las definiciones operativas y el proceso de notificación de eventos adversos.
c) Las medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo higiene de manos, bioseguridad, desinfección de superficies y disposición de RPBI.
d) El uso adecuado del equipo de protección personal.
e) La comunicación de peligros y riesgos del entorno físico, según las condiciones del área asignada.

Asimismo, todo el personal reasignado a un área o servicio donde no haya trabajado previamente debe recibir orientación específica sobre las condiciones, funciones y riesgos particulares de esa nueva área.

Este proceso debe estar documentado, ser verificable y actualizarse cuando existan cambios operativos significativos o se modifiquen los contenidos clave de seguridad y normatividad institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general del establecimiento.
(2) El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación específica sobre el funcionamiento del área, servicio o establecimiento al que ha sido asignado.
(3) Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro del establecimiento reciben orientación sobre el área, servicio o establecimiento correspondiente.
(4) Las personas que prestan servicios como voluntarios reciben orientación sobre las funciones y responsabilidades asignadas.
(5) El personal es orientado cuando es reasignado a un área o servicio en el que no ha laborado previamente.
(6) La orientación incluye, al menos, los siguientes contenidos:
    (6.1) Las barreras de seguridad aplicables en el área o servicio asignado.
    (6.2) Las definiciones operativas y el proceso de notificación de eventos adversos, centinelas y cuasifallas

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6.3)Las medidas establecidas en el sistema para la prevención y control de infecciones.
(6.4)El uso adecuado del equipo de protección personal.
(6.5)La comunicación de peligros y riesgos según lo establecido en el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos, protocolos o manuales institucionales de orientación general y específica, que describan los contenidos impartidos a personal de nuevo ingreso o reasignado.
- Listados de personal con constancia de orientación recibida, firmadas por el responsable y el trabajador, incluyendo fecha, área asignada y tipo de contratación (planta, subrogado, voluntario).
- Materiales de apoyo utilizados durante la orientación, como presentaciones, trípticos, módulos digitales o documentos explicativos de los siguientes temas:
  • Barreras de seguridad institucionales.
  • Proceso de notificación de eventos adversos.
  • Medidas del sistema para la prevención y control de infecciones.
  • Uso correcto del equipo de protección personal.
  • Protocolos del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura (comunicación de riesgos físicos y operativos del entorno).
- Evidencia de orientación al personal subrogado y voluntario, con firma de recibido, lista de funciones asignadas y responsable institucional.
- Registros de orientación específica al personal reasignado a nuevas áreas, incluyendo fechas, responsables y contenidos abordados.
- Cronograma institucional de sesiones de orientación, actualizado y aplicado según nuevos ingresos o reasignaciones.

g. Estándar 7/38. Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El hospital debe implementar un proceso sistemático de evaluación del desempeño que incluya a todo el personal clínico y no clínico, como parte esencial del sistema de gestión del talento humano. Esta evaluación permite verificar que los procesos se ejecuten de manera

SIN VALIDEZ OFICIAL

estandarizada y sistemática conforme a lo definido por el establecimiento, identificar áreas de oportunidad y tomar decisiones informadas para la mejora continua de las competencias institucionales.

La evaluación del desempeño debe realizarse de forma permanente, el establecimiento define la frecuencia y esta evaluación debe quedar documentada al menos una vez por año, de cada miembro del personal conforme al perfil clínico y no clínico y funciones asignadas.

El proceso debe estar alineado con las funciones y actividades reales que desempeña el personal, y debe centrarse en observar y valorar cómo ejecuta sus responsabilidades durante la operación diaria. Por ejemplo, en el caso de enfermería, debe evaluarse la forma en que prepara y administra medicamentos, o cómo aplica las medidas de seguridad en el manejo de accesos vasculares, más allá de la simple memorización de conceptos.

Si bien el establecimiento puede integrar en la evaluación otros elementos como puntualidad, comportamiento o conocimientos teóricos, el núcleo de la evaluación debe ser el análisis de competencias en acción, directamente relacionadas con los procesos institucionales, los riesgos operativos y la atención segura al paciente.

La evaluación debe ser utilizada para:

a) Identificar necesidades de capacitación específicas.
b) Reconocer el cumplimiento adecuado de las funciones.
c) Establecer estrategias para el desarrollo de competencias.
d) Tomar decisiones sobre reasignaciones, privilegios, asignación de nuevas responsabilidades, entre otras.
e) Vincular los resultados con los procesos de mejora de la calidad y la seguridad.

Este proceso debe estar documentado, aplicado a todo el personal (incluyendo subrogados cuando corresponda).

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para la evaluación del desempeño de todo el personal, tanto clínico como no clínico.

(2) Todo el personal cuenta con al menos una evaluación anual documentada.

(3) La evaluación del desempeño se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y actividades asignadas durante la operación diaria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del proceso de evaluación del desempeño, que describa objetivos, frecuencia, criterios, responsables y formato utilizado para todo el personal (clínico y no clínico).
- Formatos o instrumentos oficiales de evaluación del desempeño, diferenciados por tipo de puesto o adaptados a las funciones del personal.
- Evaluaciones anuales documentadas para cada trabajador, con firma del evaluador, fecha, área correspondiente y observaciones específicas sobre competencias ejecutadas.
- Registros que evidencien que la evaluación se enfoca en el desempeño relacionado con los procesos y actividades reales, por ejemplo: observación directa, supervisión estructurada, listas de verificación funcional.
- Evidencia del uso de resultados de la evaluación para toma de decisiones, como reasignación de funciones, planes de mejora, capacitación o revisión de privilegios.

h. Estándar 8/38. Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.

1. Guía.

El hospital debe implementar un programa de capacitación continua dirigido a todo el personal clínico y no clínico, con el objetivo de mantener y mejorar sus competencias, en función de los procesos asignados, los riesgos asociados y desempeño institucional. Este programa forma parte del sistema de gestión del talento humano y debe estar basado en evidencia obtenida de distintas fuentes de información.

La capacitación debe planearse con base en el análisis sistemático de datos e información provenientes, al menos, de las siguientes fuentes:

a) Monitoreo de los procesos clínicos y de gestión

b) Supervisión de sistemas organizacionales relacionados con la seguridad y calidad (por ejemplo: medicación, infecciones, infraestructura, entre otros).

c) Resultados de las evaluaciones del desempeño del personal clínico y no clínico.

d) Notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

e) Condiciones inseguras o accidentes de trabajo documentados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Además, el programa debe incorporar otras fuentes de información relevantes, como la introducción de nueva tecnología, la implementación de nuevos procesos, los planes institucionales para la apertura de nuevos servicios, o las actualizaciones normativas que requieran el fortalecimiento de competencias específicas.

A partir de esta integración, el establecimiento debe diseñar, ejecutar y supervisar un programa estructurado de capacitación, en el que se identifique qué personal debe ser capacitado, en qué temas, con qué frecuencia y bajo qué modalidad.

El programa debe contar con mecanismos de control y supervisión, tanto de la ejecución como de la aplicación práctica de lo aprendido, asegurando que la capacitación impacte positivamente en la calidad, seguridad y desempeño institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un programa de capacitación del personal definido, documentado e implementado como parte del sistema de gestión del talento humano.

(2)El programa está basado en datos provenientes, al menos, de las siguientes fuentes mencionadas en lo incisos a) al e) de la guía.

(3)El programa se supervisa y se controla de forma multidisciplinaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Matriz de necesidades de capacitación.
- Programa de Capacitación del Personal, que incluya objetivos, fuentes de información para su diseño, metodología, periodicidad, criterios de priorización y población objetivo.
- Plan anual o semestral de capacitación, con temas, fechas, responsables, modalidad (presencial, virtual, en sitio), población objetivo y frecuencia.
- Registros de ejecución de capacitaciones, como listas de asistencia, firmas de recibido, evaluaciones antes/después, evidencias de participación.
- Reportes de seguimiento o control del programa, como indicadores de cumplimiento, evaluaciones de efectividad, retroalimentaciones, ajustes realizados.
- Documentación de actualización del programa, vinculada a nuevos procesos, tecnologías, cambios normativos o servicios incorporados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Estándar 9/38. Formación del personal médico de primer contacto en servicios de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los médicos generales o médicos de primer contacto que participan en la atención de pacientes con enfermedad renal crónica bajo tratamiento sustitutivo con hemodiálisis cuenten con las competencias clínicas necesarias para brindar una atención segura, continua y basada en evidencia, conforme a la legislación aplicable vigente.

Estos médicos deben estar capacitados para:

a) Monitorear el tratamiento de hemodiálisis crónica.
b) Reconocer y tratar las complicaciones más frecuentes relacionadas con la terapia.
c) Participar en la coordinación de cuidados con el equipo multidisciplinario.
d) Comunicar información relevante a pacientes y cuidadores primarios.

El establecimiento debe verificar y documentar que el personal médico haya cursado un programa de formación estructurada, con al menos 100 horas teóricas y 15 horas prácticas supervisadas, avalado por una institución universitaria y al menos un órgano colegiado nacional de especialistas en nefrología. El curso incluye una evaluación documentada del aprendizaje teórico y práctico.

El contenido del programa debe incluir, al menos, los siguientes ejes temáticos generales:

i. Fundamentos de la hemodiálisis y principios fisiológicos del tratamiento sustitutivo renal.
ii. Evaluación clínica del paciente en hemodiálisis.
iii. Indicaciones, prescripción y monitoreo de sesiones de hemodiálisis.
iv. Manejo de complicaciones agudas y crónicas más frecuentes relacionadas con el tratamiento.
v. Principios básicos de farmacología aplicada a pacientes en hemodiálisis.
vi. Funcionamiento de la máquina de hemodiálisis y monitoreo básico
vii. Accesos vasculares y su vigilancia clínica
viii. Aspectos bioéticos, legales y normativos de la atención médica en establecimientos de hemodiálisis.
ix. Coordinación con el equipo multidisciplinario y seguimiento del plan terapéutico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

x. Comunicación clínica con pacientes y cuidadores primarios.

El curso deberá incluir actividades prácticas, talleres clínicos, y metodologías que permitan aplicar los conocimientos adquiridos en situaciones reales o simuladas. El establecimiento debe conservar evidencia documental de la capacitación, el contenido cubierto, y el registro actualizado del personal médico autorizado para realizar estas funciones y responsabilidades.

En caso de establecimientos públicos o sociales, el aval podrá ser brindado a través de la entidad responsable de educación en salud de su institución.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido las competencias clínicas requeridas para médicos de primer contacto que atienden pacientes en hemodiálisis.

(2) El establecimiento verifica que todos los médicos no nefrólogos hayan cursado un programa de al menos 100 horas teóricas y 15 prácticas, con aval universitario y al menos un órgano colegiado nacional de especialistas en nefrología.

(3) El establecimiento cuenta con un registro actualizado del personal médico con evidencia documental del cumplimiento de estas competencias en sus expedientes laborales.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro documental del programa de formación cursado, incluyendo temario, horas teóricas, horas prácticas y talleres.
- Aval universitario y validación por órgano colegiado de profesionales de la salud.
- Expedientes del personal médico con constancias de capacitación y evaluaciones realizadas.
- Programa educativo con descripciones generales de los temas cubiertos y su alineación con las competencias esperadas.
- Listado actualizado de médicos de primer contacto autorizados para atender pacientes en hemodiálisis en el establecimiento.
- Lineamientos o instructivo institucional sobre las competencias requeridas para médicos generales que participan en la atención de pacientes en hemodiálisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

j. Estándar 10/38. Formación del personal de enfermería en servicios de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que el personal de enfermería, que no cuente con especialización en nefrología, que participa en la atención de pacientes en tratamiento sustitutivo renal con hemodiálisis cuente con las competencias clínicas necesarias para brindar una atención segura, continua y de calidad, conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe verificar y documentar que el personal de enfermería haya cursado un programa de formación estructurada, con al menos 50 horas teóricas y 60 horas prácticas supervisadas, avalado por una institución universitaria y un órgano colegiado de profesionales de la salud con competencia en atención nefrológica. El curso incluye una evaluación documentada del aprendizaje teórico y práctico.

El contenido del programa formativo debe contemplar, al menos, los siguientes ejes temáticos generales (no limitativos):

a) Fundamentos del tratamiento sustitutivo renal y fisiología aplicada.
b) Proceso de conexión y desconexión del paciente a la máquina de hemodiálisis.
c) Manejo y vigilancia del acceso vascular.
d) Monitorización clínica del paciente antes, durante y después de la sesión.
e) Manejo de complicaciones agudas en la aplicación del tratamiento.
f) Cuidados de enfermería en el uso de anticoagulantes.
g) Bioseguridad y prevención de infecciones.
h) Higiene del equipo, circuitos y superficies.
i) Educación al paciente y al cuidador primario.
j) Gestión de calidad y seguridad del paciente en hemodiálisis.
k) Actuación en situaciones de emergencia (por ejemplo, uso del carro rojo).

El curso deberá incluir actividades prácticas, talleres clínicos, y metodologías que permitan aplicar los conocimientos adquiridos en situaciones reales o simuladas. El establecimiento debe conservar evidencia documental de la capacitación, el contenido cubierto, y el registro actualizado del personal de enfermería autorizado para realizar estas funciones y responsabilidades.

En caso de establecimientos públicos o sociales, el aval podrá ser brindado a través de la entidad responsable de educación en salud de su institución.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido las competencias clínicas requeridas para el personal de enfermería que atiende pacientes en hemodiálisis.

(2)El establecimiento verifica que todo el personal de enfermería (que no cuente con la especialidad en nefrología) hayan cursado un programa de al menos 50 horas teóricas y 60 prácticas, con aval universitario y de órgano colegiado.

(3)El establecimiento cuenta con un registro actualizado del personal de enfermería con evidencia documental del cumplimiento de estas competencias en sus expedientes laborales.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa académico del curso o diplomado, incluyendo temario, duración y modalidad.
- Aval universitario y de órgano colegiado.
- Registro de personal capacitado, con constancias en el expediente.
- Evidencia de participación en talleres prácticos y evaluación de competencias.
- Manual o lineamiento institucional sobre competencias de personal de enfermería para hemodiálisis.

k. Estándar II/38. Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial. – Indispensable –

1. Guía.

En los hospitales se debe garantizar que todo el personal clínico y no clínico que mantiene contacto directo y regular con los pacientes reciba capacitación específica en aspectos clave de salud mental, intervención psicosocial y derechos humanos, tomando como base el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), desarrollado por la OMS y adoptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Este estándar responde a los avances recientes en la regulación vigente, que reconocen el derecho de toda persona a recibir atención integral en salud mental desde el primer nivel de contacto, promoviendo una atención centrada en la persona, sin discriminación, con enfoque de derechos y perspectiva comunitaria.

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar de los pacientes que viven con enfermedad renal crónica. La prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, agotamiento emocional y

SIN VALIDEZ OFICIAL

desesperanza en personas en tratamiento sustitutivo renal es significativamente más alta que en la población general. Estas condiciones, cuando no son detectadas ni atendidas, afectan gravemente la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, las relaciones familiares y sociales, e incluso los resultados clínicos.

Además, los profesionales de la salud que trabajan en entornos de alta demanda emocional están también expuestos a fatiga por compasión, burnout y estrés ocupacional, por lo que el conocimiento básico en contención emocional y primeros auxilios psicológicos es una herramienta clave no sólo para apoyar a los pacientes, sino también para fomentar una cultura de seguridad, empatía y cuidado entre equipos.

Esta capacitación busca fortalecer las competencias del personal para:

a) Identificar oportunamente trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias.
b) Prestar primeros auxilios psicológicos básicos.
c) Aplicar técnicas de comunicación empática y efectiva con pacientes en situaciones de crisis.
d) Referir adecuadamente a servicios especializados.
e) Contribuir a una atención centrada en la persona, no discriminatoria y respetuosa de los derechos humanos.

El curso debe abordar al menos los contenidos fundamentales definidos por la OMS/OPS para el programa mhGAP, incluyendo principios esenciales, intervenciones psicosociales, evaluación del estrés, identificación de trastornos por consumo, protección de derechos humanos, resolución de problemas y manejo de crisis. El curso puede impartirse de forma virtual o presencial, siempre que cuente con validación oficial por instituciones del sector salud.

Esta capacitación debe coordinarse desde el sistema de gestión del talento humano e integrarse a los procesos de inducción y formación continua del personal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia de capacitación para el personal en contacto directo con pacientes, centrada en salud mental y apoyo psicosocial, alineada al mhGAP, que cubre al menos el 80% de la plantilla identificada.

(2) Se cuenta con evidencia documental de la participación de la totalidad del personal en contacto directo con pacientes, en cursos validados por instituciones del sector salud o de organismos internacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)La estrategia de capacitación forma parte del proceso de inducción y el programa de capacitación continua del sistema de gestión del talento humano del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa anual de capacitación del establecimiento.
- Constancias de participación o certificados del personal
- Materiales utilizados en la capacitación interna o adaptados para formación local.
- Evaluación institucional del impacto de la capacitación, mediante encuestas de satisfacción, mejora en la identificación de casos, aumento de derivaciones adecuadas o reducción de conflictos.
- Documento institucional de lineamientos o política sobre salud mental
- Evidencia de inclusión del estándar dentro del sistema de gestión del talento humano y del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, como parte de una estrategia transversal de bienestar y seguridad psicológica.

I. Estándar 12/38. Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.

1. Guía.

El hospital debe impartir de manera sistemática capacitación continua dirigido a todo el personal clínico y no clínico, así como a otros actores involucrados en la operación (como personal de servicios subrogados, proveedores, pacientes, familiares, cuidadores primarios y visitantes, según corresponda), respecto a los procesos y barreras de seguridad definidas en los sistemas del modelo.

Esta capacitación debe impartirse de manera estructurada en las siguientes situaciones:

- Durante la inducción de personal de nuevo ingreso.
- De forma periódica, conforme al programa anual del establecimiento.
- Cuando se rediseñan procesos o se identifican cambios relevantes.
- Como respuesta a hallazgos derivados del monitoreo, supervisión o análisis de eventos adversos.

La capacitación debe considerar los hallazgos, patrones y tendencias identificadas durante la supervisión y monitorización de los procesos, los incidentes reportados, las condiciones inseguras observadas, reporte y análisis eventos adversos, centinela y cuasifallas, así como las

SIN VALIDEZ OFICIAL

áreas de oportunidad identificadas en la evaluación del desempeño del personal.

El contenido debe adaptarse al contexto y funciones del público al que va dirigido, incluyendo componentes teóricos y prácticos según corresponda.

Para el personal clínico y no clínico, la capacitación debe incluir al menos:

a) Definiciones operativas aplicables a su función.
b) Procesos y barreras de seguridad específicas de cada sistema.
c) Notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con cada sistema.
d) Notificación de incidentes, accidentes de trabajo y condiciones inseguras.

Cuando el establecimiento brinde información o educación dirigida a pacientes, familiares o visitantes, esta debe contemplar:

i. Temas relacionados con el sistema de gestión segura del uso de medicamentos.
ii. Temas relacionados con el sistema para la prevención y control de infecciones.
iii. Temas relacionados con el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
iv. Se deben considerar contenidos orientados a su seguridad, participación informada y cuidado durante su permanencia o tratamiento en el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento proporciona capacitación que incluye contenidos específicos para cada uno de los siguientes sistemas del modelo:
(1.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
(1.2) Sistema para la prevención y control de infecciones.
(1.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
(1.4) Sistema de gestión del talento humano.

(2)Todo el personal clínico y no clínico recibe capacitación durante su inducción

(3)Todo el personal clínico y no clínico recibe capacitación de forma periódica, conforme al programa anual de capacitación, cuando se rediseñan procesos o posterior al análisis de los hallazgos derivados del monitoreo y supervisión de los procesos.

(4)Cuando corresponde, se incluye en la capacitación al personal de servicios subrogados, proveedores y demás visitantes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Cuando corresponde, se incluye en la capacitación a pacientes y cuidadores primarios.
(6)La capacitación considera los hallazgos, patrones y tendencias derivados de la supervisión y monitorización de procesos, evaluación del desempeño, notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas y condiciones inseguras, y otras fuentes documentadas.
(7)La capacitación al personal clínico y no clínico incluye, al menos, los definidos del inciso a) a la d) según el sistema:
(8)Se documenta la participación del personal en las capacitaciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa anual de capacitación del establecimiento, que incluya temas por sistema del modelo y responsables de cada sesión.
- Materiales didácticos utilizados, tales como:
  - Presentaciones, guías visuales, trípticos, videos educativos, checklists o simulaciones documentadas.
  - Material dirigido a pacientes y cuidadores primarios (p. ej., guía de higiene de manos, cuidados post-diálisis, instrucciones ante emergencias).
- Listas de asistencia o constancias de participación, firmadas y con fecha, tanto para personal.
- Registros de actualización del contenido del programa.
- Instrumentos de evaluación post-capacitación.

m.Estándar 13/38. Personal con competencias en soporte vital avanzado. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe contar de forma permanente con personal clínico capacitado y con competencia vigente en Soporte Vital Avanzado (SVA), especialmente en áreas donde se brinda atención directa a pacientes en condiciones críticas o con riesgo inminente para la vida. Esta competencia es indispensable para garantizar la atención oportuna y efectiva durante eventos que comprometan la vida del paciente.

Para ello, el establecimiento debe realizar un análisis de riesgos con participación multidisciplinaria, que permita identificar las áreas que deban contar con personal con competencias en SVA, considerando el tipo de pacientes, complejidad clínica y operativa, tiempos de respuesta

SIN VALIDEZ OFICIAL

requeridos. Como criterio mínimo, este personal debe estar disponible por turno en las siguientes áreas críticas:

- Unidades de cuidados intensivos (adultos, pediátricos y neonatales)
- Servicios de urgencias (adultos y pediátricos).

El análisis puede ampliarse a otras áreas si la naturaleza del servicio así lo amerita. En todas las áreas identificadas debe haber, al menos, una persona por turno con capacitación vigente en SVA.

La capacitación debe estar a cargo de personal con certificación vigente en SVA, que cuente con las competencias clínicas, técnicas y pedagógicas para entrenar y reforzar al equipo clínico operativo. En caso de pertenecer al establecimiento, esta responsabilidad debe estar formalmente integrada en su descripción de funciones y evaluarse como parte de su desempeño institucional.

El establecimiento debe diseñar e implementar un programa estructurado de capacitación en SVA, que incluya, al menos los siguientes elementos:

a) Selección del personal que requiere capacitación, de acuerdo con las áreas críticas identificadas, su rol clínico y la cobertura por turno.
b) Definición de equipos de respuesta o reanimación, alineados con las necesidades clínicas del servicio.
c) Capacitación anual obligatoria para el personal clínico involucrado, que contemple componentes teóricos y prácticos y diseñar estrategias que aseguren el desarrollo y mantenimiento de las competencias clínicas necesarias.
d) Capacitación estandarizada, con base en lineamientos vigentes de organismos reconocidos, diferenciada por grupo de pacientes (adultos, pediátricos, obstétricas) e incluyendo los siguientes contenidos mínimos:
    i. Conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico.
    ii. Identificación y manejo de ritmos: fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, asistolia y la actividad eléctrica sin pulso, taquiarritmias estables e inestables, bradicardia, síndrome coronario agudo, evento vascular cerebral.
    iii. Manejo del paro respiratorio
    iv. Manejo del paro cardiorrespiratorio.
    v. Uso del DEA (Desfibrilador Externo Automático)
    vi. Emergencias respiratorias y estado de choque (en población pediátrica).
    vii. Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica (en pacientes obstétricas).

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Evaluación teórica y práctica del personal, que demuestre que el personal ha alcanzado la competencia clínica requerida.
f) Simulacros periódicos, al menos una vez al año, que refuercen las competencias adquiridas y permitan evaluar el desempeño real ante situaciones críticas.
g) Integración de esta competencia en el perfil del personal involucrado y en el proceso de evaluación del desempeño.
h) Validación de competencias de los instructores, cuya competencia debe estar respaldada por una entidad autorizada o reconocida.
i) Vigencia de la certificación del instructor, la cual no debe exceder dos años, conforme a los lineamientos del organismo certificador. El personal instructor debe mantener su capacidad activa para capacitar y entrenar formalmente al personal involucrado.

El programa debe estar formalmente aprobado por la alta dirección del establecimiento, incluyendo al responsable sanitario o la autoridad máxima institucional en caso de formar parte de una red, corporativo o sistema de atención más amplio.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado, mediante un análisis de riesgos con participación multidisciplinaria, las áreas críticas que requieren contar con personal con competencia vigente en SVA
(2) El establecimiento ha identificado al personal clínico que debe recibir esta capacitación, conforme a la operación por turnos y alineado a las necesidades clínicas del servicio.
(3) En cada una de las áreas críticas identificadas (incluyendo al menos unidades de cuidados intensivos y servicios de urgencias), se cuenta con evidencia de que hay, como mínimo, una persona por turno con capacitación vigente en SVA.
(4) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa institucional de capacitación en SVA que incluye, al menos, los procesos definidos en los incisos a) al i) de la guía.
(5) El personal clínico involucrado recibe, al menos, una capacitación formal anual en SVA, impartida por instructores con certificación vigente.
(6) El programa de capacitación en SVA cuenta con el aval de la alta dirección del establecimiento, incluyendo al responsable sanitario. En caso de pertenecer a una red o corporativo, también cuenta con el aval de la máxima autoridad institucional correspondiente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de capacitación en soporte vital avanzado, que incluya: Objetivo institucional, áreas críticas aplicables del establecimiento, perfil del personal seleccionado por turno, estrategias para el mantenimiento de competencias.
- Listado del personal con capacitación vigente en SVA, indicando: área, turno asignado, fecha de capacitación, vigencia.
- Registros de la capacitación interna anual impartida al personal clínico, incluyendo: listas de asistencia, materiales utilizados, evaluaciones teóricas y prácticas.
- Certificados o constancias de competencias del instructor, con vigencia no mayor a 2 años, emitidos por organismos reconocidos.
- Simulacros documentados o ejercicios prácticos anuales, que refuercen las competencias clínicas de SVA.
- Actas o resoluciones de aprobación del programa, firmadas por el responsable sanitario y, en su caso, por la máxima autoridad institucional del corporativo o red.

n. Estándar 14/38. Programa de salud y seguridad para el personal. – Indispensable –

1. Guía.

En el hospital, cuidar la salud y la seguridad del personal, es una condición indispensable para fortalecer la calidad y seguridad en la atención brindada a los pacientes. Por eso, se debe contar con un programa de salud y seguridad para el personal, diseñado para proteger el bienestar físico y mental, prevenir lesiones relacionadas con los riesgos laborales dentro de las actividades y funciones definidas.

Este programa aplica tanto al personal clínico como no clínico, por lo que debe ser diseñado con participación activa de los responsables de cada área con enfoque multidisciplinario. Se construye con base en las características propias del establecimiento y se adapta a los recursos disponibles, considerando también el apoyo que puede ofrecer la comunidad o red institucional.

El programa debe contemplar, al menos, los siguientes componentes:

a) Identificación de riesgos laborales, diferenciados por perfil de puesto, funciones asignadas y área de trabajo, con el propósito de implementar medidas que disminuyan la probabilidad de lesiones o daños relacionados con las actividades desempeñadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Dotación de equipo de protección personal (EPP) adecuado y suficiente, de acuerdo con los riesgos identificados.
c) Capacitación continua en el uso correcto del EPP, orientada a reforzar la protección individual y colectiva dentro del establecimiento.
d) Capacitación sobre actos seguros y prevención de incidentes, incluyendo medidas de ergonomía, manejo de sustancias, señalización y uso de herramientas, entre otros.
e) Seguimiento médico a personal expuesto a riesgos específicos y enfermedades de trabajo, como, las producidas por pinchazos o exposición a sangre y fluidos corporales, exposición a enfermedades infecciosas transmisibles, exposición a radiaciones ionizantes, materiales o condiciones peligrosas en las instituciones, riesgos ergonómicos, y otros asuntos de salud y seguridad relevantes en el establecimiento.
f) Investigación, análisis y documentación de accidentes de trabajo, con enfoque en prevención, mejora de condiciones laborales y aprendizaje organizacional.

La implementación, supervisión y control del programa deben realizarse bajo un enfoque multidisciplinario, integrando áreas como recursos humanos, seguridad e higiene, medicina laboral, control de infecciones, ingeniería, entre otras que correspondan al tamaño y complejidad del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de salud y seguridad para el personal que incluye, al menos, los componentes descritos en los incisos a) al f) de la guía.
(2) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento, abarcando tanto al personal clínico como no clínico.
(3) El programa es supervisado y controlado de manera multidisciplinaria, con participación activa de las áreas responsables.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de salud y seguridad para el personal, que describa objetivos, alcance, responsables, frecuencia de revisión y los componentes mínimos.
- Listados de riesgos laborales identificados por perfil de puesto, función y área de trabajo, incluyendo matrices de riesgo,

SIN VALIDEZ OFICIAL

reportes de evaluación de condiciones o formatos de diagnóstico ocupacional.
- Registros de entrega de EPP al personal, con fecha, firma de recibido, tipo de equipo y justificación basada en riesgos.
- Evidencia de capacitación en el uso correcto del EPP y actos seguros, como listas de asistencia, programas de formación, materiales de apoyo, o constancias firmadas.
- Reportes de seguimiento médico ocupacional, para personal involucrado en accidentes o enfermedades laborales.
- Registros de incidentes, condiciones inseguras o accidentes de trabajo, con evidencia de análisis de causas y acciones correctivas implementadas.
- Actas de reuniones del comité o grupo multidisciplinario responsable, que documenten la supervisión, revisión y mejora del programa.
- Indicadores de cumplimiento del programa o reportes de avance (si están definidos), por ejemplo: porcentaje de personal evaluado, porcentaje de acciones preventivas ejecutadas, porcentaje de capacitaciones cumplidas.

o. Estándar 15/38. Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico. – Indispensable –

1. Guía.

Una de las primeras barreras de seguridad que puede ofrecer el establecimiento a sus pacientes es asegurarse de que el personal que participa en los procesos de atención cuenta con las competencias conforme a su perfil de puesto. Para lograrlo, el establecimiento debe implementar un proceso de verificación de la fuente original de los títulos, cédulas, certificaciones o constancias que acreditan las competencias técnicas o profesionales del personal.

En el caso del personal clínico, esta verificación debe realizarse de forma obligatoria, al menos mediante la consulta electrónica de la cédula profesional en la página web de la Dirección General de Profesiones de la Secretaria de Educación Pública (SEP), o en otros registros oficiales válidos. Si el profesional se encuentra en proceso de trámite de cédula o ha adquirido una competencia que no emite cédula profesional (como adiestramientos técnicos, procedimientos específicos o formación pos-técnica), el establecimiento debe definir mecanismos documentados para verificar dicha formación directamente con la institución que avala la competencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este proceso también debe aplicarse cuando el personal clínico adquiere nuevas competencias, cambia de funciones, o recibe privilegios adicionales, garantizando que la nueva actividad esté respaldada por formación válida y documentada.

En el caso del personal no clínico, el establecimiento debe definir, de manera documentada, qué perfiles o funciones requieren verificación de fuente original, tomando en cuenta el nivel de estudios declarado, el tipo de competencias técnicas requeridas, y el grado de influencia que sus funciones tienen sobre la seguridad del paciente, el funcionamiento crítico de los procesos o el cumplimiento normativo. Por ejemplo, este proceso podría aplicar a personal técnico en tratamiento de agua, ingenieros biomédicos, personal de mantenimiento especializado, responsables de sistemas informáticos o personal de calidad y seguridad, y no necesariamente al personal de apoyo general como intendencia o vigilancia.

Este procedimiento es parte del sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente laboral del trabajador, incluyendo el registro de la consulta, la fecha, la fuente utilizada y el documento verificado.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para verificar la fuente original de todo el personal clínico, ya sea mediante la consulta oficial de su cédula profesional o, en su caso, mediante verificación directa con la institución que avala la competencia cuando no cuenta con cédula.

(2) Se aplica este proceso cuando el personal clínico adquiere nuevas competencias, cambia de funciones o recibe privilegios adicionales.

(3) El establecimiento ha definido qué personal no clínico requiere verificación de fuente original, con base en la naturaleza de sus funciones, nivel de estudios, cumplimiento normativo y relación con los procesos relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado del establecimiento para la verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.
- Registro de verificación de cédula profesional del personal clínico, obtenido a través del portal de la Dirección General de Profesiones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Constancias o comprobantes de verificación institucional para personal clínico que no cuenta con cédula profesional (por ejemplo, respuesta oficial de la escuela, correo electrónico con firma institucional, constancia emitida por la entidad formadora).
- Expediente laboral del personal con los documentos que acrediten su formación (título, cédula, constancia, certificado), acompañados de la evidencia de verificación de la fuente original.
- Listado de personal no clínico identificado por el establecimiento, con evidencia de verificación documental cuando aplica (por ejemplo: técnicos, ingeniería biomédica, personal de mantenimiento especializado).
- Formato interno de control, firmado por el área responsable, donde se registre la verificación de documentos, la fuente consultada y la fecha de revisión.

p. Estándar 16/38. Programa académico para recurso humano en formación.

1. Guía.

Cuando un establecimiento participa como campo clínico para el desarrollo académico de estudiantes o profesionales en formación, debe contar con un programa estructurado que regule su participación, alineado con la legislación aplicable vigente y con los principios del sistema de gestión del talento humano.

Este recurso humano en formación puede incluir, entre otros: médicos internos, residentes, pasantes de enfermería, técnicos, psicólogos o nutriólogos, que realizan actividades dentro del establecimiento.

El establecimiento debe implementar un programa académico documentado, que sirva como base para la colaboración con instituciones educativas y asegure que la participación del recurso humano en formación esté controlada, supervisada y orientada al desarrollo seguro de competencias.

Este programa incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) Registro completo del recurso humano en formación, con datos institucionales, etapa académica, periodo de rotación y responsable asignado.

b) Aceptación formal de los lineamientos del programa académico, mediante convenios, cartas compromiso u otro medio oficial.

c) Supervisión continua de las actividades del recurso humano en formación, conforme a sus competencias y nivel de preparación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Documentación de su estado académico, competencias adquiridas o certificaciones obtenidas durante su estancia.
e) Integración a los procesos institucionales del sistema de gestión de talento humano, incluyendo: orientación e inducción, programa de capacitación continua, evaluación del desempeño, programa de salud y seguridad.

Este estándar garantiza que el recurso humano en formación pueda cumplir con sus objetivos académicos dentro de un entorno seguro y regulado, sin comprometer la calidad de la atención ni la operación del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un programa académico documentado para el recurso humano en formación, que incluye al menos los incisos de la a) a la e) definidos en la guía.

(2)El programa está implementado y supervisado en todos los casos en que el recurso humano en formación participa en procesos dentro del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa académico documentado del establecimiento, donde se definan los objetivos, lineamientos, responsables y procesos que regulan la participación del recurso humano en formación.
- Convenios de colaboración, cartas compromiso u oficios de vinculación entre el establecimiento y las instituciones educativas.
- Listado actualizado del recurso humano en formación con nombre, institución de procedencia, carrera o programa académico, nivel de avance (semestre o año), fechas de estancia, área asignada y responsable de supervisión clínica.
- Registros de orientación e inducción institucional, asistencia a sesiones de bienvenida o entrega de manuales institucionales al recurso humano en formación.
- Registros de supervisión del desempeño del recurso humano en formación, como formatos de seguimiento, bitácoras clínicas o evaluaciones emitidas por personal del establecimiento.
- Documentación del estado académico y avance del recurso humano en formación, como copias de constancias, certificados parciales, validaciones institucionales o evaluaciones por competencias, cuando apliquen.

SIN VALIDEZ OFICIAL

q. Estándar 17/38. Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.

1. Guía.

Cuando un establecimiento de atención médica recibe recurso humano en formación proveniente de instituciones educativas externas (como estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, ingeniería biomédica, entre otros), es su responsabilidad verificar que dichas instituciones cumplan con los criterios esenciales para la formación de recursos humanos en salud, conforme a lo establecido en los Lineamientos para obtener la Opinión Técnico-Académica de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) vigentes.

El establecimiento debe implementar un proceso documentado que le permita validar que las instituciones educativas que le asignan estudiantes para prácticas clínicas cuenten con Opinión Técnico-Académica Favorable vigente, emitida por la CIFRHS o su equivalente en el nivel estatal.

Además, el establecimiento debe considerar elementos clave de la evaluación técnica, tales como:

a) Evidencia de que el plan y programa de estudios ha sido evaluado favorablemente por CIFRHS.
b) Existencia de estructura curricular clara y progresiva.
c) Perfil del docente.
d) Documentación que respalde el modelo educativo y de evaluación del estudiante.
e) Evidencia de criterios de ingreso y seguimiento académico.
f) Existencia de condiciones adecuadas de campo clínico: número de estudiantes por tutor, horarios, criterios de asignación, entre otros.
g) Evaluación y seguimiento de egresados.
h) Infraestructura, y equipamiento suficiente conforme al perfil profesional.
i) Participación del establecimiento en la supervisión y retroalimentación del proceso formativo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un proceso documentado para verificar que las instituciones educativas que asignan recurso humano en formación cuenten con Opinión Técnico-Académica Favorable vigente emitida por la CIFRHS o autoridad competente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Esta verificación se realiza antes de formalizar cualquier convenio académico o asignación de campo clínico.
(3)Se actualiza la verificación conforme al vencimiento del dictamen técnico o cuando haya cambios en el plan de estudios.
(4)El establecimiento revisa que los programas académicos cumplan con los criterios mínimos de formación definidos en la legislación aplicable vigente, incluyendo al menos, del inciso a) a la i) de la guía.
(5)Se documenta la participación del establecimiento en la supervisión del proceso académico, incluyendo retroalimentación o reporte de incidencias a la institución educativa.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento documentado del establecimiento para la validación académica de instituciones educativas que asignan recurso humano en formación, incluyendo los criterios mínimos a verificar y la responsabilidad institucional correspondiente.
- Copia vigente de la Opinión Técnico-Académica Favorable emitida por la CIFRHS (o por la autoridad estatal correspondiente), anexada al expediente del convenio académico o carpeta de docencia.
- Formato de verificación del programa académico, elaborado por el establecimiento.
- Actas, minutas o reportes internos que documenten la revisión académica del programa formativo y la aprobación o rechazo para operar en el establecimiento.
- Informe de retroalimentación o reporte de incidencias entregado por el establecimiento a la institución formadora, cuando aplique.
- Convenio formal de colaboración entre el establecimiento y la institución educativa, en donde se anexe o haga referencia explícita a la Opinión Técnico-Académica Favorable y al compromiso de cumplimiento de los criterios mínimos.

r. Estándar 18/38. Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El hospital debe contar con un proceso formal y estandarizado para organizar y mantener actualizada la información del personal clínico y no clínico. Esta información debe documentarse en un expediente físico o digital, y contener al menos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) El perfil de puesto y la definición de funciones o privilegios autorizados.
b) Identificación de habilidades y competencias necesarias para las funciones del puesto, según corresponda.
c) La verificación de la fuente original (título, cédula profesional o constancia institucional).
d) La capacitación recibida, especialmente en temas como seguridad del paciente, prevención de infecciones, uso de barreras de seguridad, entre otros.
e) El resultado de la evaluación inicial de competencias (cuando corresponde).
f) Los resultados de la evaluación periódica del desempeño (al menos una vez al año).

La información se encuentra disponible para efectos de supervisión interna, mejora continua o auditoría externa. La actualización debe realizarse de manera periódica o cada vez que el trabajador asuma nuevas funciones o adquiera nuevas competencias.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se documenta, al menos una vez al año, la evaluación del desempeño del personal, acorde a sus funciones y/o privilegios asignados.
(2) Se documenta la capacitación recibida por el personal, incluyendo temas de seguridad del paciente, prevención de infecciones y procesos críticos.
(3) La información del expediente se encuentra organizada, estandarizada y actualizada conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado del establecimiento para la gestión de expedientes del personal.
- Expedientes individuales (físicos o digitales) del personal
- Formato institucional de expediente de personal, validado por el área responsable del sistema de gestión del talento humano, con estructura estandarizada y campos obligatorios definidos.
- Listado de personal activo con vinculación a sus expedientes respectivos
- Evidencia de actualización periódica o por cambios relevantes, como: cambio de puesto o área, nuevas competencias adquiridas, modificación de funciones o privilegios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Acta, minuta o evidencia de supervisión interna del expediente, emitida por el área de talento humano o equivalente, como parte del monitoreo del sistema.

s. Estándar 19/38. Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los servicios de radiología e imagen estén bajo la dirección de un profesional con las competencias requeridas, conforme a la legislación aplicable vigente, y que todos los estudios se realicen, interpreten y reporten por personal técnico y profesional competente, con formación específica y suficiente para responder a las necesidades clínicas.

Esto incluye tanto los servicios de imagen propios como, en el caso de ser subrogados, los criterios definidos en las especificaciones de calidad formalizadas con los proveedores.

El responsable del servicio debe ser, cuando aplique, un médico radiólogo con formación y cédula profesional vigente, quien asume la supervisión operativa y profesional del área, y tiene a su cargo:

a) La elaboración, implementación y actualización de políticas y procesos.
b) La supervisión técnica y administrativa de las instalaciones y servicios.
c) El diseño e implementación de programas de seguridad del paciente, control de calidad y gestión del equipo médico.
d) La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
e) La recomendación técnica sobre servicios subrogados, cuando corresponda.
f) La revisión y mejora continua de todos los servicios de imagen, propios o contratados.

El personal técnico que realiza los estudios debe contar con capacitación formal, experiencia y habilidades alineadas a su perfil de puesto y procesos de evaluación del desempeño, conforme al sistema de gestión del talento humano.

Asimismo, debe existir suficiencia de personal para asegurar la continuidad operativa del área durante los horarios establecidos y en situaciones de urgencia, si corresponde. Para ello, el establecimiento debe contar con un análisis documentado de suficiencia de personal, el cual debe considerar, al menos:

i. La carga promedio de trabajo por tipo de estudio y horario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ii. El número de turnos y horario operativo.
iii. El perfil de competencia técnica requerido para cada función.
iv. El número mínimo de personal necesario por jornada, incluyendo periodos de alta demanda o contingencias.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los servicios de radiología e imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo o profesional con competencias específicas, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2)Se identifica al personal que realiza los estudios, los interpreta, los informa y los supervisa.
(3)Todos los estudios de imagen se realizan por personal técnico competente, de acuerdo con su formación y funciones.
(4)La interpretación y el informe de resultados se realizan por personal profesional con competencias clínicas y legales, según el tipo de estudio.
(5)Las responsabilidades del personal que dirige el servicio incluyen las comentadas de la a) a f) de la guía.
(6)El establecimiento documenta la evaluación del desempeño del personal conforme a su perfil de competencias.

(A). Referencia de apoyo.

- Nombramiento institucional del responsable del servicio (copia de cédula profesional).
- Descripciones de puesto y perfiles de competencias del personal técnico y médico.
- Registro de personal disponible y cobertura de turnos.
- Registros de evaluación del desempeño y capacitación continua.
- Políticas, procesos y programas implementados en el área de imagen.
- Informes de supervisión del servicio, propios y subrogados.
- Especificaciones de calidad con proveedores subrogados que incluyan criterios de competencia y supervisión profesional.

t. Estándar 20/38. Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los servicios de laboratorio propios estén bajo la dirección de un profesional competente, conforme a la legislación aplicable vigente, y que todos los análisis e

SIN VALIDEZ OFICIAL

interpretaciones de resultados se realicen por personal con la formación, experiencia y habilidades necesarias.

El responsable de los Servicios de Laboratorio debe asumir la supervisión profesional y operativa del área, con funciones que incluyan:

a) Definición, implementación y actualización de procesos.
b) Supervisión técnica y administrativa.
c) Diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, control de calidad y gestión del equipo médico.
d) Integración con el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura y sistema de gestión del talento humano.
e) Evaluación de necesidades operativas y recomendación de subrogación de servicios, cuando aplique.
f) Control y revisión de todos los procesos

El establecimiento debe identificar formalmente al personal responsable, técnico y de supervisión en sus descripciones de puesto, asegurar su alineación con el sistema de gestión del talento humano, e integrar esta información a los procesos de evaluación del desempeño.

El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia.

Asimismo, debe existir suficiencia de personal para asegurar la continuidad operativa del laboratorio durante los horarios establecidos y en situaciones de urgencia, si corresponde. Para ello, el establecimiento debe contar con un análisis documentado de suficiencia de personal, el cual debe considerar, al menos:

i. La carga promedio de trabajo por tipo de estudio y horario.
ii. El número de turnos y horario operativo.
iii. El perfil de competencia técnica requerido para cada función.
iv. El número mínimo de personal necesario por jornada, incluyendo periodos de alta demanda o contingencias.

En los casos donde los Servicios de Laboratorio son subrogados, estos criterios deben incluirse dentro de las especificaciones de calidad formalmente definidas con el proveedor, conforme a lo establecido en el sistema de gobierno de los servicios contratados.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los servicios de laboratorio están bajo la dirección y supervisión de un profesional competente, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Los análisis y la interpretación de resultados son realizados por personal con las competencias necesarias, conforme a su perfil y funciones.
(3)El personal técnico realiza actividades acordes con su capacitación, formación y experiencia.
(4)El responsable del laboratorio cumple las siguientes funciones mencionadas del inciso a) a la f) de la guía.
(5)El establecimiento cuenta con un análisis documentado de suficiencia de personal en los servicios de laboratorio, que considera la carga de trabajo, los turnos de operación y el perfil de competencias técnicas requerido para asegurar la operación continua del servicio.
(6)El establecimiento documenta la evaluación del desempeño del personal conforme a su perfil de competencias.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que designa al responsable del Servicio de Laboratorio.
- Descripciones de puesto y perfiles de competencia del personal responsable de laboratorio, técnico y de supervisión.
- Registros de evaluación del desempeño del personal del laboratorio.
- Evidencia documental de capacitación y experiencia del personal.
- Documentación de procesos técnicos y administrativos bajo responsabilidad del jefe de laboratorio.
- Registros de horarios y cobertura operativa del servicio.
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados, cuando aplique.
- Informes de supervisión y control de calidad técnico.

u. Estándar 21/38. Coordinación y cumplimiento normativo en los servicios de anestesia y sedación. – Indispensable –

1. Guía.

Los servicios de anestesia y sedación deben prestarse conforme a la legislación aplicable vigente, y adaptarse a las características clínicas de los pacientes y a los procedimientos que se realizan en el establecimiento. Estos servicios pueden ser prestados directamente o mediante subrogación, y deben garantizar calidad, seguridad y continuidad durante todo el proceso clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La gestión de estos servicios está a cargo de personal clínico competente, responsable de asegurar que los servicios sean seguros, funcionales y se ajusten a los lineamientos técnicos, éticos y regulatorios. Las responsabilidades de este personal incluyen:

a) Coordinar y gestionar los servicios de anestesia y sedación.
b) Cumplir con la legislación aplicable vigente en la provisión de dichos servicios.
c) Verificar el mantenimiento y funcionamiento adecuado de equipos de anestesia, monitores y gases medicinales.
d) Analizar los eventos adversos asociados al uso de anestesia y sedación.
e) Supervisar el correcto llenado del expediente clínico relacionado con la atención anestésica.
f) Supervisar las especificaciones de calidad de los servicios subrogados, si corresponde.

Estas acciones deben estar en funcionamiento en el establecimiento, independientemente del modelo de provisión, y ser verificables mediante evidencia clínica, técnica y administrativa.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados a las necesidades clínicas de los pacientes.
(2) Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.
(3) Los servicios están coordinados y gestionados por personal clínico competente, con funciones claramente asignadas, dentro de las cuales se encuentra lo mencionado del inciso a) a la f) de la guía.
(4) Cuando el servicio es subrogado, se supervisan las especificaciones de calidad definidas por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Evidencia de cumplimiento normativo en los servicios de anestesia y sedación.
- Constancia de competencias del personal clínico responsable de la coordinación.
- Registros de mantenimiento de equipos de anestesia, monitores y redes de gases.
- Reportes de análisis de eventos adversos relacionados con anestesia y sedación.
- Auditorías de expediente clínico con verificación de registros anestésicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Contratos o convenios de servicios subrogados con especificaciones de calidad.
- Documentos de supervisión del cumplimiento de estas especificaciones.

v. Estándar 22/38. Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

La prescripción de medicamentos requiere conocimientos técnicos, criterio clínico y una formación específica. Por lo tanto, los establecimientos deben identificar de manera formal quién está autorizado para prescribir medicamentos, con base en su perfil profesional, el proceso de otorgamiento de privilegios o la descripción de funciones institucionales, conforme a la legislación aplicable vigente.

Además de lo anterior, deben establecerse de forma clara los límites y restricciones de prescripción, especialmente en relación con medicamentos que requieren precauciones especiales como:

a) Medicamentos controlados.
b) Medicamentos experimentales.
c) Cualquier otro medicamento definido por el establecimiento.

El personal involucrado en la dispensación, preparación, distribución y administración de medicamentos debe tener acceso a esta información y poder identificar con claridad quién está autorizado para prescribir medicamentos. También se debe contemplar qué personal puede prescribir en situaciones de urgencia, asegurando la continuidad y seguridad del tratamiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado formalmente al personal autorizado para prescribir medicamentos, con base en su perfil profesional, descripción de funciones o proceso de otorgamiento de privilegios.

(2) La prescripción de medicamentos es realizada exclusivamente por personal autorizado conforme a la legislación aplicable vigente.

(3) Se han establecido y comunicado los límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda al contexto del establecimiento.

(4) El personal encargado de dispensar, distribuir, preparar o administrar medicamentos identifica con claridad quién está autorizado para prescribirlos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Listado actualizado del personal autorizado para prescribir.
- Procesos documentados sobre privilegios de prescripción.
- Políticas internas sobre prescripción de medicamentos especiales.
- Manual de funciones del personal médico.
- Registro de inducción o capacitación al personal sobre prescriptores autorizados
- Registro o cartel de visibilidad interna con nombres de prescriptores autorizados.

w. Estándar 23/38. Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

La administración de medicamentos en establecimientos debe ser realizada exclusivamente por personal con las competencias clínicas, legales y técnicas necesarias. Esto es esencial para garantizar la seguridad del paciente, el uso adecuado del medicamento y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe identificar formalmente, documentar y difundir quiénes están autorizados para administrar medicamentos, considerando:

a) Perfil profesional.
b) Descripción de puesto.
c) Proceso de otorgamiento de privilegios (en el caso de médicos).
d) Asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de salud.

También se deben establecer restricciones para la administración de medicamentos especiales (por ejemplo, medicamentos controlados, biotecnológicos o de alto riesgo), cuando sea necesario, así como procedimientos para la administración en situaciones de urgencia.

Los profesionales responsables de otras fases del sistema de medicación (prescripción, preparación, dispensación, etc.) deben poder identificar a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado formalmente al personal autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su perfil profesional, su descripción de puesto y/o el proceso de otorgamiento de privilegios o asignación de funciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Solo el personal autorizado por el establecimiento, y conforme a la legislación aplicable vigente, lleva a cabo la administración de medicamentos.
(3)Se han establecido y comunicado límites para la administración de medicamentos especiales, cuando corresponda.
(4)El personal involucrado en otras fases del proceso de medicación puede identificar correctamente a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional actualizado de personal autorizado para la administración de medicamentos.
- Descripciones de puesto, manuales de organización y lineamientos de funciones del personal clínico.
- Procesos de otorgamiento de privilegios y/o designación de responsabilidades clínicas.
- Capacitación y constancias que acrediten competencias para administración de medicamentos.
- Políticas de administración segura para medicamentos especiales o de alto riesgo.
- Registros o protocolos de identificación y validación de personal durante auditorías internas.

x. Estándar 24/38. Gestión del personal involucrado en la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento que brinda servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe asegurar que el recurso humano involucrado en su operación cuente con el perfil, las competencias y el respaldo institucional necesarios para ofrecer una atención segura y de calidad. La AMD, que incluye modalidades como la teleconsulta, la teleorientación y el monitoreo remoto, exige una gestión estructurada del personal clínico y no clínico que participa en dichos servicios.

El personal debe estar identificado formalmente en el sistema institucional, con funciones documentadas y alineadas al tipo de servicio brindado. Esto incluye personal médico, de enfermería, técnicos en informática, personal administrativo, coordinadores operativos y otros profesionales que participen en el flujo de atención remota. El establecimiento debe verificar que cuenten con la formación y competencias requeridas para participar en servicios de AMD, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se debe implementar un programa de capacitación institucional orientado al personal involucrado, que incluya, al menos:

a) Uso de plataformas y herramientas digitales.
b) Principios de ética, confidencialidad y resguardo de datos personales.
c) Normativa aplicable para la prestación de AMD.
d) Habilidades de comunicación remota, centradas en la persona.
e) Procedimientos clínicos y logísticos estandarizados.
f) Protocolos de actuación ante fallas tecnológicas durante una consulta y manejo de emergencias médicas identificadas de forma remota.

Asimismo, se deben establecer mecanismos de evaluación del desempeño del personal asignado a AMD, con base en indicadores definidos, supervisión directa, retroalimentación periódica y mejora continua. Estos mecanismos deben estar integrados al sistema de gestión del talento humano del establecimiento, así como a los procesos de asignación y actualización de funciones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente las funciones y perfiles del personal clínico y no clínico involucrado en los servicios de AMD.
(2) El establecimiento ha implementado un programa de capacitación para el personal involucrado en AMD, que incluye al menos lo mencionado en los incisos a) al f) de la guía.
(3) Se cuenta con evidencia documental de la participación del personal en el programa de capacitación.
(4) Se evalúa de manera periódica el desempeño del personal que participa en AMD, conforme al sistema de gestión del talento humano.
(5) La evaluación del desempeño se utiliza para fortalecer competencias, reasignar funciones o implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Definición institucional de funciones y responsabilidades del personal asignado a AMD.
- Listado del personal clínico con acreditación vigente (títulos, cédulas o constancias).
- Programa anual o semestral de capacitación en AMD, con contenidos, fechas y responsables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Constancias de participación del personal en actividades formativas relacionadas con AMD.
- Formatos de evaluación de desempeño aplicados al personal asignado a AMD.
- Reportes de seguimiento del desempeño y acciones de mejora asociadas.

y. Estándar 25/38. Programa para la gestión integral del equipo médico. – Indispensable –

1. Guía.

La gestión del equipo médico en hospitales es un componente crítico para garantizar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la continuidad operativa. El establecimiento debe contar con un programa de gestión integral del equipo médico, que abarque todas las etapas del ciclo de vida de los dispositivos médicos utilizados en los procesos clínicos y de apoyo.

Este programa debe incluir la planificación, adquisición, instalación, mantenimiento, verificación funcional, trazabilidad, evaluación del ciclo de vida, documentación, capacitación del personal, así mismo, se debe contar con manuales de usuario de equipos y con etiqueta de información técnica en cada equipo que forme parte del programa. Su implementación debe ser sistemática, documentada, verificable y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

El programa debe considerar todos los dispositivos asignados al establecimiento, independientemente de su régimen de propiedad (propios, en arrendamiento, en comodato o aportados por el paciente), y contemplar también sistemas como el Sistema de Tratamiento y Suministro de Agua (STSA), bombas de infusión, monitores de signos vitales, concentradores de oxígeno, entre otros equipos de soporte clínico.

Entre los componentes esenciales del programa se encuentran:

a) La identificación y análisis de necesidades de equipo médico según el perfil clínico de los pacientes, riesgos asociados y condiciones de infraestructura.
b) La planificación diferenciada del mantenimiento preventivo, considerando la etapa del ciclo de vida de cada equipo, conforme a las recomendaciones del fabricante. Y seguimiento de los mantenimientos correctivos emergentes.
c) La verificación funcional y documentación técnica individual por equipo. Que las verificaciones funcionales periódicas permitan confirmar que opera dentro de los parámetros establecidos por el

SIN VALIDEZ OFICIAL

fabricante y en condiciones seguras para el paciente y el personal. Estas pruebas deben incluir la verificación funcional para puesta en marcha, así como, evaluaciones de seguridad eléctrica, utilizando instrumentos de medición calibrados y certificados. Asimismo, se debe asegurar la trazabilidad técnica completa de cada equipo médico a través de bitácoras individuales por número de serie, donde se documenten: mantenimientos, calibraciones, inspecciones, fallas y acciones correctivas. Esta documentación debe mantenerse actualizada, organizada y disponible.

d) La capacitación continua del personal clínico y técnico en el uso seguro del equipo médico, incluyendo sus registros y/o certificados de capacitación y los manuales operativos en formatos físicos o digitales.
e) La gestión de criterios clínicos y técnicos para la baja, actualización o sustitución de equipos, con enfoque en el costo-beneficio y la seguridad operativa.
f) La verificación de etiquetado de la información técnica y de seguridad del equipo sea visible y conforme a la legislación aplicable vigente.
g) El registro, sistematización y análisis de incidentes adversos técnicos o clínicos relacionados con el funcionamiento del equipo.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria, con personal con las competencias necesarias.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado actualizado del equipo médico asignado al servicio, incluyendo equipo propio, en comodato o arrendado.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de gestión del equipo médico que incluye, al menos, los componentes señalados de la letra a) a la g) descritos en la guía.
(3) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento donde se utilice equipo médico.
(4) El equipo médico es inspeccionado, verificado funcionalmente y se le da mantenimiento conforme al plan definido.
(5) El programa cuenta con registros técnicos individuales por equipo, incluyendo bitácoras, verificaciones, mantenimientos y calibraciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)Las actividades del programa son realizadas por personal con competencias técnicas documentadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional para la gestión integral del equipo médico documentado
- Listado actualizado de equipo médico por número de serie, ubicación y régimen de propiedad (propio, rentado, en comodato).
- Plan de mantenimiento preventivo y verificaciones funcionales, con frecuencias definidas por tipo de equipo y conforme al fabricante.
- Bitácoras individuales por equipo y por número de serie, que incluyan:
  - o Fecha de ingreso al servicio.
  - o Mantenimientos preventivos y correctivos realizados.
  - o Resultados de verificaciones funcionales.
  - o Incidentes técnicos registrados.
  - o Calibraciones realizadas y certificados asociados.
- Certificados de calibración vigentes de los instrumentos de medición utilizados (simuladores, analizadores, multímetros, etc.).
- Reportes de mantenimiento emitidos por personal interno o proveedor subrogado, con firma y perfil técnico documentado.
- Constancias de capacitación del personal clínico y técnico en el uso seguro del equipo médico.
- Formato o evidencia del etiquetado técnico visible en el equipo médico (marca, modelo, serie, advertencias, símbolos gráficos, registro sanitario).
- Minutas o reportes de supervisión técnica, evaluación del programa o reuniones de seguimiento.

z. Estándar 26/38. Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.

1. Guía.

La operación segura y eficiente del equipo médico no se limita a que funcione de manera adecuada; también requiere que dicho equipo se utilice de forma adecuada en la práctica clínica diaria, alineado a su propósito previsto, capacidad operativa y nivel de riesgo. Por ello, el establecimiento debe contar con un proceso sistemático para evaluar

SIN VALIDEZ OFICIAL

el uso clínico y operativo del equipo médico, como parte de una etapa avanzada de madurez en su gestión.

Este proceso permite identificar errores de uso, subutilización, sobreutilización, inadecuación clínica, o riesgos asociados a la operación real del equipo, lo cual resulta esencial para tomar decisiones fundamentadas sobre reubicación, sustitución, baja o reforzamiento en la capacitación del personal.

La evaluación del uso debe considerar:

a) La frecuencia y tipo de uso clínico del equipo, basada en registros de operación, bitácoras, sistemas digitales o formularios clínico-técnicos.
b) La recopilación y análisis de fallas, errores de usuario o incidentes adversos vinculados al uso del equipo, con revisión causa-raíz.
c) La retroalimentación del personal clínico y técnico sobre limitaciones operativas, barreras de uso, o desviaciones respecto a la expectativa de desempeño.
d) El cruce de datos entre desempeño técnico y resultados clínicos, cuando aplique.
e) El cálculo de indicadores clave como:
    i. Tiempo fuera de servicio (TFS)
    ii. Tiempo medio entre fallas (MTBF)
    iii. Número de eventos adversos por tipo de equipo
    iv. Nivel de utilización efectiva según carga asistencial

La evaluación debe realizarse al menos una vez al año y debe quedar documentada, incluyendo el análisis de datos, hallazgos, áreas de oportunidad y acciones derivadas. Los resultados se deben utilizar para:

- Reajustar planes de mantenimiento, capacitación o distribución de equipos.
- Justificar compras o retiros de tecnología.
- Reforzar acciones de tecnovigilancia o gestión de riesgos clínicos.

La evaluación debe ser conducida por personal técnico competente en coordinación con responsables clínicos y administrativos del establecimiento, y sus resultados deben formar parte del ciclo de mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se realiza al menos una evaluación anual del uso clínico y operativo, con base en evidencia de funcionamiento, patrones de utilización, fallas, errores de uso y retroalimentación del personal.
(3)Existen registros de análisis y evaluación del uso, que incluyan:
(3.1) Indicadores operativos (ej. tiempo fuera de servicio, frecuencia de uso, fallas).
(3.2) Reportes de incidentes, eventos adversos o errores relacionados con el uso del equipo.
(3.3) Opinión técnica y clínica sobre desempeño, utilidad o barreras operativas.
(4)Los resultados de la evaluación se utilizan para la toma de decisiones sobre la distribución, sustitución, baja, reubicación o mejora en el uso de los equipos médicos.
(5)Se cuenta con evidencia de acciones correctivas o preventivas implementadas a partir de los hallazgos de la evaluación del uso clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
- Informe(s) de evaluación anual o periódica del uso clínico, con análisis de:
- Frecuencia de uso por tipo de equipo.
- Patrones de subutilización, sobreutilización o uso no conforme.
- Desempeño operativo frente a demanda asistencial.
- Registros de indicadores operativos, como:
  - Tiempo fuera de servicio (TFS).
  - Tiempo medio entre fallas (MTBF).
  - Incidentes clínicos o técnicos reportados.
  - Número de intervenciones de mantenimiento por equipo o modelo.
  - Registros de eventos adversos o incidentes clínicos relacionados con el uso del equipo médico.
- Encuestas, minutas o reportes de retroalimentación clínica o técnica que documenten observaciones sobre el desempeño, barreras de uso o riesgos percibidos.
- Actas o reportes de comités técnicos o clínicos donde se analice el uso del equipo y se tomen decisiones derivadas.
- Documentación de acciones correctivas o preventivas implementadas en función de los hallazgos (por ejemplo,

SIN VALIDEZ OFICIAL

reubicación de equipos, capacitación adicional, propuestas de sustitución).
- Criterios o lineamientos internos para evaluar pertinencia clínica o costo-beneficio de la continuidad operativa del equipo.

aa. Estándar 27/38. Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un programa para la gestión de los servicios prioritarios para la operación, diseñado para asegurar la disponibilidad, continuidad, supervisión y mantenimiento de aquellos servicios esenciales que permiten brindar atención clínica segura y condiciones laborales adecuadas para el personal.

Se consideran servicios prioritarios para la operación tanto los servicios públicos como los servicios clave de soporte clínico y técnico, entre los cuales se incluyen:

i. Servicios públicos: suministro de agua, energía eléctrica, gas, drenaje, entre otros.
ii. Servicios clave: ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación, sistemas de información y redes de datos, entre otros.

En el caso de establecimientos que operan de forma continua o cuentan con servicios de atención crítica durante periodos prolongados, como las unidades de cuidados intensivos, el funcionamiento ininterrumpido de estos servicios durante los horarios de atención es indispensable para garantizar la seguridad del paciente.

El programa debe estar basado en la identificación documentada de todos los servicios prioritarios disponibles en el establecimiento, incluyendo aquellos prestados de forma directa o mediante servicios subrogados. A partir de esta identificación, se deben desarrollar los siguientes procesos:

a) Análisis de las necesidades del establecimiento relacionadas con el suministro, uso y disponibilidad de los servicios prioritarios.
b) Selección y contratación de los servicios requeridos, cuando corresponda.
c) Gestión y monitoreo para asegurar el funcionamiento continuo y seguro de los servicios prioritarios, incluyendo planes de contingencia y fuentes alternas.
d) Supervisión operativa mediante inspecciones, pruebas funcionales, mantenimiento preventivo, correctivo y calibración técnica, según aplique para cada servicio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados, se deben definir especificaciones de calidad y mecanismos de supervisión, alineados con los criterios establecidos en el eje estructural de liderazgo y gobernanza, y con base en la normatividad técnica vigente.
El programa debe ser implementado, documentado y supervisado de forma sistemática, con participación de las áreas técnicas, clínicas y administrativas del establecimiento, y bajo un enfoque de continuidad operativa, prevención de riesgos y cumplimiento regulatorio.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado y documentado todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación.
(2)El establecimiento ha definido y documentado un programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación, que incluye al menos los procesos descritos en los incisos a) a d) de la guía.
(3)El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento donde se requieren servicios prioritarios.
(4)Los servicios públicos (como agua, energía eléctrica y gas) están disponibles y funcionales durante los horarios de operación del establecimiento.
(5)Los servicios clave (como ventilación, gases medicinales y sistemas de comunicación o datos) están disponibles y funcionales durante los horarios de operación del establecimiento.
(6)En caso de contar con servicios subrogados, se han definido especificaciones de calidad y se implementan mecanismos de supervisión para verificar su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado documentado de los servicios prioritarios identificados (servicios públicos y clave), incluyendo su ubicación, responsables operativos y condiciones actuales.
- Documento oficial del Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios, con descripción de procesos, responsables, frecuencias de supervisión, y protocolos ante fallas o interrupciones.
- Registros de inspección, pruebas funcionales y mantenimiento preventivo o correctivo de: Suministro de agua, Energía eléctrica, Gas, Gases medicinales, Sistemas de ventilación, Sistemas de comunicación y datos
- Plan de contingencia ante fallas en servicios prioritarios, con rutas de acción, responsables y mecanismos de aviso o mitigación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de disponibilidad de fuentes alternas de agua para garantizar el funcionamiento de tratamientos en caso de interrupción del suministro.
- Reportes de supervisión de servicios subrogados, incluyendo evidencias de cumplimiento de las especificaciones de calidad definidas.
- Contratos o convenios con terceros, en el caso de servicios subrogados, con cláusulas que establezcan obligaciones técnicas, de calidad y de respuesta operativa.
- Registros de fallas o interrupciones documentadas, análisis de causa raíz, y medidas correctivas implementadas.
- Indicadores de disponibilidad y desempeño operativo de los servicios prioritarios, aplicables a la operación regular del establecimiento.

bb. Estándar 28/38. Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos. – Indispensable –

1. Guía.

La resistencia antimicrobiana representa una amenaza creciente para la seguridad de los pacientes y la efectividad de los tratamientos. Su origen está vinculado al uso inadecuado y prolongado de antibióticos, lo que puede provocar complicaciones como infecciones por *Clostridioides difficile*, toxicidad renal o hepática, entre otras.

Los profesionales del cuidado de la salud contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas de distintas maneras, por ejemplo, manteniendo los antibióticos cuando ya no hacen falta, utilizando un antibiótico de amplio espectro cuando no se necesita o manteniendo un antibiótico de amplio espectro de manera innecesaria tras haber recibido los resultados de sensibilidad, utilizando el antibiótico equivocado, prescribiendo la dosis errónea, o manteniendo la profilaxis antibiótica más tiempo de lo recomendado

Para contribuir a su control, los establecimientos deben implementar acciones estructuradas para promover el uso racional, óptimo y basado en evidencia científica de los antimicrobianos, de acuerdo con las guías de práctica clínica actualizadas, la normatividad vigente y el contexto de atención.

Estas acciones deben considerar, al menos:

a) La educación continua al personal clínico sobre los principios de uso racional de antimicrobianos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) La disponibilidad y aplicación de guías de práctica clínica o directrices de práctica aceptadas, adaptadas al contexto del establecimiento, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis antimicrobiana.
c) La vigilancia del uso de antimicrobianos y de patrones de resistencia (en coordinación con el servicio de microbiología, si aplica).
d) La comunicación periódica al personal sobre los datos de uso y resistencia antimicrobiana, cuando estos estén disponibles.
e) La asignación de responsabilidad institucional mediante una persona o equipo encargado de supervisar e impulsar estas acciones.
f) La implementación del enfoque AWaRe (Access, Watch, Reserve) de la OMS, que promueve la clasificación de los antibióticos según su perfil de seguridad y riesgo de generar resistencia:
   i. Access: antibióticos de primera línea, seguros, con bajo riesgo de generar resistencia.
   ii. Watch: antibióticos con alto potencial de generar resistencia, cuyo uso debe ser restringido.
   iii. Reserve: antibióticos de último recurso, sólo para infecciones multirresistentes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha diseñado, documentado e implementado acciones para la optimización del uso de antimicrobianos, con base en evidencia científica, guías de práctica clínica aceptadas y la legislación aplicable vigente.
(2) Las acciones para el uso óptimo y racional de los antimicrobianos, incluye al menos:
   (2.1) La educación continua al personal clínico sobre los principios de uso racional de antimicrobianos.
   (2.2) La disponibilidad y aplicación de guías de práctica clínica o directrices de práctica aceptadas, adaptadas al contexto del establecimiento, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis antimicrobiana.
   (2.3) La vigilancia del uso de antibióticos y de patrones de resistencia (en coordinación con el servicio de microbiología, si aplica).
(3) Existe un mecanismo definido (mediante una persona, comité o equipo) responsable de la supervisión y mejora continua del uso de antimicrobianos.
(4) Se comunica regularmente al personal clínico la información disponible sobre patrones de uso y resistencia antimicrobiana, cuando aplique.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos internos de prescripción y profilaxis antibiótica, acorde a los servicios brindados por el establecimiento.
- Registros de prescripción y consumo de antibióticos en el establecimiento.
- Materiales de capacitación continua del personal clínico sobre uso racional de antibióticos. Por ejemplo: manuales, presentaciones, evaluaciones.
- Registro de participación en sesiones educativas o talleres internos sobre uso racional de antibióticos.
- Acta de designación del comité o persona responsable de la supervisión del uso de antibióticos.
- Registro de reuniones y actividades del equipo de vigilancia del uso de antibióticos.
- Plan operativo del comité o programa de antimicrobianos con objetivos e indicadores.
- Informes periódicos institucionales sobre consumo de antibióticos.
- Boletines de farmacovigilancia institucional o del servicio de microbiología, si aplica.
- Formato de retroalimentación al personal clínico sobre prescripción antibiótica y sensibilidad local.

cc. Estándar 29/38. Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.

1. Guía.

Cada establecimiento debe contar con un listado institucional de medicamentos y mantener un inventario mínimo que permita garantizar la continuidad del tratamiento prescrito, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo. Este listado debe estar alineado con la misión del establecimiento, los perfiles clínicos de los pacientes, los servicios ofrecidos y la legislación aplicable vigente.

La lista de medicamentos debe incluir tanto aquellos en existencia como aquellos que pueden obtenerse de forma inmediata, conforme a las disposiciones institucionales (en algunos casos, los establecimientos se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos, como el cuadro básico). La selección de medicamentos es resultado de un proceso colaborativo en el que participa el personal clínico y no clínico involucrados en el sistema de gestión segura del uso

SIN VALIDEZ OFICIAL

de medicamentos, se toma en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y aspecto económico.

El establecimiento debe establecer un método formal para:

a) Definir y controlar el listado institucional de medicamentos y garantizar su disponibilidad mínima para atender las prescripciones médicas.
b) Guiar la inclusión o eliminación de medicamentos del listado mediante criterios previamente establecidos que consideren su uso clínico, seguridad, costo, entre otros.
c) Monitorear la respuesta clínica de los pacientes a los medicamentos recientemente incluidos en el listado institucional, en función de su eficacia y seguridad. (Por ejemplo, se puede monitorear un medicamento recién añadido en cierto número de pacientes por un periodo determinado)
d) Revisar y actualizar el listado institucional, al menos una vez al año, con base en información actualizada sobre evidencia científica, seguridad, efectos secundarios, reacciones adversas reportadas y datos de uso clínico.
e) Asegurar que la adquisición de medicamentos se realice conforme a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

Este proceso garantiza que el conjunto de medicamentos disponibles responda a las necesidades reales de los pacientes, promueva su seguridad y se mantenga dentro del marco legal y técnico correspondiente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado institucional de medicamentos, que considera tanto los medicamentos disponibles como aquellos que pueden obtenerse de forma inmediata, acorde a la misión, los servicios prestados, las necesidades clínicas y la legislación aplicable vigente.

(2) El listado institucional de medicamentos se elabora y supervisa mediante un proceso colaborativo multidisciplinario, que incluye personal clínico y no clínico vinculado con el sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.

(3) El establecimiento ha definido y aplica criterios técnicos y clínicos para agregar o eliminar medicamentos del listado, considerando su uso, seguridad, costo, entre otros.

(4) El listado institucional de medicamentos se revisa y actualiza al menos una vez al año, tomando en cuenta información actualizada

SIN VALIDEZ OFICIAL

sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios, reacciones adversas y datos de uso.

(5)La adquisición de medicamentos se realiza conforme a la legislación aplicable vigente.

(6)El establecimiento ha diseñado e implementado un proceso para monitorizar la respuesta clínica a los medicamentos recientemente incluidos en el listado, a fin de evaluar su eficacia y seguridad en la práctica.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado vigente de medicamentos institucionales (disponibles o con acceso inmediato).
- Actas o registros de reuniones del comité o grupo multidisciplinario responsable de su elaboración o revisión.
- Políticas internas para la gestión del listado de medicamentos.
- Documento con criterios técnicos para la inclusión/exclusión de medicamentos (uso, seguridad, costo, entre otros).
- Registros de aplicación de estos criterios en decisiones recientes de modificación del listado.
- Historial o cronograma de revisiones del listado de medicamentos.
- Notificaciones o circulares internas con actualizaciones derivadas de efectos adversos, nuevas guías clínicas o alertas sanitarias.
- Protocolos o fichas técnicas para la monitorización de medicamentos recién integrados.
- Reportes o análisis de seguimiento de la respuesta clínica a nuevos medicamentos.
- Registros de adquisiciones documentadas conforme a la legislación aplicable vigente.

dd. Estándar 30/38. Acceso oportuno a medicamentos no disponibles en el inventario.

1. Guía.

En ocasiones, el establecimiento puede requerir medicamentos que no se encuentran disponibles de forma inmediata, ya sea por agotamiento, por estar fuera del horario de funcionamiento de la farmacia, bajo resguardo especial o por no formar parte del listado institucional, entre otras causas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para garantizar la continuidad del tratamiento y evitar interrupciones que comprometan la seguridad del paciente, el establecimiento debe implementar acciones para:

a) Obtener, de forma ágil, medicamentos no disponibles en el momento.
b) Autorizar el uso de medicamentos que no forman parte del listado institucional.
c) Acceder a medicamentos en horarios no operativos o cuando están bajo resguardo restringido.
d) Notificar de manera sistematizada al personal que prescribe sobre situaciones de escasez, retrasos de entrega u otros motivos, y comunicar opciones terapéuticas alternativas.

Estas acciones deben estar documentadas, implementadas y el personal clínico y no clínico deben estar capacitados sobre las acciones a seguir en estas situaciones.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado acciones que aseguran el acceso oportuno a medicamentos no disponibles, que incluyen lo mencionado en los incisos a) al d) de la guía.

(2)Todo el personal clínico y no clínico involucrado está capacitado para actuar conforme a las acciones definidas ante la falta de disponibilidad de medicamentos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para obtención de medicamentos fuera de inventario o en contingencia.
- Registros de solicitudes urgentes o no programadas de medicamentos.
- Bitácoras de acceso fuera de horario o con llave.
- Comunicación o alertas internas sobre desabasto y terapias alternativas.
- Capacitación documentada al personal sobre acciones ante medicamentos no disponibles.

ee. Estándar 31/38. Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos deben asegurar que los medicamentos estén almacenados de forma segura en todas las áreas donde se resguardan o utilizan, como farmacias, almacenes, centrales de enfermería o

SIN VALIDEZ OFICIAL

cualquier punto de atención clínica o administrativa que maneje medicamentos.

En todos los lugares donde se almacenen, se deben implementar acciones que aseguren:

a) Las condiciones adecuadas para la estabilidad del producto (control de temperatura, humedad, luz).
b) La seguridad física (prevención de robo, pérdida o mal uso).
c) El cumplimiento a la legislación aplicable vigente respecto al manejo de medicamentos controlados.
d) El etiquetado claro y completo de los medicamentos, incluyendo nombre, lote, fecha de vencimiento y advertencias visibles.
e) El establecimiento de barreras de seguridad para los medicamentos de alto riesgo.
f) La inspección periódica de todas las áreas donde se almacenan y resguardan medicamentos (incluidas ambulancias, si aplica), conforme a un procedimiento institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado acciones que garantizan el resguardo y almacenamiento seguro de los medicamentos,
(2)El proceso contiene lo definido en los incisos a) al f) de la guía.
(3)El establecimiento ha definido mecanismos de supervisión institucional y ha generado acciones de mejora documentadas en función de los hallazgos detectados durante las inspecciones de almacenamiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas y procesos internos para el almacenamiento seguro de medicamentos.
- Protocolo de inspecciones periódicas en áreas clínicas y no clínicas.
- Listas de verificación o bitácoras de inspección de áreas de almacenamiento.
- Reportes de temperatura y humedad (registros de refrigeradores, sensores ambientales).
- Registros de cumplimiento con disposiciones para medicamentos controlados.
- Evidencia de señalización visible para medicamentos de alto riesgo.
- Registros de capacitación sobre almacenamiento, seguridad, manejo de medicamentos y protocolos ante pérdida o desvío.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ff. Estándar 32/38. Almacenamiento seguro de medicamentos especiales.

1. Guía.

Los establecimientos pueden recibir, almacenar o manejar ciertos medicamentos especiales que requieren consideraciones particulares. El establecimiento debe contar un proceso definido e implementado para su almacenamiento seguro, las cuales deben contemplar:

a) La recepción, identificación clara y resguardo adecuado de estos medicamentos.
b) Medidas de control para evitar errores de administración o uso inadecuado.
c) Trazabilidad y registros cuando se requiera distribución dentro del establecimiento o devolución.

El establecimiento considera dentro del proceso, al menos, los siguientes:

i. Medicamentos experimentales o en protocolos de investigación;
ii. Muestras médicas;
iii. Medicamentos que el paciente lleva consigo (por prescripción externa);
iv. Otros medicamentos definidos como especiales por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el almacenamiento seguro de medicamentos especiales.

(2) El proceso contiene lo establecido en los incisos a) al c) de la guía.

(3)El procedimiento está alineado a los riesgos y condiciones operativas del establecimiento, y se actualiza conforme a los medicamentos especiales identificados por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para el almacenamiento de medicamentos especiales.
- Registros de recepción, identificación y control de muestras médicas o medicamentos experimentales.
- Auditorías internas o reportes de supervisión sobre el manejo de medicamentos especiales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

gg. Estándar 33/38. Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.

1. Guía.

En los establecimientos pueden presentarse situaciones de urgencia o complicaciones con pacientes que requieren atención inmediata, tales como reacciones anafilácticas, crisis hipertensivas, convulsiones, hipoglucemia, entre otras. Para atender estos eventos de forma oportuna, el establecimiento debe identificar y contar con un conjunto de medicamentos de urgencia disponibles, accesibles (determinar donde serán almacenados) y debidamente controlados.

El establecimiento debe implementar acciones que aseguren:

a) La disponibilidad permanente de los medicamentos identificados como necesarios para urgencias, según los riesgos clínicos del establecimiento.

b) El resguardo seguro para prevenir robos, extravíos o uso no autorizado.

c) El reemplazo inmediato de medicamentos usados, dañados o caducados.

d) La ubicación visible, accesible y bajo condiciones adecuadas, exclusivamente para el personal autorizado y capacitado para atender la urgencia.

El establecimiento comprende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia. Estas acciones deben documentarse en un proceso, integrarse al sistema de gestión segura del uso de medicamentos del establecimiento, y mantenerse bajo supervisión constante.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones que aseguran la disponibilidad, control, reposición y resguardo seguro de los medicamentos utilizados en situaciones de urgencia, conforme a los incisos a) a d) de la guía.

(2) Los medicamentos de urgencia están disponibles en lugares estratégicos, visibles y accesibles solo para personal autorizado.

(3) La unidad lleva un control de uso, caducidad y reposición de los medicamentos de urgencia, según el proceso definido.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional que incluya las acciones para el manejo de medicamentos de urgencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Inventario actualizado de medicamentos de urgencia con registro de fechas de vencimiento y reposiciones.
- Registros de revisión de botiquines o contenedores de urgencia.
- Listado institucional validado de medicamentos esenciales en urgencias (adaptado al contexto del establecimiento).
- Evidencia de capacitación del personal en el uso adecuado de medicamentos en eventos agudos.

hh. Estándar 34/38. Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.

1. Guía.

Los establecimientos deben contar con un proceso que permita gestionar de forma efectiva los medicamentos fuera de uso, incluyendo aquellos retirados del mercado por razones sanitarias, vencidos o con riesgos identificados. Esta gestión es esencial para proteger la seguridad de los pacientes y garantizar el cumplimiento de la legislación sanitaria.

El proceso debe permitir al establecimiento:

a) Recibir y actuar ante alertas sanitarias nacionales o internacionales emitidas por autoridades regulatorias (por ejemplo, COFEPRIS).
b) Identificar, aislar, recuperar y retirar medicamentos en desuso, ya sea por disposición del fabricante/proveedor o por alerta sanitaria.
c) Retirar del inventario medicamentos vencidos o caducados, y proceder conforme a lo establecido en la normatividad.
d) Realizar el desecho adecuado de medicamentos fuera de uso, conforme a la legislación ambiental y sanitaria vigente.
e) Establecer un procedimiento para realizar la denuncia sanitaria cuando se detecten medicamentos falsificados, contaminados, manipulados o con fallas de calidad, aun cuando no exista alerta formal.

Todos estos procesos deben estar documentados, implementados y bajo supervisión, integrándose al sistema de gestión de medicamentos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones para gestionar el retiro, devolución y desecho de medicamentos fuera de uso, que incluyen los incisos a) al e) de la guía.

(2) El establecimiento cuenta con mecanismos para recibir y actuar ante alertas de retiro de medicamentos emitidas por autoridades nacionales o internacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se ha definido, documentado e implementado un procedimiento para la denuncia sanitaria ante la detección de medicamentos falsificados, contaminados o con riesgos para el paciente.

(4)Se lleva un registro de medicamentos retirados, devueltos, destruidos o denunciados, incluyendo evidencia de su trazabilidad y disposición final conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado de retiro, devolución y eliminación de medicamentos.
- Alertas sanitarias emitidas por COFEPRIS, OMS o instituciones homólogas.
- Registro de medicamentos retirados del inventario (bitácoras, formatos de devolución).
- Registro de destrucción de medicamentos caducos, conforme a la normatividad vigente.
- Evidencia de denuncia sanitaria ante COFEPRIS (avisos, folios, actas).
- Capacitación del personal sobre acciones ante detección de medicamentos con riesgo.
- Contratos o convenios con gestores autorizados para el manejo de residuos peligrosos.

ii. Estándar 35/38. Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que los insumos esenciales para la operación segura y continua de los servicios de radiología e imagen estén correctamente identificados, disponibles, almacenados y controlados conforme a procedimientos definidos institucionalmente. Este estándar aplica a servicios propios, y para los subrogados debe estar contemplado en las especificaciones de calidad contractuales.

Los insumos pueden incluir:

a) Soluciones de preparación o limpieza
b) Material radiológico desechable (jeringas, catéteres, guantes, gasas, campos estériles, etc.)
c) Equipos de protección personal (del paciente y del personal)
d) Insumos para desinfección de superficies o sondas
e) Entre otros.

El establecimiento debe:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Identificar los insumos esenciales, conforme a los estudios y procedimientos realizados.
ii. Establecer procesos de adquisición, almacenamiento y reposición, que aseguren disponibilidad continua.
iii. Etiquetar correctamente los insumos, incluyendo datos como: nombre, concentración, fecha de vencimiento, lote y fecha de apertura (cuando aplique).
iv. Realizar una evaluación periódica de insumos críticos, especialmente si intervienen en la calidad del resultado o la seguridad del paciente (por ejemplo: reactivos para pruebas de densitometría, medios de contraste, etc.).

Estas acciones permiten prevenir retrasos en la atención, errores por uso de insumos alterados y riesgos para el paciente o el personal.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado los insumos esenciales requeridos para la operación de los servicios de radiología e imagen.
(2)Los insumos esenciales se encuentran disponibles de manera oportuna y continua.
(3)Se realiza una evaluación periódica de la calidad, exactitud o estabilidad de los insumos críticos, cuando corresponda.
(4)Todos los insumos están etiquetados en forma completa y conforme a lo definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de insumos críticos para radiología e imagen.
- Procesos documentados de almacenamiento, dispensación y control de insumos.
- Registros de entrada, salida, caducidad y reposición.
- Bitácoras o reportes de evaluación de calidad de insumos críticos.
- Etiquetas visibles en los insumos almacenados (nombre, fecha de apertura, lote, fecha de caducidad).
- Evidencia de supervisión y control en servicios subrogados (informes, minutas, actas de verificación).
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

jj. Estándar 36/38. Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los servicios de laboratorio estén identificados, disponibles, almacenados, etiquetados y controlados de acuerdo con procesos definidos institucionalmente. Este estándar aplica a los laboratorios propios del establecimiento; en caso de servicios subrogados, estos criterios deben incorporarse en las especificaciones de calidad acordadas.

Para garantizar la continuidad y seguridad de los procesos diagnósticos, el establecimiento debe:

a) Identificar los reactivos y suministros críticos para los análisis que se realizan.
b) Definir un proceso de abastecimiento y reposición para asegurar su disponibilidad oportuna.
c) Establecer condiciones de almacenamiento, manejo y dispensación conforme a los requisitos técnicos de cada producto.
d) Etiquetar de manera clara y completa todos los reactivos y soluciones, incluyendo información como nombre, concentración, fecha de caducidad, fecha de apertura o preparación, y responsable.
e) Realizar una evaluación periódica de la calidad, precisión y vigencia de los reactivos utilizados, como parte del control de calidad interno.

Estas medidas permiten garantizar la trazabilidad, prevenir errores diagnósticos por insumos alterados o vencidos, y asegurar que los resultados emitidos sean confiables.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado los reactivos y suministros esenciales para la operación de los servicios de laboratorio.
(2) Los reactivos y suministros esenciales están disponibles para su uso durante el horario de funcionamiento y en situaciones de urgencia, cuando aplique.
(3) Se realiza una evaluación periódica de la precisión, estabilidad y confiabilidad de los reactivos utilizados.
(4) Todos los reactivos y soluciones están etiquetados de forma completa y precisa, de acuerdo con los lineamientos institucionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de reactivos y suministros críticos para laboratorio.
- Procesos documentados de almacenamiento, manejo y dispensación.
- Registros de existencias, caducidad y reposición de reactivos.
- Bitácoras de evaluación de reactivos y validación de precisión.
- Etiquetas de reactivos (con fecha de apertura, concentración, caducidad, responsable).
- Especificaciones de calidad documentadas para laboratorios subrogados.
- Reportes de supervisión interna del cumplimiento de estos procesos.

kk. Estándar 37/38. Gestión del equipamiento médico y tecnológico para la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento que ofrece servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe asegurar la disponibilidad, funcionamiento y uso adecuado del equipo médico y tecnológico requerido, como parte fundamental de la continuidad, seguridad y eficiencia del servicio. La gestión del equipamiento debe contemplarse desde un enfoque de sistema, con participación multidisciplinaria, alineada al contexto, recursos y nivel de atención del establecimiento, incluyendo la implementación, resguardo y uso correcto de los dispositivos, tanto clínicos como tecnológicos, utilizados en dicho proceso.

Cuando la atención a distancia requiera el uso de dispositivos médicos (por ejemplo, estetoscopios digitales, oxímetros conectados, monitores remotos, entre otros), estos deben encontrarse en condiciones funcionales, con mantenimiento vigente, y cumplir con la legislación aplicable vigente, incluyendo el aval correspondiente por parte de la autoridad sanitaria (COFEPRIS), cuando aplique.

En cuanto al equipamiento tecnológico, el establecimiento debe contar con los elementos esenciales para garantizar la operación continua del servicio, entre ellos:

a) Dispositivos de audio y video de calidad (cámaras, micrófonos, pantallas),
b) Infraestructura de conectividad segura y estable,
c) Plataformas interoperables para agenda electrónica, expediente clínico electrónico y sistema de videollamada,

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Soporte técnico disponible, ya sea interno o externo, para resolución de fallas.

Se debe capacitar a todo el personal involucrado sobre el uso seguro y correcto del equipamiento, y establecer procesos de mantenimiento preventivo, correctivo y monitoreo del estado del equipo, acorde al Sistema de Gestión y Seguridad de la Infraestructura. Asimismo, el establecimiento debe contar con inventarios actualizados, control de trazabilidad y evidencias de supervisión periódica, a fin de asegurar la disponibilidad y funcionamiento continuo de los recursos críticos.

La integración de estos recursos debe ser coherente con la infraestructura física y digital ya existente en el establecimiento, promoviendo el uso racional de recursos aprovechamiento de los recursos ya disponibles en buenas condiciones, sostenibilidad operativa y escalabilidad del modelo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha capacitado al personal involucrado en AMD sobre el uso correcto del equipamiento médico, tecnológico y de las plataformas utilizadas.

(2) El establecimiento cuenta con el equipamiento médico, tecnológico (hardware y software) y de telecomunicaciones necesario para ofrecer servicios de AMD, conforme a su cartera de servicios autorizada.

(3) Se cuenta con un plan documentado de mantenimiento preventivo y/o correctivo, y evidencia de su cumplimiento para el equipamiento médico y tecnológico utilizado en AMD.

(4) El establecimiento mantiene un inventario actualizado del equipamiento médico y tecnológico destinado a la AMD.

(5) La funcionalidad y disponibilidad del equipamiento es supervisada periódicamente, y los hallazgos se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Inventario institucional de equipamiento médico y tecnológico destinado a la AMD (cámaras, micrófonos, monitores, dispositivos médicos, etc.).
- Manual de operación o lineamiento técnico sobre uso del equipamiento en AMD.
- Bitácoras o reportes de mantenimiento preventivo y correctivo (físico y lógico).
- Constancias de capacitación del personal involucrado.
- Registro del soporte técnico solicitado o recibido.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Plataforma de expediente clínico electrónico con módulo de AMD documentado.

II. Estándar 38/38. Condiciones de infraestructura y mobiliario para la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento que ofrece servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe disponer de espacios físicos adecuados que aseguren funcionalidad operativa, privacidad, confort y cumplimiento de la legislación aplicable vigente. La infraestructura utilizada para AMD, comúnmente denominada teleconsultorio, debe estar diseñada para favorecer una experiencia segura, digna y efectiva para el paciente, y debe garantizar condiciones óptimas para el desempeño del personal de salud.

El espacio debe ser cerrado, contar con iluminación suficiente y bien orientada, ventilación adecuada y condiciones de aislamiento acústico que eviten la interferencia o filtración de sonidos desde y hacia el exterior. Asimismo, la disposición física debe permitir la realización tanto del interrogatorio clínico como, cuando corresponda, de la exploración física, utilizando medios digitales o auxiliares técnicos disponibles.

La confidencialidad y privacidad son elementos clave. El teleconsultorio debe resguardar la información del paciente y evitar cualquier interrupción o exposición involuntaria durante la sesión. Deben implementarse barreras físicas, tecnológicas y administrativas que aseguren el cumplimiento de estas condiciones, incluyendo el despliegue visible del aviso de privacidad y el uso del consentimiento informado.

El diseño del espacio debe contemplar las dimensiones mínimas necesarias para el tipo de atención brindada, la presencia de mobiliario esencial (silla, escritorio, soporte de cámara), y la disponibilidad de conexión eléctrica y de red suficiente para garantizar la operación continua del servicio.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con uno o más espacios físicos definidos y habilitados para ofrecer servicios de AMD. El espacio destinado para AMD cuenta con al menos:

(1.1) Área destinada al interrogatorio clínico.

(1.2) Área que permite realizar o asistir en la exploración física remota, cuando aplique.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

(1.3) Mobiliario básico necesario para que el personal de salud pueda brindar la AMD.

(2)El espacio permite realizar la teleconsulta sin interrupciones, con condiciones que garanticen la privacidad del paciente y del personal.

(3)La iluminación del espacio es adecuada en cantidad, calidad y ubicación para asegurar una imagen clara durante la teleconsulta.

(4)La sonorización del espacio permite una transmisión de audio nítido, sin eco o ruido de fondo significativo. El espacio cuenta con aislamiento acústico suficiente para proteger la confidencialidad de la consulta.

(5)El diseño y uso del espacio cumple con la legislación aplicable vigente en materia de salud, privacidad y seguridad.

(A). Referencia de apoyo

- Planos, fotografías o esquemas del espacio físico utilizado para AMD.
- Listado y evidencia del mobiliario instalado.
- Evidencia de pruebas de funcionalidad del espacio (checklists o informes de prueba).
- Aviso de privacidad visible en el espacio o en pantalla durante la sesión.
- Documentos técnicos o administrativos que acrediten el cumplimiento de la normativa vigente.

C. GESTIÓN DE RIESGOS

a. Estándar 1/24. Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe integrar un enfoque proactivo para la gestión de riesgos en todos los procesos que conforman los sistemas del modelo que tienen impacto sobre la seguridad del paciente, del personal y la operación. Este enfoque se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos, como base para el diseño, evaluación y mejora de los sistemas.

La metodología debe estar definida, implementada, aplicarse y documentarse, al menos, una vez al año en cada uno de los siguientes sistemas del modelo (o aquellos que el establecimiento defina como tales):

a) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i) Se identifican los riesgos en cada una de las fases del sistema de medicación. El análisis de estos riesgos permite implementar buenas prácticas para reducir errores de medicación y prevenir eventos adversos.

b) Sistema de prevención y control de infecciones.

i) Se identifican los procesos y áreas asociados a mayor riesgo de infección que se observan en el establecimiento en cada una de las áreas de enfoque del sistema.

ii) De acuerdo con el contexto del establecimiento, se podrán considerar los riesgos en los procesos que afectan:

a) Dispositivos intravasculares invasivos, como los catéteres de acceso vascular.

b) Sitios de inserción o curación de accesos vasculares, donde el cuidado aséptico y la vigilancia son fundamentales.

c) Organismos multirresistentes y enfermedades infecciosas relevantes desde el punto de vista epidemiológico.

d) Infecciones emergentes o recurrentes en la comunidad, como brotes de enfermedades virales o bacterianas.

iii) Se analizan estos riesgos para implementar buenas prácticas que reduzcan IAAS.

c) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

i) Se realiza una identificación de riesgos internos y externos sobre la cual se fundamenta el desarrollo del Sistema con el objetivo de diseñar procesos que prevengan lesiones, accidentes y peligros y coadyuven a mantener condiciones seguras para los pacientes. familiares, visitantes y el personal

ii) La identificación de los riesgos internos incluye, al menos, las siguientes áreas:

1) Protección del establecimiento y su entorno inmediato

2) Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos

3) Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo

4) Gestión del equipo médico

5) Servicios prioritarios para la operación (Servicios públicos: energía eléctrica, agua, gas; Servicios clave: gases medicinales, ventilación, sistemas de comunicación y datos, etc.)

iii) Se realiza la identificación de riesgos externos incluyendo, al menos, los siguientes:

1) Geológicos (por ejemplo: sismos, erupciones y emisiones volcánicas, inestabilidad de laderas, hundimientos, agrietamientos)

SIN VALIDEZ OFICIAL

2) Hidrometeorológicos (por ejemplo: huracanes, inundaciones, tormentas de granizo, heladas, nevadas, tornados, viento, sequías, frente frío)
3) Socio-organizativos (por ejemplo: conflictos bélicos, terrorismo, concentraciones humanas, hambruna, accidentes por transporte)
4) Sanitario-ecológicos (por ejemplo: epidemias, plagas, contaminación del aire, suelo y alimentos)
5) Químico-tecnológicos (por ejemplo: incendios, explosiones, fugas y derrames de materiales peligrosos)

iv) Esta identificación es la base para diseñar e implementar procesos seguros, barreras de protección y acciones de mantenimiento o mejora.
v) Esta identificación de riesgos se documenta de forma gráfica, descriptiva o de la forma que el establecimiento determine.

d) Sistema de gestión del talento humano.

i) Se identifican los riesgos asociados a los procesos que conforman el sistema.
ii) Esta identificación se conjunta con la identificación de los riesgos del personal por perfil de puesto y área de asignación.
iii) Reclutamiento, asignación, evaluación, capacitación y desempeño del personal, considerando su perfil, funciones asignadas y área de trabajo.
iv) El análisis permite implementar mejoras en los procesos, reducir errores humanos y fortalecer la preparación del personal.

La identificación y priorización de los riesgos se realiza de manera multidisciplinaria, y se utiliza una metodología clara que permita tomar decisiones basadas en riesgo.

Cuando se identifique, al menos, un riesgo prioritario en cada uno de los sistemas del modelo, el establecimiento debe definir, documentar e implementar una buena práctica como medida de control o mejora, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

Una buena práctica se considera una intervención estructurada y documentada que ha generado resultados positivos en la seguridad o desempeño de un sistema, y que puede mantenerse, adaptarse o escalarse. Su monitoreo puede integrarse a los indicadores del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, cuando así lo determine el establecimiento.

El enfoque proactivo de riesgos debe integrarse como parte de la cultura organizacional, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación, la toma de decisiones

SIN VALIDEZ OFICIAL

basada en evidencia y que, por tanto, optimiza el desempeño del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado una metodología institucional documentada para la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos, aplicable a todos los sistemas del modelo.

(2)Se identifican de forma multidisciplinaria, al menos una vez al año, los riesgos presentes en los sistemas definidos por el establecimiento, incluyendo al menos:

(2.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.

(2.2) Sistema de prevención y control de infecciones.

(2.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(2.4) Sistema de gestión del talento humano.

(3)En el caso del sistema de gestión y seguridad de la Infraestructura, se identifican riesgos internos y externos.

(4)Los riesgos se priorizan conforme a la metodología definida por el establecimiento.

(5)Los riesgos identificados se analizan y se gestionan activamente como base para rediseñar o mejorar procesos dentro de cada sistema.

(6)El establecimiento implementa, al menos, una buena práctica documentada por cada sistema en un riesgo prioritario identificado.

(A). Referencia de apoyo.

- Metodología institucional documentada para la gestión de riesgos.
- Evaluación de riesgos documentada, para cada uno de los sistemas del modelo, puede incluir: lista de riesgos identificados, priorización con base en criterios definidos, análisis del impacto, probabilidad, severidad y detectabilidad y plan de acción o gestión de riesgos.
- Evidencia de la aplicación del enfoque proactivo por sistema: matriz de riesgos por procesos, enfoques, medidas específicas implementadas.
- Documento o reporte de la buena práctica seleccionada, implementada en al menos un riesgo prioritario por sistema.
- Minutas de reuniones del comité o grupo multidisciplinario para la gestión de riesgos, donde se documenten: Participación de

SIN VALIDEZ OFICIAL

personal de distintas áreas, Análisis y priorización conjunta de los riesgos, Propuesta y seguimiento de buenas prácticas.
- Integración de los riesgos priorizados y las buenas prácticas en el Plan de Calidad del establecimiento, incluyendo: Indicadores asociados, responsables del monitoreo, frecuencia de medición, resultados y retroalimentación institucional.
- Evidencia de revisión anual del enfoque proactivo de riesgos, incluyendo actualización de matrices, rediseño de procesos o incorporación de nuevas buenas prácticas.

b. Estándar 2/24. Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.
– Indispensable –

1. Guía.

A través de la monitorización, supervisión multidisciplinaria y la operación diaria de los sistemas definidos en el modelo, el establecimiento, de manera reactiva, identifica, analiza y gestiona los resultados, relacionados con las áreas de oportunidad en la implementación de procesos, capacitación y evaluación del desempeño del personal, seguimiento de condiciones inseguras, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y otras fuentes relevantes.

Los datos recolectados deben analizarse de manera estructurada y multidisciplinaria con el fin comprender las causas de los incidentes o desviaciones de los procesos, tomar decisiones basadas en datos, y a partir de ello:

i. Rediseñar procesos existentes.
ii. Implementar mejoras inmediatas o progresivas.
iii. Reducir la probabilidad de que se vuelvan a presentar.
iv. Fortalecer la cultura de seguridad y calidad en el establecimiento.

Este análisis debe realizarse al menos en los siguientes sistemas del modelo (o aquellos que el establecimiento defina como tales):

a) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos. Considera como mínimo los siguientes aspectos: eventos adversos, centinela y cuasifallas de los procesos de medicación, evaluación del desempeño del personal en fases de medicación, procesos con variabilidad o desvíos.
b) Sistema de prevención y control de infecciones. Considera como mínimo los siguientes aspectos: monitorización de procesos en cada una de las áreas de enfoque, áreas de oportunidad de capacitación evaluación del desempeño, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas, tasas de IAAS.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. Considera como mínimo los siguientes aspectos: reportes de accidentes, condiciones inseguras o incidentes para los pacientes, cuidadores primarios, visitantes y el personal, relacionados con la infraestructura, Resultados de simulacros, áreas de oportunidad relacionadas con capacitación del personal, fallas en servicios prioritarios, reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
d) Sistema de gestión del talento humano. Considera como mínimo los siguientes aspectos: monitorización de procesos implementados, condiciones inseguras, accidentes de trabajo, evaluaciones de desempeño con hallazgos negativos, capacitación no efectiva o no realizada.

Los hallazgos generados por este enfoque deben ser presentados a los líderes del establecimiento y utilizados para la toma de decisiones operativas y estratégicas. Deben ser integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento y documentarse para asegurar trazabilidad y aprendizaje organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado acciones para identificar, recolectar y analizar los datos derivados de la supervisión, monitoreo y evaluación de los sistemas del modelo.

(2)Se identifican y analizan datos e información de forma estructurada y multidisciplinaria, provenientes de al menos las siguientes fuentes:

(2.1) Supervisión operativa de procesos clínicos y de gestión
(2.2) Evaluación del desempeño del personal
(2.3) Resultados de capacitación y formación técnica
(2.4) Notificación y análisis de eventos adversos, centinela, cuasifallas; y condiciones inseguras.
(2.5) Incidentes operativos, fallas técnicas, accidentes de trabajo.
(2.6) Resultados de simulacros, auditorías o evaluaciones internas.

(3)El análisis de datos se realiza, al menos una vez al año, en cada uno de los siguientes sistemas (o aquellos definidos por el establecimiento):

(3.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
(3.2) Sistema de prevención y control de infecciones.
(3.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
(3.4) Sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se implementan mejoras como resultado del análisis de áreas de oportunidad y se documentan para asegurar su trazabilidad y seguimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones documentadas e implementadas para la recolección y análisis de datos derivados de la supervisión, monitoreo y evaluación de los sistemas del modelo (manuales, protocolo o procedimiento interno).
- Matrices o plantillas de análisis de datos por sistema que incluyan fuentes, causas, frecuencia y medidas correctivas propuestas.
- Minutas o reportes de reuniones multidisciplinarias donde se analizaron los datos recolectados y se tomaron decisiones para implementar mejoras.
- Reportes de indicadores asociados a cada sistema (por ejemplo: tasa de errores de medicación, tasa de IAAS, número de fallas en servicios prioritarios, desempeño del personal).
- Planes de mejora derivados del análisis de datos, con responsables, fechas, acciones y seguimiento.
- Evidencia de implementación de mejoras o rediseño de procesos.
- Reportes consolidados de eventos adversos, cuasifallas, condiciones inseguras o simulacros (internos o institucionales) y sus análisis respectivos.
- Integración de hallazgos y acciones en el Plan de Calidad o de Seguridad del Paciente del establecimiento, con registro de actualizaciones y seguimiento.

c. Estándar 3/24. Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe desarrollar e implementar un programa institucional para la protección del entorno físico, cuyo objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros.

Este programa debe incluir procesos proactivos de protección, especialmente en áreas con riesgos en la seguridad, con medidas que regulen el acceso y control, identifiquen a las personas que ingresan (personal, visitantes, proveedores, entre otros, cuando corresponda) y

SIN VALIDEZ OFICIAL

promuevan un entorno protegido y funcional en todas las áreas clínicas y no clínicas. La implementación de estos procesos debe ser responsabilidad compartida y contar con la participación activa de todas las áreas, bajo un enfoque organizacional y preventivo.

Los líderes del establecimiento gestionan adecuadamente los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, con procesos definidos e implementados para brindar protección a todos los usuarios del establecimiento. Asimismo, una cultura proactiva y de mejora continua es esencial para consolidar entornos físicos seguros y sostenibles en el tiempo.

A fin de planear de manera efectiva el programa para la protección del entorno físico, los líderes deben tomar en cuenta todos los riesgos identificados mediante procesos de evaluación, supervisión o análisis de incidentes, con el fin de anticipar amenazas, priorizar recursos y establecer medidas de mitigación.

Como parte de este programa, el establecimiento debe desarrollar y aplicar un sistema de supervisión integral de las instalaciones, que contemple inspecciones completas y documentadas al menos una vez al año, y/o cada vez que se presente un siniestro, se planifique o realice una construcción o remodelación, se identifiquen condiciones que presenten riesgos operativos o de seguridad.

Estas inspecciones deben ser la base para definir e implementar acciones proactivas para reducir riesgos, establecer procesos de control o mitigación, cumplir con la legislación aplicable vigente y presupuestar y priorizar actualizaciones en las instalaciones a largo plazo.

En el caso específico de remodelaciones o construcciones, el establecimiento debe realizar una evaluación de riesgos previa, que permita establecer medidas de protección y supervisión adecuadas durante todas las fases del proyecto. Esta evaluación debe incluir, al menos, los siguientes aspectos:

a) Control de infecciones
b) Ventilación y calidad del aire
c) Manejo de basura y desechos
d) Aislamiento de zonas en obra y circulación segura

Dentro del programa, el gobierno y los líderes del establecimiento planean, presupuestan y aprueban la actualización o sustitución de sistemas, edificaciones y servicios prioritarios para la operación, conforme a los hallazgos derivados de las supervisiones y en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un programa para la protección del entorno físico.

(2)El establecimiento realiza, al menos una vez al año, una inspección integral y completa de sus instalaciones y procesos relacionados con la seguridad y protección.

(3)El programa incluye procesos para prevenir accidentes, mantener condiciones seguras y establecer medidas de protección en áreas con riesgos identificados, así como controlar el acceso e identificar a las personas que ingresan al establecimiento, cuando corresponde.

(4)Se realiza una inspección integral y completa cuando se presenta un siniestro, una remodelación o una construcción.

(5)El establecimiento cuenta con un proceso documentado para la evaluación de riesgos antes del inicio de una remodelación o construcción.

(6)Los hallazgos de las inspecciones se utilizan para definir acciones para reducir y controlar los riesgos asociados a remodelaciones o construcciones.

(7)El cuerpo gobierno y/o la alta dirección y los líderes del establecimiento participan en la planeación, aprobación y presupuestación de mejoras en la infraestructura, basándose en los hallazgos de las supervisiones y en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa para la protección del entorno físico, que incluya objetivos, responsables, metodología de inspección y cronograma anual.
- Formatos de inspección integral y completa de las instalaciones (checklists, bitácoras, reportes técnicos).
- Evidencia documental de inspecciones anuales realizadas (reportes firmados, registros fotográficos, actas).
- Registros de inspecciones realizadas tras siniestros, remodelaciones o construcciones (incluyendo fecha, hallazgos y acciones derivadas).
- Procedimiento o protocolo para la evaluación de riesgos previo al inicio de remodelaciones o construcciones.
- Registros de evaluaciones de riesgo específicas para proyectos de obra o adecuación (análisis de impacto, mapas de riesgo, autorizaciones).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de implementación de medidas de mitigación o control durante obras (barreras físicas, rutas seguras, señalización, contención de polvo o residuos).
- Documentación sobre priorización y presupuesto de actualizaciones derivadas de inspecciones (actas de comité, solicitudes de recursos, planes de mejora).
- Comunicaciones oficiales del liderazgo donde se aprueban acciones correctivas o proyectos de mejora en infraestructura.

d. Estándar 4/24. Protección contra agresiones físicas a los pacientes. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento es responsable de implementar un proceso integral para prevenir, identificar y actuar ante cualquier situación de agresión o violencia que ponga en riesgo la integridad física o emocional de los pacientes durante su atención.

Este proceso debe cubrir las posibles agresiones provenientes de otras personas dentro del establecimiento, incluyendo: personal del propio establecimiento, otros pacientes, familiares, cuidadores, o visitantes.

La protección es especialmente prioritaria para pacientes que, por su edad, sus condiciones físicas, cognitivas o emocionales, no puedan defenderse ni comunicar una situación de riesgo, como personas adultas mayores, pacientes con discapacidad, trastornos psiquiátricos o en estado de vulnerabilidad social.

El establecimiento debe contemplar medidas preventivas, reactivas y de vigilancia, como:

a) Identificación de personas que ingresan al establecimiento y a las áreas clínicas.
b) Restricción y control de acceso a espacios clínicos.
c) Supervisión y vigilancia de áreas remotas o con riesgo identificado.
d) Capacitación del personal sobre cómo prevenir, identificar y actuar ante situaciones de agresión.
e) Coordinación, cuando corresponda, con autoridades, protección civil o servicios especializados en atención a víctimas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para prevenir y proteger a los pacientes contra las agresiones físicas.

(2) El proceso contempla medidas específicas para proteger a pacientes vulnerables como adultos mayores, personas con

SIN VALIDEZ OFICIAL

discapacidad o alteraciones cognitivas o psiquiátricas, que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas.

(3)El establecimiento ha definido acciones a seguir cuando se identifica una situación de maltrato, agresión o riesgo inminente hacia un paciente, por parte de cualquier persona.

(4)Se aplican protocolos para investigar la presencia de personas no identificadas dentro de las áreas clínicas.

(5)Se cuenta con un sistema de vigilancia, supervisión o monitoreo en áreas del establecimiento identificadas como prioritarias por su nivel de riesgo.

(6)El personal conoce y aplica el proceso en situaciones de agresión o maltrato.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la protección del paciente ante agresiones.
- Políticas de ingreso y control de acceso de personas al establecimiento.
- Registro de incidentes relacionados con agresiones, maltrato o violencia.
- Documentación de capacitación al personal sobre prevención, detección y actuación ante agresiones.
- Manual de actuación ante eventos de violencia contra el paciente.
- Coordinación documentada con servicios de seguridad, protección civil o servicios legales cuando aplica.

e. Estándar 5/24. Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

1. Guía.

El establecimiento debe desarrollar e implementar un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, diseñado para identificar, clasificar, almacenar, utilizar y disponer de manera segura todos los elementos que representen riesgos químicos, biológicos o físicos para las personas, el medio ambiente y la operación segura del establecimiento.

El programa debe desarrollarse, implementarse y supervisarse en estricto apego a la legislación aplicable vigente, incluyendo normativas sanitarias, ambientales, de seguridad laboral, tanto federales como locales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se consideran como materiales, sustancias y residuos peligrosos aquellos que representan riesgos por su toxicidad, reactividad, inflamabilidad, radioactividad, capacidad infecciosa o cualquier otro atributo que pueda comprometer la seguridad. Entre ellos se incluyen: productos químicos, residuos patológicos, farmacéuticos peligrosos, químicos peligrosos, objetos punzocortantes, y residuos altamente infecciosos.

El programa debe iniciar con la identificación y clasificación de estos materiales, sustancias y residuos con los que cuenta el establecimiento, mediante un listado actualizado que indique su nivel de riesgo, ubicación y condiciones de almacenamiento. Para el uso seguro de estas sustancias, el establecimiento debe contar con las Hojas de Datos de Seguridad (HDS) correspondientes, las cuales deben incluir, en apego a la legislación aplicable vigente, al menos:

i. Nivel de toxicidad
ii. Peligros para la salud y el ambiente
iii. Recomendaciones para almacenamiento seguro
iv. Procesos de eliminación
v. Equipos de protección personal requeridos
vi. Medidas en caso de derrames o exposición

A partir de esta información, el programa debe integrar, al menos, los siguientes procesos:

a) Etiquetado e identificación adecuada de contenedores y materiales, sustancias y residuos peligrosos
b) Manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos
c) Uso correcto del EPP y procesos de protección durante el manejo, trasvase, derrame o exposición
d) Medidas para minimizar riesgos ante derrames, fugas, exposiciones y demás incidentes.
e) Control y disposición final segura de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento donde se almacenen, utilicen, manipulen o desechen estos materiales, sustancias y residuos peligrosos. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado y documentado todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan o generan, en un listado clasificado por nivel de riesgo y ubicación.

(2)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, que integra, al menos, los procesos descritos en los incisos a) al e) de la guía.

(3)El programa está implementado de forma sistemática en todas las áreas donde se almacenan, manipulan, utilizan o desechan materiales, sustancias o residuos peligrosos.

(4)Se cuenta con HDS actualizadas para todos los materiales, sustancias o residuos peligrosos identificadas, disponibles para el personal.

(5)Los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos están debidamente etiquetados, conforme a la normatividad aplicable vigente.

(6)Los procesos de manejo, almacenamiento, uso y disposición final de materiales, sustancias y residuos peligrosos se realizan de forma segura y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

(7)Se han implementado medidas para minimizar los riesgos ante derrames, exposiciones y otros incidentes relacionados con materiales, sustancias y residuos peligrosos.

(A). Referencia de apoyo

- Listado documentado y actualizado de materiales, sustancias y residuos peligrosos, clasificados por tipo, nivel de riesgo y ubicación.
- Programa institucional formalizado para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, que incluya procesos específicos
- HDS disponibles, completas y actualizadas para todos los materiales y sustancias peligrosas manejadas en el establecimiento.
- Registros de capacitación al personal sobre el manejo seguro de materiales y residuos peligrosos, incluyendo uso de EPP y atención a derrames o exposiciones.
- Evidencia de etiquetado visible y correcto en los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de incidentes o reportes internos relacionados con derrames, exposiciones u otros eventos, así como las acciones correctivas implementadas.
- Contrato o evidencia de disposición final segura y conforme a la legislación aplicable vigente, emitido por un proveedor autorizado (cuando aplique).
- Reportes de supervisión interna o externa del cumplimiento del programa en las áreas clínicas, administrativas y de soporte.

f. Estándar 6/24. Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, orientado a prevenir, contener y responder de manera segura y efectiva ante incidentes vinculados con fuego y/o humo. Este tipo de eventos representan un riesgo potencial de alto impacto en los establecimientos de atención médica, por lo que es indispensable implementar acciones preventivas para proteger a los ocupantes y restablecer las actividades después de que se presente uno de estos eventos.

El programa debe desarrollarse e implementarse con enfoque preventivo, aplicable a todas las áreas clínicas, administrativas y de soporte, y cumplir con la legislación aplicable vigente en materia de seguridad y protección civil.

El programa debe incluir, al menos, los siguientes procesos:

a) Identificación de áreas con mayor riesgo de incendio, considerando instalaciones, procesos, materiales involucrados, entre otros.
b) Prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como el manejo seguro de materiales inflamables y gases medicinales (oxígeno), así como la regulación de fuentes de ignición (mecheros, estufas, entre otros.).
c) Reducción de riesgos durante obras o remodelaciones en el establecimiento o en sus inmediaciones.
d) Implementación de sistemas de detección temprana de fuego y humo.
e) Acciones para la contención y extinción de fuego y humo, incluyendo equipos, rutas, barreras, brigadas, entre otras.
f) Definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g) Planeación de salidas seguras del establecimiento, con enfoque especial en pacientes en condiciones vulnerables, cuando corresponda.

Las acciones por implementar deben contribuir a facilitar una el tiempo suficiente para evacuar de manera segura y oportuna, considerando la protección de pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes.

Asimismo, el programa debe integrar:

i. Inspección, prueba y mantenimiento de sistemas de protección y seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, conforme a la legislación aplicable vigente
ii. Ejecución de simulacros del programa de manera parcial o total, al menos dos veces por año
iii. Participación de todo el personal en al menos un simulacro anual
iv. Capacitación continua del personal para evacuar y proteger a los pacientes de forma efectiva durante una emergencia
v. Vinculación y coordinación con apoyos externos disponibles en la comunidad, como servicios de emergencia, protección civil o bomberos

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, que incluye, al menos, los procesos descritos en los incisos a) al g) de la guía.

(2) El programa está implementado de forma sistemática en todas las áreas del establecimiento.

(3) Se realizan inspecciones, pruebas y mantenimiento de los sistemas de detección y extinción de incendios, con la frecuencia definida y conforme a la legislación aplicable vigente.

(4) Todo el personal recibe capacitación para participar en el programa, y cuenta con constancia de capacitación de prevención y actuación ante peligros relacionados con fuego y humo y atención de emergencias.

(5) Se realizan al menos dos simulacros por año, para probar total o parcialmente el programa.

(6) Todo el personal participa, al menos una vez al año, en un simulacro.

(7) Las inspecciones, pruebas y mantenimientos son documentados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(8)El establecimiento gestiona la vinculación con apoyos externos en la comunidad, como bomberos, protección civil u otras instancias, para la atención de emergencias por fuego y humo.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de seguridad contra fuego y humo, que incluya los procesos de prevención, detección, contención, evacuación y respuesta.
- Mapas de riesgo de incendio, con identificación de áreas críticas.
- Protocolos y/o procesos operativos estandarizados para:
  - Manejo seguro de materiales inflamables
  - Uso de gases medicinales
  - Contención y extinción de incendios
  - Evacuación de pacientes, especialmente en situación de vulnerabilidad
- Bitácoras o registros de inspección, prueba y mantenimiento de sistemas de detección y extinción de incendios (detectores, alarmas, extintores, gabinetes, sistemas fijos, etc.).
- Registros de participación del personal en simulacros, con fecha, alcance y resultados.
- Evidencia de realización de al menos dos simulacros anuales, y de la participación de todo el personal en al menos uno de ellos por año.
- Constancias o listas de asistencia a capacitaciones sobre evacuación, uso de extintores y respuesta ante incendios.
- Registros de coordinación o convenios con instancias externas, como bomberos, protección civil o cuerpos de emergencia.
- Actas o reportes de evaluación de simulacros, con hallazgos y acciones de mejora implementadas.
- Plan de continuidad o restablecimiento de operaciones post-incendio (cuando aplique).

g. Estándar 7/24. Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.

1. Guía.

La seguridad del equipo médico en un establecimiento no depende únicamente de su funcionamiento interno, sino también del entorno en el que opera. Factores como la calidad del suministro eléctrico, hidráulico, las condiciones de instalación, el acceso a planta de emergencia y uso adecuado del personal clínico pueden impactar

SIN VALIDEZ OFICIAL

directamente en la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

Se debe contar con un proceso sistemático para identificar, prevenir y mitigar los riesgos asociados al entorno físico, eléctrico e hidráulico, así como aquellos derivados de errores humanos en el uso de los equipos. Entre los componentes clave de este proceso se encuentran:

a) Inspección técnica de la infraestructura eléctrica asociada al uso de equipo médico: verificación de polaridad de contactos eléctricos, tierra física, disponibilidad y conexión a planta de emergencia, tomas identificadas, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Evaluación de las condiciones del suministro hidráulico, especialmente para equipos que requieren agua tratada (p. ej., máquinas de hemodiálisis y sistemas STSA): presión, flujo, temperatura, limpieza de conexiones, cambio de filtros y mantenimiento de dispositivos de pretratamiento.
c) Identificación y análisis de incidentes adversos técnicos y errores del personal clínico relacionados con el uso inadecuado del equipo (por ejemplo, conexión en tomas erróneas, mal uso del panel de control, omisión de alarmas, uso incorrecto de accesorios, uso incorrecto de elementos susceptible de ser fracturados).
d) Verificación de que los equipos críticos están correctamente conectados a la planta de emergencia o a sistemas de respaldo en caso de falla del suministro eléctrico.
e) Implementación de medidas preventivas, incluyendo capacitación específica, revisiones programadas, control de accesos a áreas técnicas, señalización adecuada, y protocolos de contingencia.
f) Vinculación con los programas de mantenimiento e infraestructura, de modo que los riesgos detectados se integren a las acciones correctivas o de mejora continua.

La gestión de estos riesgos debe realizarse en coordinación entre el área técnica (ingeniería biomédica o mantenimiento), el personal clínico y los responsables de la infraestructura del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la identificación y control de riesgos relacionados con el entorno de operación del equipo médico (eléctrico, hidráulico, físico y humano).

(2)Se realizan inspecciones técnicas periódicas de las condiciones de conexión eléctrica del equipo médico, que incluyen:

(2.1)Pruebas de seguridad eléctrica

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.2)Verificación de polaridad de contactos eléctricos.
(2.3)Pruebas de continuidad de tierra física.
(2.4)Confirmación de conexión a planta de emergencia para equipos críticos.

(3)Se realizan verificaciones periódicas del suministro hidráulico en los equipos que lo requieren (p. ej. máquinas de hemodiálisis), considerando presión, flujo, temperatura y condiciones del sistema de pretratamiento.

(4)Existen registros documentados de incidentes, fallas o errores de usuario relacionados con las condiciones del entorno o uso indebido del equipo médico.

(5)Se han implementado acciones preventivas o correctivas derivadas del análisis de riesgos del entorno (p. ej. reubicación de tomas, mantenimiento a instalaciones, capacitación focalizada).

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la identificación y mitigación de riesgos operativos relacionados con el entorno del equipo médico (eléctrico, hidráulico, estructural y de usuario).
- Registros de pruebas de seguridad eléctricas periódicas:
  - ▪ Verificación de polarización de tomas.
  - ▪ Pruebas de tierra física.
  - ▪ Confirmación de conexión a planta de emergencia o UPS para equipos críticos.
- Bitácoras o reportes de revisión del suministro hidráulico, incluyendo:
  - ▪ Presión de agua.
  - ▪ Flujo y temperatura en equipos conectados al STSA.
  - ▪ Estado de filtros o pretratamiento.
- Mapeo de riesgos técnicos por área, incluyendo identificación de zonas críticas y condiciones de instalación de alto riesgo.
- Registros de eventos o fallas operativas relacionadas con el entorno o errores de usuario (p. ej., uso en tomas inadecuadas, desconexiones por caída de tensión, daños por humedad o temperatura).
- Actas o reportes de acciones correctivas derivadas de hallazgos (p. ej., adecuaciones eléctricas, reubicación de equipos, instalación de protecciones, capacitación específica).
- Constancias de capacitación al personal clínico y técnico sobre prevención de riesgos asociados al entorno de uso del equipo médico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h. Estándar 8/24. Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe contar con procesos de emergencia definidos, documentados y operativos para asegurar la continuidad de los servicios prioritarios para la operación en caso de falla, interrupción o contingencia. Estos procesos son esenciales para proteger la vida, salud y seguridad de pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y deben ejecutarse en cumplimiento con la legislación aplicable vigente en materia de seguridad, protección civil y continuidad operativa.

Los servicios prioritarios (como suministro de agua, electricidad, gases medicinales, ventilación y sistemas de comunicación) son indispensables para la atención clínica. Su interrupción, incluso temporal, puede comprometer seriamente la atención, por lo que deben existir fuentes alternas, sistemas de respaldo y protocolos de respuesta diseñados específicamente para el contexto operativo del establecimiento.

Como parte de la planeación ante emergencias, el establecimiento debe:

a) Identificar los equipos, áreas y sistemas, en los que una falla en los servicios prioritarios represente un riesgo elevado para la seguridad del paciente o del personal (por ejemplo: salas de tratamiento, equipos de hemodiálisis, STSA, refrigeración de medicamentos, iluminación de emergencia).
b) Evaluar y minimizar los riesgos de interrupción, mediante barreras preventivas, mantenimientos reforzados o redundancias.
c) Definir y documentar fuentes de emergencia viables para cada servicio prioritario relevante, incluyendo generadores eléctricos, cisternas, tanques de respaldo, líneas redundantes o convenios con terceros.
d) Probar periódicamente estas fuentes de emergencia, conforme a una frecuencia definida por el establecimiento, y con participación del personal técnico y clínico involucrado.
e) Documentar, analizar y retroalimentar los resultados de las pruebas, con el fin de implementar acciones de mejora, fortalecer la preparación y reducir los tiempos de respuesta ante emergencias reales.

Estos procesos deben estar integrados en el programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación, y coordinados con el plan

SIN VALIDEZ OFICIAL

general de continuidad operativa y atención ante emergencias del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado las áreas, sistemas y servicios que presentan mayor riesgo ante la interrupción o falla de los servicios prioritarios para la operación.

(2)Se han evaluado y se implementan medidas para minimizar los riesgos en dichas áreas.

(3)El establecimiento ha definido e implementado procesos de emergencia para prevenir y responder a fallas en los servicios prioritarios.

(4)Se han planificado fuentes de emergencia para cada uno de los servicios prioritarios críticos, según las necesidades del establecimiento.

(5)Se realizan pruebas periódicas para verificar la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia.

(6)Los resultados de las pruebas se documentan, se analizan y, cuando corresponde, se implementan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado de áreas y sistemas identificados como vulnerables ante fallas de servicios prioritarios (por ejemplo: sala de tratamiento, STSA, sistemas de refrigeración, comunicaciones, etc.).
- Evaluaciones de riesgo documentadas sobre fallas en servicios prioritarios, incluyendo análisis de impacto y medidas implementadas.
- Procesos o protocolos de emergencia definidos para cada tipo de servicio prioritario (agua, electricidad, gases, ventilación, datos), con responsables y acciones específicas.
- Registro de fuentes de respaldo disponibles, incluyendo:
  - Especificaciones técnicas (capacidad, autonomía, ubicación)
  - Evidencia de instalación y estado operativo
  - Planes de activación y operación
- Cronograma de pruebas programadas para fuentes de emergencia (por ejemplo, generadores, bombas, cisternas, líneas redundantes, etc.).
- Registros de pruebas realizadas, con resultados, observaciones y responsables.
- Análisis de resultados y reportes de seguimiento, con acciones correctivas o preventivas derivadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Planes de mejora derivados de la revisión técnica de los resultados de pruebas de emergencia.
- Evidencia de capacitación del personal en protocolos de activación de fuentes de emergencia, evacuación y continuidad operativa.

i. Estándar 9/24. Programa para el manejo de emergencias externas.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un programa para el manejo de emergencias externas, diseñado para prever, preparar, responder y recuperar de eventos externos que puedan comprometer directa o indirectamente su operación, la atención a los pacientes o la seguridad del personal.

Este programa debe desarrollarse en función del contexto local y regional, considerando los riesgos geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y socio-organizativos a los que está expuesto el establecimiento, y conforme a la legislación aplicable vigente en materia de protección civil, salud pública y seguridad estructural.

El programa debe estar basado en un análisis de riesgos externo, realizado por un equipo multidisciplinario del establecimiento, y debe integrar al menos los siguientes procesos:

a) Determinación del tipo, probabilidad y consecuencias de peligros, amenazas y eventos que puedan generar una emergencia externa.
b) Definición del rol del establecimiento antes, durante y después de dichos eventos, incluyendo atención clínica, protección de recursos, evacuación, comunicación y recuperación.
c) Estrategias de comunicación interna y externa durante emergencias, incluyendo canales, responsables y mensajes clave.
d) Gestión de recursos durante la emergencia, incluyendo asignación de suministros críticos, uso de fuentes alternas y administración del personal.
e) Planeación de acciones para asegurar la continuidad de la atención clínica en escenarios adversos.
f) Identificación de lugares alternativos para la atención de pacientes, en caso de evacuación o daño estructural.
g) Asignación de roles y responsabilidades específicas al personal, según etapas y escenarios de la emergencia.
h) Capacitación del personal en su rol dentro del programa, así como en protocolos de seguridad, evacuación y recuperación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i) Coordinación con instancias externas, como el Comité Estatal de Protección Civil, la Secretaría de Salud o servicios de emergencia.

El programa debe someterse a prueba al menos una vez cada doce meses, mediante simulacros diseñados según los eventos de mayor probabilidad. En caso de una emergencia real, el análisis formal de la respuesta institucional puede ser considerado como equivalente a una prueba del programa.

Los resultados de las pruebas o eventos reales deben ser analizados, documentados y retroalimentados para la mejora continua del programa.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado el programa para el manejo de emergencias externas con base en la identificación de riesgos externos geológicos, hidrometeorológicos, sanitario-ecológicos, químico-tecnológicos y socio-organizativos.

(2) El programa integra, al menos, los procesos descritos en los incisos a) a i) de la guía.

(3) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento.

(4) El programa se somete a prueba al menos una vez cada doce meses.

(5) El personal participa en al menos una prueba anual relacionada con emergencias externas.

(6) Los resultados de las pruebas o eventos reales se analizan y, cuando corresponde, se implementan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de manejo de emergencias externas, que incluya: análisis de riesgos, objetivos, procesos a seguir, roles del personal, rutas de comunicación, vinculación con instancias externas, planes de acción y recuperación.
- Análisis de riesgos externos documentado, clasificando amenazas geológicas, hidrometeorológicas, sanitario-ecológicas, químico-tecnológicas y socio-organizativas.
- Mapas de peligros, fichas técnicas o matrices de evaluación de riesgo que sustenten la priorización de escenarios.
- Evidencia de coordinación con instancias externas, como el Comité Estatal de Protección Civil, sector salud o cuerpos de emergencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de simulacros realizados en los últimos 12 meses, incluyendo:
  - Fecha y tipo de escenario probado.
  - Participación del personal.
  - Evaluación de resultados.
  - Acciones de mejora implementadas.
- Actas o minutas de reuniones de análisis posterior a simulacros o emergencias reales, con decisiones y compromisos de mejora.
- Registros de capacitación del personal sobre el programa, sus responsabilidades y protocolos de actuación en caso de emergencia.
- Indicadores de evaluación de capacidad de respuesta institucional, cuando estén definidos (por ejemplo: tiempo de evacuación, cumplimiento de procesos, participación).

j. Estándar 10/24. Programa Hospital Seguro en el establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

La capacidad del establecimiento para mantenerse operativo ante emergencias o desastres naturales es un elemento esencial de la seguridad del paciente, la continuidad de los servicios de salud y la protección de la vida del personal, pacientes y visitantes. Los efectos de fenómenos como sismos, inundaciones, huracanes o incendios no solo amenazan la infraestructura física, sino que pueden colapsar los sistemas funcionales de atención médica si no se ha previsto una gestión integral del riesgo estructural, no estructural y si no se conoce como operar la emergencia de manera efectiva y no se sabe qué actividad realizar para el restablecimiento posterior ante emergencias y desastres.

Para responder a este desafío, el establecimiento debe implementar de manera formal, documentada y operativa el Programa Hospital Seguro, alineado a la estrategia continental adoptada por los países miembros de la OPS mediante la Resolución CD45.R8, misma en la que se resuelve: "Instar a los Estados Miembros a que sigan fortaleciendo sus programas de preparativos y mitigación para casos de desastre mediante la asignación apropiada de los recursos y el apoyo político necesario para lograr que el sector de la salud siga funcionando cuando la población afectada más lo necesita". Este programa busca garantizar que todos los establecimientos de salud sean capaces de seguir funcionando con seguridad antes, durante y después de una

SIN VALIDEZ OFICIAL

emergencia, protegiendo vidas y garantizando la continuidad de la atención.

Como parte de este programa, el establecimiento debe cumplir con los siguientes componentes:

a) Dictamen de seguridad estructural vigente, emitido por un profesional con conocimientos y cédula profesional en ingeniería civil o arquitectura, con experiencia específica en estructuras. Además, dependiendo del estado o municipio, debe estar registrado como corresponsable de seguridad estructural, Director Responsable de Obra (DRO), o perito autorizado por la autoridad local, como la Secretaría de Obras, Protección Civil o el Instituto de Verificación Administrativa.
b) Este dictamen es el resultado de un levantamiento físico de la estructura existente y de precisión, análisis de cargas gravitacionales y accidentales, determinación de la resistencia del concreto y la revisión a detalle de todos los elementos estructurales que conforman el inmueble y debe mantenerse vigente. Si ocurre un fenómeno natural relevante (como un sismo), el dictamen debe actualizarse, aunque su vigencia no haya expirado.
c) Aplicación en la institución de la Lista de Verificación del Programa Hospital Seguro. Para establecimientos clasificados como de alta complejidad y alto nivel resolutivo, se requiere una evaluación interinstitucional oficial bajo este instrumento, de acuerdo al protocolo de visitas de evaluación hospitalaria del Programa Hospital Seguro.
d) En caso de hallazgos, observaciones o recomendaciones derivadas de dicha evaluación, el establecimiento debe contar con un Plan de Acción para su atención, cuya implementación no supere los 24 meses a partir de la notificación oficial. Al momento de la evaluación para la certificación, se debe mostrar evidencia documentada de avance en la implementación durante al menos cuatro meses consecutivos.
e) El establecimiento debe contar con un Programa para el Manejo de Emergencias Externas vinculado formalmente con el Programa Hospital Seguro, e integrado a su sistema de gestión.
f) El establecimiento debe demostrar su coordinación activa con el Comité Estatal o Municipal de Protección Civil, incluyendo mecanismos de comunicación, participación en simulacros conjuntos, notificación de riesgos y colaboración ante eventos reales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este estándar es indispensable para los establecimientos identificados por la autoridad nacional como parte del universo de hospitales de alta complejidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un dictamen de seguridad estructural vigente emitido por un profesional autorizado conforme a la legislación vigente o ha realizado las gestiones correspondientes para que se realice este.

(2) El establecimiento ha aplicado la Lista de Verificación del Programa Hospital Seguro. Si está clasificado como hospital de alta complejidad, se cuenta con la evaluación interinstitucional correspondiente.

(3) Cuando existen hallazgos derivados de la evaluación del Programa Hospital Seguro, el establecimiento ha definido un plan de acción cuya implementación no supera los 24 meses, y existe evidencia documentada de avance durante al menos cuatro meses consecutivos.

(4) El establecimiento cuenta con un Programa para el Manejo de Emergencias Externas vinculado formalmente con el Programa Hospital Seguro.

(5) El establecimiento ha documentado su coordinación con el Comité Estatal o Municipal de Protección Civil, conforme a lo requerido por las autoridades de protección civil.

(A). Referencia de apoyo

- Dictamen vigente de seguridad estructural conforme a normatividad local.
- Lista de Verificación del Programa Hospital Seguro, aplicada por el establecimiento.
- Informe de evaluación interinstitucional (cuando aplique).
- Plan de acción para atención de hallazgos del Programa Hospital Seguro.
- Evidencia documental de implementación del plan de acción (bitácoras, cronogramas, fotografías, actas).
- Programa para el Manejo de Emergencias Externas institucional.
- Documentos de coordinación con Protección Civil (oficios, actas de reunión, reportes de simulacro, convenios).
- Registros de simulacros, capacitaciones y planes de continuidad de operaciones ante desastres.

SIN VALIDEZ OFICIAL

k. Estándar II/24. Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe identificar y priorizar las infecciones relevantes en función de su contexto clínico, epidemiológico y operativo, con el objetivo de implementar acciones efectivas para reducir riesgos, prevenir IAAS y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

La priorización debe realizarse mediante un enfoque de sistema, con participación multidisciplinaria y con base en el análisis de riesgos institucional. Esta priorización permite orientar recursos, definir estrategias de prevención, y establecer procesos de vigilancia activa y sistemática.

El proceso debe considerar, al menos, las siguientes infecciones o riesgos asociados:

a) Neumonías asociadas a la atención de la salud (NAAS), particularmente en pacientes con enfermedades crónicas, población pediátrica y adultos mayores. Incluir, al menos, las siguientes modalidades:
   - Neumonía asociada a ventilador (NAV)
   - Neumonía relacionada a procedimiento (NAAS-RP)
   - Neumonía no relacionada a procedimiento (NAAS-NRP)

b) Infecciones del tracto urinario, especialmente en personas portadoras de sondas urinarias, con patología prostática o con alteraciones urológicas crónicas.

c) Infecciones relacionadas con dispositivos invasivos utilizados en el ámbito hospitalario, como catéteres venosos centrales o periféricos, accesos arteriales, entre otros.

d) Heridas quirúrgicas y lesiones dérmicas tratadas en el establecimiento, incluyendo manejo de episiotomías, abscesos, úlceras por presión, heridas postquirúrgicas ambulatorias y lesiones traumáticas.

e) Infecciones causadas por organismos multirresistentes, incluyendo el grupo ESKAPE (*Enterococcus faecium, Staphylococcus aureus, Klebsiella pneumoniae, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa y Enterobacter spp.*). Asimismo, deben considerarse enfermedades infecciosas prioritarias desde el punto de vista epidemiológico, como tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, hepatitis virales y enfermedades de notificación obligatoria.

f) Infecciones emergentes o recurrentes en la comunidad, como dengue, COVID-19, influenza o brotes locales de enfermedades prevenibles por vacunación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe contar con un proceso de vigilancia epidemiológica formal, sistemático y documentado, que permita identificar tasas (endémicas), detectar brotes y responder oportunamente a eventos infecciosos dentro del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido las prioridades del sistema de prevención y control de infecciones conforme a su contexto, incluyendo al menos del inciso a) a la f) de la guía.

(2)Se cuenta con evidencia de la vigilancia epidemiológica sistemática y de las acciones definidas según las prioridades establecidas.

(A). Referencia de apoyo

- Listados institucionales o matrices de priorización de IAAS vigentes, construidos con base en el análisis de riesgos del establecimiento y firmados por el Comité de Infecciones o autoridad designada.
- Protocolos o procesos internos que indiquen los criterios para definir prioridades en vigilancia de IAAS (por ejemplo: frecuencia, gravedad, potencial de brote, resistencia antimicrobiana, etc.).
- Evidencia documental de vigilancia epidemiológica activa y sistemática (listas de verificación, registros de tasas de IAAS, reportes mensuales o anuales).
- Actas o reportes del Comité para la Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, donde se revise y apruebe la priorización y se dé seguimiento a infecciones de mayor relevancia.
- Registros de investigación de brotes o eventos inusuales, que documenten el seguimiento de infecciones emergentes, multirresistentes o eventos de notificación obligatoria.
- Comunicación interna de alertas epidemiológicas y medidas de control al personal del establecimiento.

I. Estándar 12/24. Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención. – Indispensable –

1. Guía.

Las medidas de precauciones estándar y basadas en mecanismos de transmisión son la base de la prevención y control de infecciones en cualquier establecimiento de atención médica, incluidas los establecimientos. Estas medidas se aplican de forma universal, sin

SIN VALIDEZ OFICIAL

importar el diagnóstico del paciente, y buscan minimizar la transmisión de agentes infecciosos tanto al personal como a otros pacientes y visitantes.

En particular, estas precauciones son críticas en unidades por la frecuencia de exposición a sangre, catéteres, y otras vías de contacto directo. Las medidas estándar incluyen:

a) Higiene de manos (conforme al programa integral de higiene de manos alineado a la AESP 5).
b) Uso correcto de equipo de protección personal (guantes, batas, mascarillas, protección ocular).
c) Manejo seguro de objetos punzocortantes.
d) Prácticas adecuadas para el manejo de superficies, ropa, dispositivos reutilizables y desechos contaminados.
e) Educación continua al personal sobre su correcta aplicación.

El establecimiento identifica las situaciones clínicas y operativas que requieren estas medidas y garantiza que el personal esté capacitado y supervisado de forma continua. El sistema para la prevención y control de infecciones es responsable de coordinar estas acciones y vigilar su cumplimiento como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

La higiene de manos es la piedra angular del control de infecciones, y su cumplimiento debe formar parte de las auditorías, capacitaciones y supervisión institucional. El establecimiento debe asegurar que se implemente un programa integral de higiene de manos, el cual esté coordinado desde el sistema para la prevención y control de infecciones y forme parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas son atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y buenas prácticas recomendadas. Se implementan las precauciones basadas en mecanismos de transmisión (aislamientos) respecto de pacientes inmunocomprometidos y del personal expuesto.

(2) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia para el manejo de una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas, acorde a su capacidad operativa y a los niveles de riesgo.

(3) El establecimiento identifica las situaciones en las que se requiere el uso de equipo de protección personal, asegura su disponibilidad y capacita al personal en su uso correcto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El sistema de prevención y control de infecciones supervisa y coordina el programa integral de higiene de manos, en concordancia con la AESP 5.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales de manejo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, que incluyan medidas de aislamiento, uso de EPP y rutas de atención diferenciadas.
- Manual de prevención y control de infecciones, lineamientos internos de bioseguridad, algoritmos clínicos por patología infecciosa.
- Plan operativo institucional para la atención de afluencia de pacientes con enfermedades transmisibles.
- Procesos de contingencia epidemiológica, plan de respuesta ante brotes, flujogramas de escalamiento operativo.
- Registros de capacitación al personal sobre precauciones estándar, uso de EPP y manejo de pacientes inmunocomprometidos: Listas de asistencia, materiales didácticos, evaluaciones de competencia.
- Evidencia de implementación y supervisión del programa integral de higiene de manos, en coordinación con el sistema de prevención de infecciones.
- Informes del sistema de vigilancia epidemiológica local, incluyendo tasas de IAAS, auditorías de cumplimiento y mejoras implementadas.

m.Estándar 13/24. Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos. – Indispensable –

1. Guía.

La adecuada limpieza, desinfección y esterilización de materiales, dispositivos y equipos médicos es un componente esencial para prevenir IAAS. En los hospitales, este proceso cobra especial relevancia dada la frecuencia de procedimientos invasivos, la reutilización de dispositivos y el alto riesgo de exposición a agentes patógenos.

El establecimiento debe asegurar que:

a) Todos los procesos de limpieza, desinfección y esterilización se lleven a cabo conforme a protocolos estandarizados, basados en evidencia científica y alineados con la legislación aplicable vigente.
b) Se implementan medidas y barreras de seguridad que reduzcan el riesgo de contaminación cruzada,

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Se supervisa periódicamente el cumplimiento de estos procesos, ya sean realizados internamente o por proveedores subrogados. Y se generan acciones de mejora cuando se identifican desviaciones.

Estos procesos pueden llevarse a cabo en dos tipos de entornos:

– Áreas centralizadas de esterilización (como CEYE o SubCEYE), que deben ser responsables de la desinfección de alto nivel y la esterilización de dispositivos médicos, conforme a su clasificación y las recomendaciones del fabricante.
– Áreas descentralizadas, como consultorios, salas de procedimientos u otras zonas clínicas, donde se realiza la limpieza y desinfección rutinaria de equipos no críticos o de superficies. En todos los casos deben aplicarse los mismos criterios de calidad y seguridad, incluyendo:
  i. Validación del proceso de esterilización mediante indicadores físicos, químicos o biológicos, según corresponda.
  ii. Registro documentado de cada ciclo de esterilización o desinfección.
  iii. Trazabilidad del instrumental reutilizable.
  iv. Capacitación continua del personal responsable, acorde a sus funciones en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales, dispositivos y equipos, tanto en servicios centralizados como descentralizados, según el tipo de insumo y su nivel de riesgo.

(2) Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización están sujetos a supervisión periódica, conforme a un plan coordinado por el sistema para la prevención y control de infecciones.

(3) El personal responsable de realizar estos procesos ha sido capacitado conforme a su función y demuestra competencia en la aplicación segura y eficaz de los métodos establecidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales de limpieza, desinfección y esterilización, incluyendo validación y registros de control.
- Evidencia de capacitación y competencias del personal responsable:
- Listas de asistencia, evaluaciones de competencia, manuales de entrenamiento específicos para el tipo de equipo procesado.
- Supervisión de proveedores subrogados:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Contratos, auditorías y evidencia documental de cumplimiento de estándares de control de infecciones.

n. Estándar 14/24. Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso. – Indispensable –

1. Guía.

El uso inadecuado o la reutilización no controlada de dispositivos marcados como "de un solo uso" incrementa el riesgo de infecciones en los pacientes y el personal. En el contexto de un hospital, algunos dispositivos podrían considerarse reutilizables bajo condiciones específicas, principalmente por criterios de disponibilidad, costo o sostenibilidad operativa.

El establecimiento, a través del sistema para la prevención y control de infecciones, debe:

a) Identificar los dispositivos de un solo uso que serán reutilizados, justificando técnica y operativamente su decisión.
b) Elaborar un listado validado de estos dispositivos, incluyendo criterios claros para su uso seguro.
c) Definir e implementar procesos para:
   i. Establecer el número máximo de reutilizaciones permitidas.
   ii. Verificar signos de desgaste o deterioro que impidan su uso posterior.
   iii. Aplicar técnicas de limpieza, desinfección y esterilización específicas para cada tipo de dispositivo reutilizado.
   iv. Registrar y analizar datos relacionados con los dispositivos reutilizados, como efectos adversos, número de reutilizaciones y rechazos por deterioro.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado un listado de materiales y dispositivos de un solo uso que pueden ser reutilizados, conforme a criterios técnicos, operativos y de seguridad.

(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el reúso seguro de dispositivos de un solo uso, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

(2.1) El número máximo de reutilizaciones permitidas por tipo de dispositivo.
(2.2) Los criterios de desgaste o deterioro para suspender su uso.
(2.3) Los procesos específicos de limpieza, desinfección y esterilización.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.4) El monitoreo y análisis de datos relacionados con los dispositivos reutilizados.

(3)El proceso se aplica conforme a lo definido por el establecimiento y se supervisa su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional validado de dispositivos de un solo uso autorizados para reúso, con justificación técnica y aprobación del comité de control de infecciones o equivalente.
- Protocolos documentados que incluyan:
  - Número máximo de reutilizaciones por tipo de dispositivo.
  - Indicadores de deterioro físico o funcional.
  - Procesos de limpieza, desinfección y/o esterilización.
- Formatos de registro de control de reutilización por lote o dispositivo individual (bitácoras, etiquetas, códigos).
- Evidencia de capacitación al personal sobre el manejo, trazabilidad y riesgos asociados al reúso.
- Resultados de auditorías internas sobre el cumplimiento del proceso de reúso seguro.

o. Estándar 15/24. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.

1. Guía.

En los establecimientos el adecuado manejo de la ropa hospitalaria (incluyendo sábanas, batas, toallas, uniformes, campos, entre otros insumos textiles) es esencial para reducir el riesgo de IAAS. Esto aplica tanto a ropa limpia como a la sucia o contaminada, y abarca desde su uso inicial hasta su disposición final o reprocesamiento.

El establecimiento debe definir procesos para garantizar el manejo seguro e higiénico de la ropa, que incluyan al menos las siguientes actividades:

a) Clasificación, recolección y confinamiento inmediato de ropa sucia y/o contaminada en contenedores específicos.

b) Transporte interno seguro, evitando el contacto con superficies limpias o materiales estériles.

c) Lavado, desinfección y secado de la ropa (ya sea en servicios internos o subrogados), conforme a protocolos que aseguren la eliminación de microorganismos.

d) Almacenamiento y distribución de ropa limpia en condiciones que eviten su contaminación.

e) Separación física y lógica de los flujos de ropa limpia y sucia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Capacitación continua al personal sobre las medidas de prevención y control de infecciones relacionadas con el manejo de ropa.
g) Supervisión periódica del cumplimiento de los procesos establecidos.

Cuando el establecimiento subroga el servicio de lavandería, debe establecer especificaciones contractuales claras, alineadas con estándares de calidad e higiene, y mecanismos de supervisión continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos seguros para el manejo de la ropa limpia, sucia y contaminada, que incluyen lavado, transporte, almacenamiento y confinamiento, minimizando los riesgos de infección para pacientes y personal.
(2) Los procesos están diseñados para reducir el riesgo de contaminación cruzada y prevenir infecciones.
(3) El establecimiento supervisa de forma periódica el cumplimiento de los procesos relacionados con el manejo de la ropa.
(4) Cuando el servicio de manejo de ropa es subrogado, se han definido y se supervisan las especificaciones de calidad e higiene, conforme a lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional de manejo de ropa hospitalaria, que incluya rutas, barreras, puntos de control, y protocolos de separación de ropa limpia y contaminada.
- Formatos de registro de limpieza, recolección, entrega y supervisión de la ropa.
- Bitácoras de supervisión periódica, evidencias de auditorías internas o externas.
- Contrato y especificaciones técnicas con el proveedor subrogado (cuando aplique), incluyendo indicadores de cumplimiento.

p. Estándar 16/24. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.

1. Guía.

Los establecimientos generan de forma constante residuos considerados peligrosos y con riesgo biológico-infeccioso, como agujas, materiales contaminados con sangre, gasas, guantes, entre otros. Su

SIN VALIDEZ OFICIAL

manejo adecuado es fundamental para prevenir infecciones en pacientes, personal y comunidad.

El establecimiento debe implementar procesos que aseguren la gestión segura de estos residuos, desde su generación hasta su disposición final, incluyendo las siguientes fases:

a) Identificación y segregación desde el punto de origen.
b) Envasado, etiquetado y almacenamiento temporal conforme a normativa.
c) Recolección, transporte interno y externo seguro.
d) Destino final por proveedor autorizado.

Además, el personal clínico y no clínico con riesgo de exposición a RPBI, especialmente por objetos punzocortantes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso seguro para el manejo de los RPBI, que contempla la identificación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El personal clínico y no clínico está capacitado en el manejo seguro de RPBI y en la prevención de accidentes relacionados con objetos punzocortantes.

(3) El establecimiento cuenta con protocolos implementados para la atención y seguimiento de accidentes con punzocortantes.

(4) Cuando se subrogan servicios relacionados con el manejo y disposición final de RPBI, se definen especificaciones de calidad y se supervisa su cumplimiento.

(5) Si corresponde al contexto del establecimiento, el manejo de sangre y hemoderivados se realiza conforme a buenas prácticas, minimizando riesgos de contagio.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional para el manejo de RPBI (identificación, envasado, recolección, transporte y disposición final).
- Registro de capacitación al personal sobre manejo de RPBI y prevención de accidentes con punzocortantes.
- Reportes de incidentes con objetos punzocortantes y evidencia de su seguimiento.
- Contratos o convenios con proveedores subrogados del servicio de recolección, transporte y disposición final de RPBI.
- Lista de verificación y resultados de supervisión a servicios subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Contenedores etiquetados y ubicados correctamente según clasificación de residuos.
- Bitácoras de recolección y entrega a empresa subrogada con trazabilidad.
- Procedimiento documentado para la atención de exposiciones a sangre o fluidos corporales.

q. Estándar 17/24. Reducción del riesgo de infección mediante el mantenimiento y control de ingeniería de infraestructura crítica.

1. Guía.

En los establecimientos, el adecuado mantenimiento preventivo y correctivo de los sistemas e infraestructura sanitaria (incluyendo el equipo médico, sistemas de ventilación, agua y superficies) es esencial para garantizar un entorno seguro, prevenir la proliferación de microorganismos y reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención.

Este tipo de mantenimiento debe considerar procesos técnicos y controles de ingeniería que aseguren:

a) La calidad del aire y los sistemas de ventilación adecuada en áreas clínicas.
b) El control térmico ambiental para prevenir condiciones favorables al crecimiento microbiano en áreas clínicas.
c) La correcta operación y calibración de termostatos y sistemas de refrigeración que almacenan insumos y medicamentos, así como, calentadores de agua utilizados para insumos, utensilios o procesos relacionados.
d) La calidad del agua utilizada en los procesos clínicos, especialmente en los procesos clínicos.
e) El estado óptimo de superficies, drenajes, lavamanos y estructuras con contacto directo o indirecto con personal, pacientes o insumos.

La implementación de estas medidas debe realizarse a través de personal con competencias técnicas comprobables y conforme a la legislación aplicable vigente. Cuando estos servicios son proporcionados por terceros, el establecimiento debe establecer especificaciones técnicas de calidad y realizar supervisión regular para asegurar el cumplimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles

SIN VALIDEZ OFICIAL

de ingeniería de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones.

(2)El proceso define lo mencionado en los incisos a) al e) de la guía.

(3)El mantenimiento y los controles de ingeniería son realizados por personal con las competencias necesarias, conforme a lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(4)Cuando estos servicios son proporcionados por terceros, se han definido especificaciones técnicas de calidad que son supervisadas de forma periódica por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para el mantenimiento preventivo y correctivo de:
  - Sistemas de ventilación, aire acondicionado y filtros HEPA.
  - Calentadores y termostatos para procesos de limpieza y desinfección.
  - Equipos de refrigeración utilizados en áreas clínicas y alimentarias.
  - Sistemas de purificación o tratamiento de agua (ósmosis inversa, rayos UV, etc.).
- Reportes de mantenimiento técnico y bitácoras de calibración de equipos biomédicos y de ingeniería.
- Contratos o convenios con proveedores de servicios subrogados, con cláusulas de control de calidad.
- Listados de responsables técnicos con evidencia de competencia o acreditación.
- Registros de cumplimiento de estándares de control ambiental en áreas críticas (temperatura, humedad relativa, presión, etc.).

r. Estándar 18/24. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los alimentos para la prevención de infecciones.

1. Guía.

En los establecimientos, el manejo higiénico de alimentos representa una medida crítica para reducir el riesgo de infecciones gastrointestinales o brotes transmitidos por alimentos.

El riesgo aumenta cuando los alimentos son almacenados, manipulados, preparados o transportados de forma inadecuada, sin cumplir con controles de temperatura, higiene del personal o separación de alimentos crudos y cocidos, entre otros aspectos clave.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe implementar un proceso seguro que incluya al menos:

a) La recepción, conservación, preparación, transporte, distribución y entrega de los alimentos bajo condiciones sanitarias apropiadas.
b) La separación de áreas limpias y sucias, evitando la contaminación cruzada.
c) La vigilancia de temperaturas seguras de cocción, refrigeración y recalentamiento.
d) El control de insumos y condiciones del área de cocina o preparación.
e) El uso de agua potable y utensilios desinfectados para la preparación y servicio de alimentos.
f) La capacitación continua del personal en prácticas seguras de higiene alimentaria.

Cuando el servicio es brindado por un proveedor externo (subrogado), se deben definir especificaciones claras de calidad e inocuidad alimentaria y establecer un esquema de supervisión institucional para garantizar el cumplimiento de dichas condiciones.

Todas las acciones deben implementarse conforme a la legislación aplicable vigente y a las buenas prácticas de higiene alimentaria reconocidas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso seguro para el manejo de alimentos que minimiza el riesgo de infección, en todas las etapas: recepción, almacenamiento, preparación, transporte, distribución y entrega.

(2) Los alimentos se almacenan bajo condiciones sanitarias adecuadas que minimizan el riesgo de contaminación cruzada o deterioro.

(3) Los alimentos se preparan en condiciones higiénicas que reducen el riesgo de contaminación microbiológica o química.

(4) Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y a lo establecido por el establecimiento.

(5) La distribución de los alimentos garantiza la conservación de condiciones sanitarias y control de temperatura, conforme a la normativa vigente.

(6) El personal involucrado en el manejo de alimentos está capacitado en prácticas seguras de higiene alimentaria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(7)Se realiza de forma sistemática y periódica el control microbiológico del personal que participa en la preparación de alimentos.
(8)Se implementan controles de calidad del agua usada en la preparación de alimentos, incluyendo el nivel de cloración y búsqueda de microorganismos relacionados con infecciones gastrointestinales o brotes.
(9)Si los servicios de alimentación son provistos por terceros, se definen especificaciones de calidad e inocuidad alimentaria y se supervisa su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Lineamientos o políticas institucionales sobre manejo higiénico de alimentos en unidades de salud, que incluyan protocolos de almacenamiento, preparación, transporte y distribución.
- Capacitaciones al personal sobre higiene alimentaria, inocuidad, control de temperaturas, lavado de manos y prevención de enfermedades transmitidas por alimentos (ETA).
- Registros documentados de monitoreo microbiológico del personal de cocina, especialmente en unidades con preparación propia.
- Controles de calidad del agua utilizados en el servicio de alimentos: bitácoras de nivel de cloración y búsqueda de microorganismos (p. ej., Salmonella, E. coli, Listeria).
- Etiquetado y trazabilidad de productos de nutrición enteral conforme a manuales del fabricante y al procedimiento del establecimiento.
- Contrato o acuerdos con servicios subrogados que especifiquen estándares de calidad e higiene, con evidencia de supervisión y evaluación periódica.

s. Estándar 19/24. Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.

1. Guía.

Las actividades de construcción, remodelación o adecuación dentro de los establecimientos polvo, escombros, humedad y condiciones propicias para la dispersión de microorganismos ambientales como hongos del género *Aspergillus* o *Legionella*, elevando significativamente el riesgo de IAAS.
Para mitigar estos riesgos, el establecimiento debe implementar un proceso proactivo que contemple:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) La planificación previa de toda obra, independientemente de su magnitud.
b) La evaluación de riesgos específica, basada en el tipo y duración de la obra, su ubicación dentro del establecimiento, la población expuesta (especialmente pacientes inmunocomprometidos), y la posibilidad de generar aerosoles o escombros contaminantes.
c) La identificación de medidas de control durante cada etapa de la obra, como aislamiento físico, rutas alternas de circulación, monitoreo ambiental, barreras plásticas, filtros HEPA, presión negativa, limpieza frecuente y educación al personal involucrado.
d) La coordinación entre áreas clínicas, administrativas, técnicas y de mantenimiento para garantizar que las medidas preventivas se integren sin afectar la operación del establecimiento ni la seguridad del paciente.

Cuando estas actividades son realizadas por proveedores externos, se deben definir claramente las especificaciones de seguridad en los contratos y dar seguimiento a su cumplimiento conforme a los protocolos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para evaluar de forma proactiva los riesgos de infección asociados a actividades de construcción, remodelación o adecuación, antes de que estas se lleven a cabo. Este proceso incluye:
(1.1) Identificación del tipo, duración y ubicación de la obra.
(1.2) Evaluación de la población expuesta y las condiciones clínicas del entorno.
(1.3) Identificación de rutas críticas y medidas de contención.

(2)Se implementan medidas preventivas y de mitigación de riesgos durante las actividades de construcción, remodelación o adecuación, tales como:
(2.1) Aislamiento de áreas en obra.
(2.2) Control de partículas y polvo (barreras físicas, presión negativa, filtros, etc.).
(2.3) Limpieza y desinfección frecuente y rutas alternas.
(2.4) Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las medidas.

(3)Cuando las actividades son ejecutadas por un proveedor externo, el establecimiento establece especificaciones de seguridad que se supervisan de acuerdo con los lineamientos definidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la evaluación de riesgos en obras y remodelaciones.
- Matriz de análisis de riesgo por área o tipo de obra.
- Registros de implementación de barreras físicas, señalización y medidas de mitigación.
- Actas de supervisión o auditoría durante el periodo de intervención.
- Evidencia fotográfica de áreas intervenidas antes, durante y después de la obra.

t. Estándar 20/24. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.

1. Guía.

Los establecimientos que manejan medicamentos o vacunas deben reconocer que algunos de estos procesos pueden representar un riesgo para la transmisión de infecciones. Por ejemplo:

a) El almacenamiento en condiciones inadecuadas.
b) La preparación en espacios no higiénicos.
c) El mal uso de frascos multidosis.
d) La pérdida de la cadena de frío en biológicos y medicamentos termoestables.
e) El uso de jeringas, diluyentes o soluciones contaminadas.

El establecimiento debe definir e implementar medidas preventivas que garanticen el manejo seguro desde la perspectiva prevención y control de infecciones. Esto implica procesos que consideren:

i. Condiciones ambientales adecuadas en el almacenamiento y preparación.
ii. Buenas prácticas de higiene y asepsia.
iii. Condiciones y límites para el uso de medicamentos multidosis.
iv. Control de cadena de frío y registros de temperatura.
v. Supervisión y evaluación periódica de cumplimiento.

Estas acciones deben formar parte del sistema para la prevención y control de infecciones y estar alineadas a los principios de bioseguridad y legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento identifica los procesos de medicación que representan riesgos de infección.
(2)Se han definido medidas de prevención y control de infecciones para los procesos identificados, incluyen al menos los relacionados

SIN VALIDEZ OFICIAL

con el almacenamiento, preparación y administración de medicamentos y biológicos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la preparación y administración de medicamentos en condiciones higiénicas, que incluya evidencia del diseño del área, limpieza y verificación de insumos antes de su uso.
- Registros de temperatura de almacenamiento en refrigeradores de medicamentos y biológicos, incluyendo bitácoras y gráficas de monitoreo continuo (manual o automatizado), conforme a los lineamientos técnicos.
- Capacitación documentada al personal clínico y no clínico involucrado en los procesos sobre:
  - Uso seguro de frascos multidosis.
  - Manejo de vacunas y medicamentos refrigerados.
  - Técnicas de higiene en la preparación y administración de medicamentos.
- Formato de reporte y evaluación de condiciones del entorno de preparación de medicamentos (checklists, auditorías internas o supervisiones del área de calidad).
- Fotografías o esquemas del área física donde se preparan medicamentos que evidencien cumplimiento de condiciones higiénicas, señalización y uso de insumos seguros.

u. Estándar 21/24. Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte.

1. Guía.

El ambiente físico del establecimiento puede ser un reservorio o vía de transmisión de microorganismos patógenos si no se mantienen condiciones adecuadas de higiene y desinfección de las instalaciones. Esto incluye tanto las instalaciones tanto áreas clínicas como no clínicas, y los medios de transporte utilizados para la atención de pacientes, personal o insumos, como camillas, sillas de ruedas, entre otros.

El establecimiento debe definir e implementar procesos sistemáticos y seguros de limpieza y desinfección de todas las áreas y superficies inertes, que incluyan:

a) Zonas clínicas (salas de tratamiento, salas de espera, estaciones de enfermería, consultorios, etc.).
b) Zonas comunes y áreas de tránsito de pacientes, cuidadores primarios, visitantes y personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Superficies de contacto frecuente (mesas, barandales, escritorios, perillas, interruptores, etc.).
d) Medios de transporte (camillas, sillas de ruedas, mobiliario, entre otros).

Los procesos deben adaptarse al nivel de riesgo de cada área, frecuencia requerida, productos utilizados y técnica de limpieza, diferenciando entre limpieza rutinaria y limpieza terminal cuando se trate de áreas críticas, como quirófanos o unidades de cuidados intensivos, conforme a los protocolos establecidos en la legislación aplicable vigente. Además, deben contemplar:

i. Capacitación al personal de limpieza (propio o subrogado).
ii. Supervisión periódica de la calidad del servicio.
iii. Protocolos escritos basados en evidencia y legislación aplicable vigente.

Cuando el servicio de limpieza o desinfección es proporcionado por un servicio subrogado, el establecimiento debe definir especificaciones de calidad y supervisar su cumplimiento conforme a los lineamientos establecidos por el componente de liderazgo y gobernanza.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de limpieza y desinfección adecuados para cada área y servicio, incluyendo superficies inertes y medios de transporte, de manera que se minimicen los riesgos de infección.
(2) El establecimiento supervisa la correcta ejecución de las actividades de limpieza y desinfección conforme a los procesos establecidos.
(3) Cuando el servicio es subrogado, se han definido especificaciones de calidad y se supervisa su cumplimiento conforme a lo establecido.

(A). Referencia de apoyo

- Programa institucional de limpieza y desinfección que establezca protocolos según las instalaciones (áreas), incluyendo frecuencia, productos, técnicas y responsables.
- Formatos de supervisión y verificación de limpieza por turno y por área, firmados por personal responsable (propio o subrogado).
- Registros de limpieza y desinfección de superficies inertes (camillas, sillas de ruedas, mesas, barandales, etc.)
- Protocolos de limpieza y desinfección de medios de transporte,

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Contratos o convenios con proveedores de servicios subrogados de limpieza, que incluyan cláusulas de calidad, supervisión, indicadores y sanciones.
- Capacitación al personal de limpieza (propio o subrogado) sobre técnicas de desinfección, uso de productos, riesgos biológicos y prevención de infecciones, con lista de asistencia y constancias.
- Informe de evaluación interna del cumplimiento del programa de limpieza y desinfección, emitido por el comité o sistema para la prevención y control de infecciones.

v. Estándar 22/24. Control de la calidad del agua para terapia de hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

La seguridad microbiológica y química del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis es crítica para prevenir infecciones y complicaciones graves en los pacientes. El agua es el principal insumo en los tratamientos de hemodiálisis. Por ello, los establecimientos deben implementar medidas de control que aseguren que el agua utilizada cumpla con los parámetros físico-químicos y microbiológicos definidos por la legislación aplicable vigente, y que esta calidad se mantenga de manera continua durante toda la operación del sistema de tratamiento, distribución y uso clínico del agua.

Por ello, es indispensable establecer mecanismos de vigilancia de la calidad, prevención y respuesta ante posibles alteraciones en sus parámetros microbiológicos y físico-químicos.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso para:

a) El control periódico de la calidad microbiológica y fisicoquímica del agua utilizada en la preparación de soluciones de diálisis, concentrados y en el reprocesamiento de dializadores, mediante la toma de muestras en puntos específicos del sistema y en la entrada del equipo de reprocesamiento de dializadores, enviándolas a laboratorios autorizados para su análisis.
b) La notificación de desviaciones o hallazgos críticos al equipo clínico y directivo.
c) La implementación de acciones correctivas y preventivas cuando se identifiquen riesgos o incumplimientos.
d) La supervisión periódica del funcionamiento de los equipos de tratamiento de agua y su mantenimiento preventivo y correctivo.

La supervisión y documentación periódica de la calidad del agua debe formar parte del sistema para la prevención y control de infecciones, e

SIN VALIDEZ OFICIAL

incluir la capacitación del personal responsable en el manejo, monitoreo y acciones correctivas.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el control de la calidad del agua utilizada en hemodiálisis, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.

(2)El establecimiento cuenta con registros de monitoreo, interpretación de resultados y acciones derivadas cuando existen desviaciones.

(3)La calidad del agua es verificada de forma periódica y se definen dentro del proceso acciones inmediatas cuando se detectan resultados fuera de los rangos aceptables.

(4)El personal encargado del monitoreo del sistema de tratamiento de agua está capacitado y cuenta con evidencia documental de su formación.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros de monitoreo fisicoquímico y microbiológico del agua para hemodiálisis.
- Procesos estandarizados para el manejo del sistema de tratamiento de agua.
- Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo del sistema de agua.
- Resultados de auditorías internas o externas sobre cumplimiento de calidad del agua.
- Evidencia de capacitación al personal responsable del tratamiento y vigilancia del agua.
- Reportes de acciones correctivas ante desviaciones detectadas.

w. Estándar 23/24. Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.

1. Guía.

El establecimiento que aplica vacunas debe contar con un Programa de Vacunación Universal implementado de acuerdo con la legislación aplicable vigente, con el objetivo de reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación, contribuir a su control epidemiológico y mitigar riesgos de brotes y complicaciones.

Este programa debe integrar procesos clínicos y de apoyo que aseguren el cumplimiento del esquema nacional de vacunación para los grupos blanco definidos por la autoridad sanitaria, alineado a la misión y a la

SIN VALIDEZ OFICIAL

población que atienden. Para ello, el establecimiento debe garantizar el cumplimiento de las siguientes condiciones:

a) Procedimientos documentados para la obtención, el transporte, almacenamiento, conservación, preparación, aplicación y eliminación de vacunas e insumos.
b) Cumplimiento de prácticas de inyección segura, incluyendo el manejo de frascos abiertos.
c) Capacitación, evaluación y supervisión del personal vacunador, con conocimientos, en el uso de equipo, registros de aplicación, red de frío, y notificación de eventos atribuibles a la vacunación (ESAVIS), de acuerdo al Programa de Vacunación Universal.
d) Implementación de estrategias para favorecer la cobertura en la población blanco definida.

Uno de los componentes críticos del programa es la gestión de la red de frío, la cual debe mantenerse operativa para asegurar la potencia inmunológica de los biológicos. Esta incluye recursos materiales y humanos tales como insumos y equipos, condiciones de conservación, monitoreo y trazabilidad de la temperatura durante todo el proceso logístico.

Para garantizar su funcionamiento, el establecimiento debe contar con:

i. Acciones implementadas de monitoreo y control continuo de la temperatura, humedad, exposición a la luz y condiciones del almacenamiento.
ii. Bitácoras, registros y gráficas que permitan verificar la trazabilidad de cada lote de vacuna.
iii. Procedimientos de calibración de los instrumentos utilizados para la medición.
iv. Un Plan de Contingencia para accidentes en la red de frío, que contemple acciones preventivas y correctivas ante interrupciones del suministro eléctrico, fallas del equipo o accidentes logísticos.

Asimismo, el establecimiento debe contar con procesos para:

- Notificar los ESAVIS conforme a los tiempos y mecanismos establecidos por la normatividad.
- Conocer y utilizar los indicadores de cobertura por tipo de biológico, y diseñar acciones de mejora continua.
- Coordinarse con el Consejo Nacional de Vacunación a través de las autoridades sanitarias responsables

Este programa debe estar alineado a la legislación aplicable vigente y su implementación debe contribuir a la prevención de infecciones asociadas a la atención, el control epidemiológico y la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado el Programa de Vacunación Universal conforme a la legislación aplicable vigente, que contempla los procesos en los que participe para la obtención, el transporte, almacenamiento, conservación, preparación, aplicación y eliminación de vacunas e insumos según corresponda.

(2) El personal encargado de la vacunación ha sido capacitado, evaluado y supervisado en los temas de aplicación de biológicos, seguridad, registros de aplicación, uso de la red de frío y notificación de ESAVIS.

(3) El establecimiento cuenta con acciones de monitoreo y control continuo de la temperatura y condiciones de conservación de los biológicos.

(4) Existen bitácoras, registros o gráficas que permiten verificar la trazabilidad y condiciones de conservación de cada lote de vacuna.

(5) Los instrumentos de medición utilizados para el control de la red de frío cuentan con evidencia de calibración vigente, cuando aplique.

(6) El establecimiento dispone de un plan documentado de contingencia operativo para accidentes en la red de frío, que incluye acciones preventivas y correctivas, así como medidas inmediatas y mediatas ante situaciones de riesgo.

(7) Se realizan notificaciones de ESAVIS conforme a los tiempos y mecanismos establecidos por la autoridad sanitaria.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional del Programa de Vacunación Universal del establecimiento, que incluya población blanco, tipo de biológicos administrados, procesos de aplicación y responsables.
- Procesos documentados que aborden:
  - Obtención por donación, compra, campaña externa
  - Transporte, almacenamiento y conservación de vacunas.
  - Preparación, aplicación y eliminación de biológicos.
  - Prácticas de inyección segura y manejo de frascos abiertos.
- Lista de personal autorizado para aplicar vacunas, con evidencia de capacitación, evaluación de competencias y supervisión documentada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Bitácoras, gráficas o registros digitales de monitoreo de temperatura, en refrigeradores o termos de conservación, incluyendo firmas y frecuencias de registro.
- Certificados de calibración de termómetros y dispositivos de control de la red de frío, vigentes y emitidos por proveedores o laboratorios autorizados, cuando así aplique.
- Plan de contingencia documentado para accidentes en la red de frío, que incluya medidas inmediatas y mediatas como:
  - Sellar la puerta de la unidad refrigerante
  - Alternativas de almacenamiento.
  - Procedimientos de traslado de biológicos.
  - Tiempos máximos de respuesta y responsables.
- Registros de notificación de ESAVIS enviados a la autoridad sanitaria, o evidencia de que el personal conoce el proceso de notificación y lo aplica.
- Indicadores institucionales de cobertura de vacunación, por tipo de biológico, con análisis de brechas y evidencia de acciones de mejora.
- Evidencia de coordinación con el Programa Nacional de Vacunación, como actas de reunión, registros de entrega-recepción de biológicos o reportes mensuales.

x. Estándar 24/24. Programa de gestión segura de la sangre.

1. Guía.

El establecimiento ha definido e implementado un programa institucional de gestión segura de la sangre, cuyo objetivo es preservar, promover y restaurar la salud de la sangre de los pacientes, integrando estrategias preventivas, diagnósticas, terapéuticas y de seguimiento en distintas etapas del proceso clínico. Este programa se implementa progresivamente con base en prioridades clínicas definidas mediante un análisis estructurado de riesgos.

El proceso inicia con una evaluación institucional de riesgos clínicos, que permite identificar grupos de pacientes con mayor exposición a complicaciones relacionadas con el uso inadecuado o no optimizado de componentes sanguíneos. La evaluación considera, al menos, indicadores como:

a) Tasa de infecciones asociadas a la atención de la salud
b) Tasa de insuficiencia renal aguda
c) Tasa de infarto agudo de miocardio
d) Tasa de eventos cerebrovasculares

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Tasa de reintervención quirúrgica
f) Reacciones adversas transfusionales
g) Mortalidad hospitalaria
h) Estancia hospitalaria

Con base en este análisis, se seleccionan poblaciones prioritarias (por ejemplo: pacientes obstétricas, pediátricos, oncológicos, trauma, trasplante, cirugía compleja), en quienes se implementará el programa desde el ingreso hasta el egreso. Se conforma un grupo de trabajo clínico-operativo que lidera la implementación en estas poblaciones, con el respaldo explícito de la dirección del establecimiento.

El establecimiento define objetivos clínicos esperados vinculados a la reducción de riesgos, mejora de desenlaces y eficiencia del uso de componentes sanguíneos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa institucional de gestión segura de la sangre con enfoque basado en riesgos.
(2) Se ha realizado una evaluación institucional de riesgos que considera, al menos, los incisos a) al h) definidos en la guía.
(3) Se han identificado poblaciones prioritarias para la implementación inicial del programa, con base en evidencia clínica y análisis institucional.
(4) Se ha conformado un grupo de trabajo multidisciplinario responsable de la implementación del programa en la población seleccionada.
(5) Se han definido objetivos clínicos y operativos alineados a los beneficios esperados del programa.
(6) El grupo de trabajo cuenta con formación en los principios y prácticas de la gestión segura de la sangre.
(7) La dirección del establecimiento brinda respaldo formal a la implementación del programa a través de la asignación de recursos, seguimiento institucional y mecanismos de gobernanza.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe el diseño y estrategia de implementación del programa de gestión segura de la sangre
- Actas o reportes de evaluación institucional de riesgos clínicos
- Listado de pacientes prioritarios y criterios de priorización utilizados

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documento de designación y funciones del grupo de trabajo multidisciplinario
- Objetivos clínicos institucionales definidos para la implementación del programa
- Registros de capacitación del grupo de trabajo
- Documentos que evidencien el respaldo directivo (actas, comunicaciones, asignación de recursos)

- Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management (PBM). (2025). Estándares para la implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente.
- La necesidad urgente de poner en práctica la Gestión de la Sangre del Paciente: Documento de Información Normativa. Organización Mundial de la Salud, 19 de octubre de 2021. ISBN: 978-92-4-005310-6.
- Guidance on implementing patient blood management to improve global blood health status. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

IX. EJE ESTRUCTURAL: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

La atención clínica es el núcleo de la misión de cualquier establecimiento de salud. Este eje estructural evalúa la calidad técnica, humana y segura de los servicios prestados, con énfasis en la atención centrada en la persona, la práctica basada en evidencia, la prevención de eventos adversos y el respeto a los derechos de los pacientes. La atención debe ser efectiva, equitativa, oportuna, continua y ética.

Componente	Estándar	
A. Valoración	1	Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.
	2	Priorización clínica para pacientes en situación de urgencia.
	3	Comunicación de la información en el proceso de admisión.
	4	Reducción de barreras para el acceso a la atención.
	5	Valoración inicial del paciente.
	6	Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.
	7	Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.
	8	Valoración del dolor en pacientes.
	9	Valoración del riesgo de lesiones por presión en la piel.
	10	Valoración de los factores de riesgo social.
	11	Valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes hospitalizados.
	12	Valoración nutricional del paciente hospitalizado.
	13	Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.
	14	Valoración de factores de riesgo psicológico.
	15	Identificación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales durante la valoración inicial del paciente.
	16	Identificación de pacientes que requieren una planeación temprana del alta hospitalaria.
	17	Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.
	18	Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.
	19	Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.
	20	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.
	21	Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.
	22	Valoración previa a la administración de sedación.
	23	Valoración preanestésica y preinducción.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Diagnóstico	1	Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.
	2	Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio.
	3	Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.
	4	Manejo, preparación y entrega de resultados de biopsias transoperatorias.
	5	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.
	6	Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.
	7	Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen.
	8	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.
C. Evaluación	1	Reevaluación clínica periódica de los pacientes.
	2	Monitorización clínica de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	3	Monitorización del paciente durante la sedación y el periodo de recuperación.
	4	Monitorización continua del estado fisiológico durante la administración de anestesia.
	5	Monitorización y alta del paciente en el periodo postanestésico.
	6	Monitorización clínica continua del paciente durante la atención quirúrgica.
D. Intervención o tratamiento	1	Planeación individualizada de la atención al paciente.
	2	Participación activa del paciente en los procesos de atención.
	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.
	4	Participación de terceros en el proceso educativo.
	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.
	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.
	7	Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.
	8	Protección de la privacidad del paciente durante la atención.
	9	Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.
	10	Documentación de indicaciones clínicas.
	11	Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.
	12	Registro clínico completo para pacientes que reciben atención médica continua.
	13	Proceso para la obtención del consentimiento informado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
D. Intervención o tratamiento	14	Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.
	15	Obtención del consentimiento informado al ingreso del paciente al establecimiento.
	16	Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.
	17	Obtención del consentimiento informado para anestesia y sedación.
	18	Información y consentimiento informado para la participación en investigaciones clínicas.
	19	Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.
	20	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.
	21	Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.
	22	Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.
	23	Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.
	24	Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad.
	25	Prevención de errores en la transcripción de medicamentos.
	26	Conciliación de medicamentos.
	27	Revisión de la idoneidad de la prescripción de medicamentos.
	28	Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos.
	29	Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos.
	30	Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas.
	31	Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración.
	32	Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales.
	33	Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis.
	34	Nutrición a los pacientes acorde a su estado y necesidades clínicas.
	35	Prescripción dialítica en pacientes con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	36	Manejo seguro de accesos vasculares.
	37	Colocación segura de catéteres de acceso vascular guiada por ultrasonido.
	38	Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
D. Intervención o tratamiento	39	Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.
	40	Manejo de pacientes seropositivos para prevenir infecciones cruzadas.
	41	Reprocesamiento seguro de filtros en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.
	42	Planificación y registro de la atención anestésica en el expediente clínico.
	43	Planificación y registro de la atención quirúrgica en el expediente clínico.
	44	Registro de la nota postquirúrgica en el expediente clínico.
	45	Planificación y documentación de la atención postoperatoria individualizada.
	46	Práctica clínica segura de la acupuntura.
F. Egreso	1	Definición del proceso que guía el egreso del paciente.
	2	Documentación de la nota de egreso.
G. Continuidad de la atención	1	Identificación del médico responsable de la atención del paciente.
	2	Definición del proceso de interconsulta entre servicios del establecimiento.
	3	Comunicación estructurada durante las transiciones en la atención.
	4	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.
	5	Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.
	6	Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.
	7	Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.
	8	Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.
	9	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico por sesión y/o egreso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

A. VALORACIÓN.

a. Estándar 1/23. Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.

1. Guía.

Para brindar una atención segura, oportuna y centrada en las necesidades de los pacientes, los establecimientos deben contar con un proceso estandarizado de aceptación de pacientes. Este proceso inicia desde el primer contacto y tiene como objetivo garantizar que el establecimiento reciba a pacientes cuyas necesidades clínicas puedan ser atendidas de manera segura y oportuna dentro del alcance de servicios, recursos y misión del establecimiento.

Para ello, se requiere implementar las acciones para valoración o tamizaje inicial al momento del primer contacto con el paciente, con el fin de determinar si el establecimiento cuenta con los recursos y las capacidades técnicas, humanas, tecnológicas y operativas necesarias para otorgar la atención requerida o referir al paciente a otro establecimiento.

Este proceso debe estar documentado, estandarizado y contar con criterios previamente definidos por el establecimiento para identificar las necesidades del paciente y tomar la decisión de aceptación o su referencia a otro establecimiento. Dichos criterios deben considerar al menos:

a) La condición clínica actual del paciente y tipo de tratamiento requerido
b) La disponibilidad de infraestructura, equipo, personal y turnos para su atención.
c) El cumplimiento de requisitos normativos para la atención segura del paciente.
d) La existencia de contraindicaciones relativas o absolutas para brindar el tratamiento en ese contexto.

Este proceso debe incluir lineamientos específicos para la aceptación en situaciones programadas o no programadas. Asimismo, el establecimiento debe haber definido el área física y funcional para la recepción y valoración de pacientes, así como el proceso de toma de decisión documentada respecto a la aceptación o referencia. Cuando el establecimiento no cuente con los recursos necesarios para atender adecuadamente al paciente, debe existir un proceso de referencia oportuna y efectiva a otro establecimiento con mayor capacidad resolutiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la aceptación de pacientes que acuden a solicitar atención.

(2)El proceso incluye criterios para valorar si el paciente puede ser atendido de forma segura conforme a los recursos, capacidades y misión del establecimiento.

(3)Se realiza un tamizaje inicial al momento del primer contacto del paciente con el establecimiento con base en los criterios definidos.

(4)Se ha definido un área física y funcional donde se lleva a cabo la valoración y aceptación del paciente.

(5)El personal responsable de ejecutar el proceso está capacitado y lo implementa conforme a lo establecido.

(6)En caso de no poder ofrecer atención adecuada, se implementa un proceso de referencia a otro establecimiento.

(7)El proceso de tamizaje y la decisión de aceptación o referencia se documentan.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la aceptación y admisión de pacientes, que especifique los pasos para el tamizaje inicial, verificación de criterios de ingreso y proceso de rechazo o canalización, en caso de no contar con condiciones para la atención.
- Registro de ingreso clínico inicial que evidencie la valoración y decisión de aceptación.
- Registro de personal capacitado en el proceso de aceptación de pacientes, incluyendo responsables de realizar el tamizaje o valoración inicial.
- Formato de tamizaje inicial, con campos para diagnóstico, evaluación de compatibilidad con recursos y nota de decisión.
- Manual o lineamiento donde se definan los criterios técnicos, humanos y operativos requeridos para aceptar pacientes en el establecimiento.
- Registros de pacientes referidos a otras instituciones en caso de no cumplir con criterios de aceptación definidos.
- Informe o acta de revisión periódica del proceso de aceptación de pacientes, como parte del sistema de mejora continua.
- Lineamientos o protocolo de admisión y referencia de pacientes.
- Documentos de coordinación o convenio con otras unidades para referencia de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/23. Priorización clínica para pacientes en situación de urgencia.

1. Guía.

El establecimiento que brinda atención en situaciones de urgencia debe contar con un proceso estandarizado para identificar y priorizar, de forma inmediata, a los pacientes que presenten signos clínicos de riesgo vital o necesidades de atención urgente.

Este proceso debe permitir reconocer, de manera oportuna, a aquellos pacientes cuya condición clínica requiere intervención inmediata, con el fin de iniciar el abordaje médico sin demora, reducir riesgos, evitar complicaciones y asegurar un acceso oportuno a servicios de diagnóstico, tratamiento o referencia.

La priorización debe ser realizada por personal capacitado, con base en criterios clínicos objetivos y fisiológicos, adaptados al contexto y nivel de resolución del establecimiento. El proceso debe incluir, al menos:

a) Criterios fisiológicos para la detección temprana de signos de riesgo vital, como alteración del estado de conciencia, dificultad respiratoria, hemorragia activa, convulsiones, dolor torácico, fiebre elevada en población vulnerable, entre otros.
b) Una clasificación o categorización del nivel de urgencia, con base en el riesgo clínico identificado, que oriente la atención inmediata o el acceso prioritario a servicios.
c) Procedimientos definidos para la estabilización inicial del paciente, de acuerdo con las capacidades del establecimiento, previo a su referencia a un segundo o tercer nivel, si corresponde.
d) Capacitación documentada al personal que realiza la priorización, con énfasis en el reconocimiento de signos de alerta y en el manejo inicial de urgencias.
e) Proceso documentado que integre los pasos para la priorización, atención inmediata, estabilización, documentación clínica y, cuando aplique, traslado del paciente.

El establecimiento debe asegurar que este proceso esté implementado, supervisado periódicamente y adaptado a los recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso de priorización clínica para pacientes en situación de urgencia, alineado a su nivel de resolución y capacidad operativa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El proceso se basa en criterios clínicos y fisiológicos estandarizados, que permiten identificar pacientes con necesidades inmediatas.
(3)La priorización es realizada por personal capacitado, conforme al protocolo definido.
(4)Se implementan acciones inmediatas de estabilización y se prioriza el acceso a servicios auxiliares, de diagnóstico o referencia, cuando se identifica una urgencia médica.
(5)El proceso es supervisado de forma periódica y se generan acciones de mejora a partir de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional para la priorización y atención de pacientes urgentes o con riesgo vital.
- Capacitación documentada del personal en criterios fisiológicos, signos de alarma y estabilización inicial.
- Bitácoras de priorización o registros clínicos donde se documente la atención inmediata o derivación.
- Reportes de supervisión del cumplimiento del proceso.
- Formatos utilizados para el registro de clasificación de riesgo o signos de alarma.
- Procedimientos de estabilización y referencia conforme al perfil del establecimiento.

c. Estándar 3/23. Comunicación de la información en el proceso de admisión.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que, durante el proceso de admisión, se proporcione al paciente y/o a su cuidador primario información clara, suficiente, oportuna y adaptado al nivel sociocultural sobre la atención que recibirá en el establecimiento, de modo que pueda tomar decisiones informadas respecto a su atención y tratamiento.

Esta información debe incluir, al menos:

a) El tipo de atención y tratamiento propuesto y su justificación clínica.
b) Los resultados esperados del tratamiento o sus limitaciones.
c) La frecuencia, duración y condiciones generales del tratamiento.
d) Las responsabilidades administrativas del paciente y su cuidador primario, incluyendo horarios, requerimientos previos y reglamento interno.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Los costos asociados cuando estos no son cubiertos por una institución pública o privada, así como, las alternativas de apoyo existentes (referencias institucionales, apoyos sociales, convenios, entre otros), si aplica, cuando existan barreras económicas.

El proceso de comunicación puede realizarse de forma verbal o escrita, registrando esta actividad el expediente clínico del paciente, e incluir el nombre del profesional que proporcionó la información, así como la fecha en que se otorgó.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para proporcionar información al paciente y/o cuidador primario al momento de la admisión.

(2) Se proporciona información conforme lo definido en el inciso a) a la e) de la guía.

(3) Se documenta en el expediente clínico que la información fue proporcionada de forma suficiente para que el paciente y/o cuidador primario puedan tomar decisiones informadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o checklist de información proporcionada al paciente/cuidador primario al ingreso, firmado por ambas partes.
- Evidencia documental que acredite que se otorgó la información sobre el tratamiento, resultados esperados y costos.
- Materiales educativos o informativos utilizados durante el proceso de admisión (folletos, hojas informativas, carteles).
- Registro de capacitación del personal encargado del proceso de admisión.
- Convenios o formatos de consentimiento informado que incluyan referencias a la información entregada durante el proceso de admisión.
- Registros de orientación brindada sobre alternativas para el acceso económico o programas de apoyo, cuando el tratamiento no esté cubierto por instituciones públicas o privadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/23. Reducción de barreras para el acceso a la atención. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe identificar e implementar acciones para reducir el impacto de las barreras que dificultan el acceso y la prestación efectiva de servicios a su población usuaria.

Estas barreras pueden incluir diferencias culturales, lingüísticas, sociales, económicas, de movilidad, sensoriales, cognitivas, de género o relacionadas con la edad, entre otras. Las condiciones estructurales, tecnológicas y organizativas también pueden representar un obstáculo para ciertos grupos de pacientes o cuidadores primarios.

El establecimiento debe realizar un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, que considere la diversidad de su población para identificar las barreras más comunes. Con base en este análisis, se deben diseñar e implementar procesos para reducir su impacto durante el acceso a la atención (proceso de admisión), así como, durante la prestación de servicios.

Las medidas adoptadas deben ser proporcionales al contexto del establecimiento e incluir opciones que promuevan la equidad, la comunicación efectiva, la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha realizado un análisis multidisciplinario para identificar las barreras más comunes en su población usuaria para acceder y recibir atención médica.

(2) Se han implementado acciones o procesos específicos para reducir el impacto de estas barreras durante la admisión y la prestación de servicios.

(3) El personal conoce las medidas implementadas y actúa conforme a lo establecido.

(4) Se evalúa periódicamente la efectividad de las medidas adoptadas y se actualizan según las necesidades detectadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Análisis multidisciplinario con enfoque de sistema sobre las barreras identificadas para el acceso y la atención. Puede contener hallazgos obtenidos de fuentes como encuestas de satisfacción, retroalimentación de pacientes, reuniones con personal, o diagnósticos comunitarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Política o lineamiento para la reducción de barreras en el acceso, que define las acciones a realizar ante barreras específicas.
- Evidencia de implementación de medidas: Señalización adaptada, formatos impresos en letra grande o pictogramas, folletos en más de un idioma, rampas, intérprete o personal capacitado para comunicar con pacientes con limitaciones.
- Capacitación al personal sobre equidad en el acceso y trato respetuoso a la diversidad de pacientes.
- Evaluación de efectividad de las acciones implementadas: Encuestas de satisfacción del paciente, entrevistas, auditorías internas, o revisión periódica de indicadores vinculados en el acceso.

e. Estándar 5/23. Valoración inicial del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración inicial de cada paciente, con el fin de identificar sus necesidades clínicas, condiciones específicas, factores de riesgo y aspectos relevantes para su atención en el establecimiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

Este proceso proporciona información para entender la atención que el paciente necesita, seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente, orientar a formular un diagnóstico inicial y las necesidades de atención inmediata y comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

La valoración inicial debe realizarse al ingreso del paciente al establecimiento y actualizarse periódicamente o ante cambios clínicos relevantes, conforme lo defina el establecimiento.

Este proceso debe iniciar desde el ingreso del paciente y actualizarse periódicamente o ante cambios clínicos relevantes, conforme a lo que defina el establecimiento. La valoración proporciona información clave para comprender el tipo de atención requerida, orientar el diagnóstico inicial, identificar riesgos, definir prioridades terapéuticas y seleccionar el entorno adecuado para su atención.

La valoración inicial debe adaptarse al contexto hospitalario, e incluir al menos los siguientes elementos:

a) Historia clínica integral, que considere: datos de identificación, antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patológicos, padecimiento actual, interrogatorio por aparatos y

SIN VALIDEZ OFICIAL

sistemas, exploración física, estudios previos y actuales, terapéutica empleada y resultados obtenidos, diagnóstico y problemas clínicos.

b) Valoración de enfermería, incluyendo acceso vascular, estado nutricional y condiciones generales.
c) Valoración del dolor, utilizando herramientas adaptadas al grupo poblacional atendido.
d) Valoración del riesgo de caídas, especialmente en pacientes con movilidad reducida, debilidad, alteraciones neurológicas u ortopédicas.
e) Valoración del riesgo de lesiones en la piel por presión.
f) Valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa (en adultos).
g) Factores de riesgo social.
h) Valores, creencias y costumbres del paciente.
i) Factores de riesgo psicológicos (incluyendo riesgo de suicidio o autolesión).
j) Evaluación nutricional.
k) Identificación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.
l) Identificación de pacientes que requieren una planeación temprana del alta (desde las primeras 24 horas).
m) Barreras para el aprendizaje.
n) Necesidades específicas de educación.
o) Valoración del contexto social y de apoyo, puede incluir aspectos como el apoyo del cuidador primario, entorno domiciliario, adherencia al tratamiento, autocuidado, entre otros.
p) Otros elementos específicos definidos por el establecimiento conforme a su contexto o perfil epidemiológico.

En el caso de pacientes que ingresan a servicios ambulatorios hospitalarios (ej. cirugía ambulatoria, endoscopía, hemodiálisis, rehabilitación, urgencias, entre otros), la valoración incluirá al menos los siguientes elementos, cuando corresponda:

- Historia clínica
- Valoración de enfermería
- Valoración del dolor
- Valoración del riesgo de caídas

El establecimiento debe definir:

i) Los criterios clínicos por evaluar acorde al tipo de población y características de pacientes que atiende. Personalizar las evaluaciones permite tener resultados más objetivos y poder hacer intervenciones oportunas para la atención del paciente, por ejemplo:

SIN VALIDEZ OFICIAL

Una escala de dolor se puede personalizar para pacientes adultos, pacientes sedados, neonatos, pediátricos, dolor obstétrico, etc.

ii) El momento en que se realiza la valoración (al ingreso al establecimiento y la periodicidad de las reevaluaciones).

iii) El personal responsable por cada elemento de la valoración, y las competencias específicas requeridas. Por ejemplo: personal médico, de enfermería, clínico en formación, de psicología, de nutrición, etc.

iv) El mecanismo para documentar, la ubicación y disponibilidad de la información dentro del expediente clínico, que permita dar seguimiento a los resultados y sea utilizada por todo el personal involucrado. Cada valoración debe documentarse, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una.

Este proceso debe servir como base para el plan de tratamiento individual, la coordinación del cuidado y la toma de decisiones compartidas a partir de la integración de la información. Por ello es importante que las evaluaciones se hayan realizado de manera completa, correcta, oportuna y estén disponibles para quienes atienden al paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para realizar la valoración inicial, que describe al menos, lo definido en los incisos i) a la iv) de la guía.

(2) La valoración inicial incluye, al menos, lo definido de la a) a la p) en la guía.

(3) El establecimiento define los criterios clínicos por evaluar acorde al tipo de población y características de pacientes que atiende.

(4) La valoración se realiza al ingreso del paciente al establecimiento y se actualiza de forma periódica o ante cambios clínicos relevantes.

(5) La valoración es realizada por personal clínico con competencias específicas definidas por el establecimiento para cada tipo de valoración.

(6) La información obtenida se documenta en el expediente clínico y está disponible para los integrantes del equipo de salud.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la valoración inicial de pacientes hospitalizados y ambulatorios.
- Formatos integrados o secciones del expediente clínico que contengan los elementos de valoración definidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listado institucional de criterios clínicos definidos por tipo de población atendida.
- Expedientes clínicos con evidencias de valoración inicial, reevaluaciones y documentación oportuna.
- Registro de personal clínico autorizado y competencias específicas para cada tipo de valoración.
- Manuales operativos o protocolos que definen el alcance, responsabilidad y periodicidad de las valoraciones.
- Evidencia de capacitaciones realizadas al personal sobre el proceso de valoración inicial.
- Registro de personal con formación en valoraciones personalizadas (p. ej. escalas de dolor para distintas poblaciones).

f. Estándar 6/23. Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

La historia clínica es un componente esencial del proceso de valoración inicial en los establecimientos de atención médica. Constituye la base para comprender las necesidades clínicas del paciente, identificar riesgos, planificar la atención, evaluar pronóstico y coordinar el tratamiento. Es una herramienta crítica para la toma de decisiones clínicas seguras y personalizadas, así como para la comunicación entre profesionales del equipo de salud.

El establecimiento debe definir un proceso estandarizado para la elaboración de la historia clínica, asegurando su integración en el expediente clínico dentro del marco de tiempo definido institucionalmente, el cual podrá variar según el ámbito (hospitalización, ambulatorio, urgencias, etc.), el estado clínico del paciente o la urgencia de la atención.

La historia clínica se completa en las primeras 24 horas de internamiento en pacientes hospitalizados, cuando el estado del paciente así lo requiera, esta evaluación se llevará a cabo y estará disponible lo antes posible.

La organización define para cada ámbito de atención ambulatoria hospitalaria la aplicabilidad, el alcance, la periodicidad y el contenido de la historia clínica, cuando corresponde tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.

La historia clínica debe ser elaborada por un médico competente o, en caso de médicos en formación, bajo la supervisión y validación de un médico responsable. Además, puede ser adaptada a poblaciones o

SIN VALIDEZ OFICIAL

contextos específicos (obstétrico, pediátrico, psiquiátrico, odontológico, etc.), conforme al criterio clínico y operativo del establecimiento.

La historia clínica debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Interrogatorio.
c) Exploración física.
d) Factores de riesgo social.
e) Valores, creencias y costumbres del paciente.
f) Factores de riesgo psicológico identificados.
g) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
h) Diagnósticos o problemas clínicos.
i) Pronóstico.
j) Indicación terapéutica inicial.
k) Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

En servicios especializados, como las unidades de hemodiálisis hospitalarias, deberán integrarse estudios complementarios relevantes, según se determine en función del tipo de atención, el riesgo clínico y la disponibilidad diagnóstica. La historia clínica debe complementarse con los siguientes estudios:

l) Serología viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).
m) Biometría hemática completa.
n) Electrolitos séricos: sodio (Na), potasio (K), cloro (Cl).
o) Química sanguínea de tres elementos: glucosa, urea, creatinina.
p) Depuración de creatinina (si el paciente ya ha recibido tratamiento previo al ingreso al programa del establecimiento o conforme a criterios clínicos del establecimiento).
q) Radiografía de tórax.
r) Electrocardiograma.

El establecimiento definirá los plazos máximos para contar con los estudios definidos los incisos q) y r) considerando criterios de urgencia y el análisis riesgo-beneficio en caso de no contar con ellos al momento de la primera sesión. Toda la información generada en esta valoración inicial debe registrarse en el expediente clínico y estar disponible para el equipo de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la elaboración de la historia clínica al ingreso del paciente.

(2)A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de valoración inicial, independientemente del ámbito de atención.

(3)La historia clínica es completada en el marco de tiempo definido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente (dentro de las primeras 24 horas en hospitalización, o al momento de la atención en servicios ambulatorios).

(4)La historia clínica incluye al menos los elementos listados del inciso a) al k), y los estudios complementarios (si aplica) descritos del inciso l) al r), conforme a la guía.

(5)La historia clínica es elaborada por personal médico competente o por médicos en formación, siempre bajo supervisión y validación del médico responsable.

(6)La historia clínica está integrada al expediente clínico del paciente, y se encuentra disponible dentro del plazo establecido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la elaboración de la historia clínica al ingreso de pacientes.
- Formato institucional de historia clínica, con campos alineados a los elementos obligatorios establecidos en la guía.
- Expedientes clínicos con historia clínica completa, fechada y firmada.
- Listado institucional de estudios complementarios requeridos al ingreso, con tiempos máximos definidos para su integración, según criterio clínico.
- Registro de personal médico autorizado para la elaboración y validación de historias clínicas, incluyendo médicos en formación.
- Registro de capacitación del personal médico y en formación, respecto al proceso de historia clínica y valoración inicial del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/23. Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

En los establecimientos, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la valoración inicial del paciente, dado su conocimiento sobre el estado clínico general, accesos vasculares y las condiciones que pueden influir en la seguridad y continuidad de la atención.

El establecimiento debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración de enfermería a cada paciente al momento de su ingreso al establecimiento. Esta valoración debe completarse dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento, y debe integrarse al expediente clínico.

La valoración es realizada por personal de enfermería competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano. Cada establecimiento debe definir los elementos que conforman esta valoración conforme a su contexto.

Esta información debe utilizarse para comprender las necesidades del paciente y servir para la planeación del tratamiento individualizado por parte del equipo multidisciplinario. Toda valoración debe quedar registrada de forma clara, oportuna y accesible en el expediente clínico del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración de enfermería como parte del proceso de valoración inicial.

(2) La valoración de enfermería se realiza a cada paciente al ingreso y se documenta dentro del plazo definido por el establecimiento.

(3) La valoración es realizada por personal de enfermería competente, conforme a las funciones establecidas.

(4) La información obtenida se documenta en el expediente clínico y está disponible para el equipo de salud.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la valoración de enfermería
- Formato institucional de valoración de enfermería, que cuente con campos estandarizados a los criterios definidos.
- Expedientes clínicos que documenten valoraciones de enfermería completas, firmadas y dentro del plazo definido.
- Listado vigente de personal de enfermería autorizado y capacitado para realizar la valoración clínica de ingreso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de capacitación del personal de enfermería en temas relacionados con la valoración clínica integral, detección de riesgos (como caídas, infecciones o eventos adversos), uso de escalas de valoración, etc.

h. Estándar 8/23. Valoración del dolor en pacientes.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que a cada paciente se le realice una valoración clínica del dolor, como parte del proceso de valoración inicial y durante la atención continua.

El dolor afecta directamente el bienestar del paciente, puede alterar la respuesta al tratamiento y, si no se identifica ni gestiona adecuadamente, compromete la calidad y la seguridad de la atención.

El establecimiento debe asegurar que se realice una evaluación clínica del dolor a cada paciente desde el primer contacto clínico, ya sea en un entorno hospitalario o ambulatorio. Esta evaluación puede integrarse en la historia clínica o como parte de la valoración inicial, y debe quedar documentada en el expediente clínico de forma que permita el seguimiento, comparación y análisis por el equipo de salud.

El proceso institucional debe contemplar los siguientes elementos:

a) La evaluación se realiza mediante herramientas estandarizadas, validadas y adaptadas a las características clínicas y comunicativas de la población atendida.
b) La valoración del dolor se realiza desde el primer contacto clínico del paciente con el establecimiento.
c) En pacientes hospitalizados, se incluye la valoración del dolor como parte de la evaluación inicial y se repite, al menos, una vez por turno o conforme a los criterios definidos por el establecimiento.
d) En pacientes ambulatorios, se realiza la valoración cuando corresponde según el tipo de atención o condición clínica.
e) En caso de que el paciente presente dolor, se lleva a cabo una valoración más específica que considere al menos: intensidad, frecuencia, localización y duración del dolor.
f) La información obtenida se registra de forma que facilite la reevaluación y el seguimiento periódico.

La valoración es realizada por personal de clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación del dolor.

(2)El proceso incluye lo mencionado en el inciso a) a la f) de la guía.

(3)Cuando se identifica dolor, se realiza una evaluación específica que considera la intensidad y características del dolor, conforme a lo definido en la guía.

(4)La información obtenida de la evaluación y reevaluación del dolor se documenta en el expediente clínico de manera que facilite el seguimiento por parte del equipo de salud.

(5)La valoración del dolor es realizada por personal clínico con funciones y competencias definidas por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la evaluación y reevaluación del dolor.
- Escalas validadas y autorizadas por el establecimiento para evaluar el dolor.
- Registro de capacitación del personal clínico sobre el uso de herramientas de evaluación del dolor.
- Expedientes clínicos con evidencia de valoración del dolor al ingreso y durante el tratamiento, incluyendo revaloraciones.
- Registros o protocolos sobre la reevaluación del dolor ante persistencia, cambios clínicos o solicitud del paciente.
- Sistema de gestión del talento humano con asignación de funciones y competencias relacionadas con la valoración del dolor.

i. Estándar 9/23. Valoración del riesgo de lesiones por presión en la piel.

1. Guía.

Las lesiones en la piel por presión representan uno de los principales retos en la atención hospitalaria, debido a su impacto negativo en la evolución clínica del paciente, su calidad de vida y el uso intensivo de recursos humanos y materiales. Estas lesiones tienen una causa multifactorial, pero su aparición está estrechamente relacionada con la presión sostenida entre una superficie de apoyo y zonas de prominencia ósea, así como con otros factores asociados al cuidado clínico.

La prevención de las lesiones en la piel por presión debe centrarse en tres pilares fundamentales:

a) La valoración del riesgo de desarrollarlas,

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) La implementación de cuidados asistenciales específicos, y
c) El manejo activo de la presión sobre la piel.

Por esta razón, el establecimiento debe implementar un proceso estandarizado que incluya la evaluación inicial del riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión para todos los pacientes hospitalizados, así como reevaluaciones periódicas, al menos cada 24 horas o cuando el estado fisiológico del paciente cambie.

El proceso debe basarse en el uso de herramientas validadas y adaptadas a la población atendida (ej. escala de Braden u otra equivalente), y ser aplicado por personal clínico con funciones y competencias claramente definidas. Además, como parte integral de la estrategia preventiva, debe involucrarse activamente al paciente y a su familia, brindándoles educación sobre las medidas de prevención que deben seguirse según el riesgo identificado.

Toda la información generada a partir de la evaluación y la reevaluación debe documentarse de manera oportuna en el expediente clínico y estar disponible para los integrantes del equipo de salud.

La valoración es realizada por personal de clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación y reevaluación del riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión en pacientes hospitalizados.
(2) El establecimiento ha definido una o varias herramientas estandarizadas para la evaluación del riesgo, seleccionadas conforme a la población y características clínicas del paciente.
(3) La valoración es realizada por personal clínico con funciones y competencias definidas.
(4) Se realiza una reevaluación del riesgo al menos cada turno o cuando exista un cambio en el estado fisiológico del paciente.
(5) Se implementan medidas de prevención acordes al nivel de riesgo identificado en cada evaluación.
(6) Se proporciona educación al paciente y su familia, y se les involucra activamente en las acciones preventivas.
(7) El resultado de cada evaluación y reevaluación del riesgo de lesiones en la piel por presión se documenta en el expediente clínico del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la evaluación y reevaluación del riesgo de lesiones por presión.
- Herramientas de valoración estandarizadas utilizadas en el establecimiento.
- Manuales o protocolos institucionales que definen responsabilidades del personal para la aplicación de estas evaluaciones.
- Expedientes clínicos con registros de evaluación y reevaluación documentados, con fecha, hora y firma del responsable.
- Evidencia de implementación de medidas preventivas en pacientes con riesgo identificado.
- Materiales educativos entregados al paciente y familia, y registros de educación brindada.
- Capacitación al personal clínico sobre prevención de lesiones en la piel por presión.

j. Estándar 10/23. Valoración de los factores de riesgo social.

1. Guía.

El establecimiento debe integrar dentro del proceso de valoración inicial del paciente una evaluación estructurada de factores de riesgo social, con el propósito de identificar condiciones del entorno social, familiar, económico o de acceso a servicios que puedan afectar la continuidad de la atención, adherencia o efectividad del tratamiento.

Esta información no debe usarse con fines de clasificación, sino tiene el propósito de identificar los factores de riesgo a considerar para diseñar planes de atención individualizados, priorizar intervenciones, orientar apoyos complementarios y facilitar la toma de decisiones compartida.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso para esta valoración, considerando los elementos o criterios pertinentes al contexto y tipo de población atendida. Entre los factores a evaluar se pueden incluir (de forma enunciativa, no limitativa):

a) Nivel educativo del paciente o cuidador primario.
b) Condiciones de vivienda y entorno domiciliario.
c) Acceso a servicios públicos (agua, luz, transporte, entre otros).
d) Disponibilidad de red de apoyo familiar o comunitaria.
e) Accesibilidad a servicios de salud ante datos de alarma clínica
f) Acceso a servicios de salud del sistema público o privado.
g) Situación socioeconómica

SIN VALIDEZ OFICIAL

h) Otros elementos específicos definidos por el establecimiento conforme a su contexto o a su población de pacientes.

La valoración debe personalizarse en casos específicos definidos por el establecimiento (por ejemplo: pacientes con discapacidad, sin cuidador primario, o en situación de vulnerabilidad social grave).

Los hallazgos deben registrarse como parte de la historia clínica del paciente, dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento, y servir como base para la planificación clínica, seguimiento social o referencia a otros servicios cuando sea necesario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para evaluar factores de riesgo social como parte de la historia clínica.

(2) La valoración incluye criterios sociales relevantes al contexto de la población atendida, toma en cuenta los definidos del inciso a) a la h) de la guía.

(3) La valoración de factores de riesgo social se realiza a todos los pacientes durante el ingreso al tratamiento, y queda registrada en el expediente clínico.

(4) Se toman en cuenta los resultados de la valoración para planificar la atención individualizada y asegurar la continuidad del tratamiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la evaluación de factores de riesgo social en pacientes.
- Formato institucional con campos para registrar condiciones sociales relevantes.
- Expedientes clínicos con evidencia de la evaluación realizada y utilizada para la planeación clínica.
- Registro de capacitación del personal sobre cómo aplicar y documentar esta evaluación.
- Ejemplos de intervenciones ajustadas o referencias realizadas con base en factores de riesgo identificados.

k. Estándar 11/23. Valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes hospitalizados.

1. Guía.

La enfermedad tromboembólica venosa es una complicación clínica de alta prevalencia en pacientes hospitalizados adultos, y representa una

SIN VALIDEZ OFICIAL

de las principales causas de muertes prevenibles en hospitales. Su aparición está estrechamente relacionada con condiciones clínicas específicas, inmovilidad prolongada, procedimientos quirúrgicos y otros factores de riesgo.

Con el objetivo de reducir su incidencia y prevenir sus consecuencias, el establecimiento debe implementar un proceso estandarizado para evaluar el riesgo en todos los pacientes adultos que ingresen a hospitalización, como parte del proceso de evaluación inicial, dentro de las primeras 24 horas.

Este proceso debe contemplar los siguientes elementos:

a) La evaluación del riesgo se realiza mediante una o varias herramientas validadas, específicas para la población adulta hospitalizada y acordes a las características clínicas del paciente.
b) La evaluación se completa dentro de las primeras 24 horas de hospitalización, como parte de la valoración inicial.
c) El resultado de la evaluación se registra en el expediente clínico de manera que facilite su seguimiento, la toma de decisiones clínicas y, cuando corresponda, la implementación de medidas preventivas.

La evaluación es realizada por personal clínico competente, de acuerdo con las funciones específicas asignadas conforme al sistema de gestión del talento humano.

este proceso permite tomar decisiones oportunas respecto al uso de medidas profilácticas farmacológicas o mecánicas, cuando estén indicadas, contribuyendo así a mejorar la seguridad del paciente durante su estancia hospitalaria.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación del riesgo de desarrollar enfermedad tromboembólica venosa, incluyendo las herramientas o criterios a utilizar.

(2) El proceso contempla lo mencionado en el inciso a) a la c) de la guía.

(3) La evaluación es realizada por personal clínico con funciones y competencias definidas por el establecimiento conforme al sistema de gestión del talento humano.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la evaluación del riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Herramientas validadas autorizadas por el establecimiento para evaluar el riesgo (ej. escala de Caprini, Padua u otra equivalente).
- Registro de capacitación del personal clínico sobre el uso de herramientas de evaluación del riesgo tromboembólico.
- Expedientes clínicos con evidencia de evaluación del riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa en las primeras 24 horas.
- Protocolos institucionales que indiquen las medidas preventivas a implementar según el nivel de riesgo.
- Sistema de Gestión del Talento Humano con asignación de funciones y competencias relacionadas con la valoración de Enfermedad Tromboembólica Venosa.

I. Estándar 12/23. Valoración nutricional del paciente hospitalizado.

1. Guía.

La evaluación nutricional es una herramienta fundamental para identificar factores de riesgo que puedan interferir con el proceso de atención clínica y recuperación del paciente. Un estado nutricional comprometido puede afectar negativamente los resultados terapéuticos, incrementar el riesgo de complicaciones y prolongar la estancia hospitalaria.

El establecimiento debe implementar un proceso estandarizado para evaluar el estado nutricional de todos los pacientes como parte de la evaluación inicial, dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. Esta evaluación inicial debe permitir identificar a aquellos pacientes con riesgo nutricional mediante criterios clínicos definidos por el propio establecimiento, considerando las características de su población atendida.

Cuando se identifica riesgo nutricional, se debe realizar una evaluación nutricional exhaustiva, considerando factores que van más allá del índice de masa corporal o la desnutrición evidente. Entre los factores que pueden considerarse se incluyen, sin limitarse a:

a) Presencia de patologías con alto gasto metabólico,
b) Hospitalización prolongada,
c) Trastornos en la deglución,
d) Condiciones oncológicas,
e) Restricciones dietéticas por comorbilidades,
f) Otras condiciones definidas por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe también definir las poblaciones de pacientes o situaciones especiales en las que se personaliza la evaluación nutricional, así como los criterios para realizar dicha personalización.
La evaluación de los criterios de riesgo nutricional puede ser realizada por personal clínico competente, conforme a las funciones específicas definidas en el sistema de gestión del talento humano. Por tanto, no se limita exclusivamente al personal de nutrición o endocrinología.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado los criterios para identificar el riesgo nutricional en pacientes hospitalizados.
(2) El establecimiento ha definido los grupos poblacionales o situaciones clínicas especiales en las que se personalizan los criterios de evaluación nutricional, cuando corresponde.
(3) A cada paciente hospitalizado se le realiza una evaluación nutricional como parte del proceso de evaluación inicial, y esta se completa dentro de las primeras 24 horas de hospitalización.
(4) Cuando se identifica riesgo nutricional conforme a los criterios institucionales, se realiza una evaluación nutricional exhaustiva.
(5) Las evaluaciones nutricionales, tanto iniciales como exhaustivas, se documentan en el expediente clínico del paciente.
(6) La evaluación nutricional es realizada por personal clínico conforme a las funciones específicas que le han sido asignadas por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional con los criterios definidos para riesgo nutricional.
- Protocolo institucional de evaluación nutricional, incluyendo tiempos, responsables y mecanismos de personalización.
- Registro de capacitación del personal clínico que realiza la evaluación nutricional.
- Expedientes clínicos con evidencia de evaluación nutricional inicial y exhaustiva cuando corresponde.
- Listado de grupos poblacionales especiales definidos por el establecimiento para personalizar la evaluación.
- Sistema de Gestión del Talento Humano con asignación de funciones relacionadas con la evaluación nutricional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

m. Estándar 13/23. Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe realizar una valoración individual de los valores, costumbres y creencias del paciente como parte de la valoración inicial, asegurando que esta se realice al ingreso del paciente al programa y quede documentada en el expediente clínico dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento.

Esta información permite adaptar el plan de atención al marco cultural del paciente, lo cual favorece la adherencia al tratamiento, la toma de decisiones compartida y la confianza con el equipo de salud.

El establecimiento define los elementos o criterios que conforman esta valoración, a fin de identificar los factores culturales que puedan influir en el proceso de atención, incluyendo:

a) Valores personales: autonomía, dignidad, decisiones familiares, respeto por la vida, actitudes hacia el dolor, la enfermedad o el final de la vida.
b) Costumbres: prácticas cotidianas significativas, rituales, alimentación, horarios, participación familiar durante la atención, uso de medicina tradicional.
c) Creencias: espirituales, religiosas o filosóficas que pudieran condicionar decisiones clínicas como el uso de transfusiones, ciertos medicamentos, ayuno u otros procedimientos.

La valoración debe ser realizada por personal clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades establecidas en el sistema de gestión del talento humano. La información debe quedar registrada en la historia clínica del expediente clínico en un lugar accesible para el equipo de salud.

Cuando existan cambios relevantes en el estado clínico o en las preferencias del paciente, la valoración debe ser actualizada, con base en lo definido por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido los elementos o criterios que deben ser valorados respecto a los valores, costumbres y creencias del paciente.
(2) La valoración se realiza al momento de ingreso del paciente al tratamiento y se actualiza cuando hay cambios relevantes.
(3) La información se documenta en el expediente clínico en un lugar accesible para el equipo de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Los resultados de la valoración se consideran en la planificación clínica individual del paciente, cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional o sección del expediente clínico para registrar valores, costumbres y creencias.
- Proceso documentado para la valoración del marco cultural individual del paciente.
- Expedientes clínicos con registros completos y actualizados de esta valoración.
- Registros de capacitación del personal sobre atención centrada en la persona y diversidad cultural.
- Evidencia de adecuaciones realizadas al plan de atención considerando esta información (cuando aplique).

n. Estándar 14/23. Valoración de factores de riesgo psicológico.

1. Guía.

El establecimiento debe realizar una valoración de factores de riesgo psicológico como parte del proceso de valoración inicial, y actualizarla cuando existan cambios clínicos relevantes o situaciones que así lo ameriten.

El objetivo de esta valoración es identificar oportunamente estados emocionales o conductas que pudieran afectar la salud del paciente o el desarrollo del tratamiento, como depresión, ansiedad, miedo extremo, hostilidad, ideación suicida, o riesgo de autolesión o daño a terceros.

La valoración debe realizarse con enfoque de derechos humanos, respeto a la autonomía del paciente y sin prácticas coercitivas, garantizando su participación informada en las decisiones sobre su atención, dando cumplimiento a la legislación normativa vigente.

El establecimiento debe definir los elementos o criterios clínicos para la valoración, considerando:

a) Estado de ánimo y emociones prevalentes (por ejemplo, depresión, ansiedad, miedo, entre otros).

b) Capacidad de adaptación al tratamiento crónico (por ejemplo, grado de aceptación del diagnóstico, frustración, dependencia, aislamiento u otros factores que afecten la adaptación psicosocial al tratamiento).

c) Riesgo de abandono del tratamiento por motivos psicológicos (por ejemplo, depresión, negación, burnout, conflictos familiares, entre otros).

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Presencia de pensamientos o conductas que representen un riesgo para el paciente o para otros (por ejemplo, ideación suicida, autolesiones o comportamientos agresivos, especialmente en pacientes con enfermedad terminal o crónica avanzada).

La valoración debe aplicarse mediante herramientas de tamizaje validadas y adaptadas al contexto, y realizada por personal clínico competente conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano. Esta información debe documentarse en el expediente clínico, estar disponible para el equipo de salud y utilizarse como base para planificar la atención o canalizar al paciente, si corresponde.

Cuando se detecte un riesgo psicológico significativo, el establecimiento debe brindar atención inicial ante urgencias psicológicas, garantizando una respuesta clínica oportuna, segura y profesional. Esto incluye personal capacitado para estabilizar al paciente dentro del establecimiento, criterios clínicos para identificar urgencias, y un protocolo para su canalización hacia servicios especializados internos o externos, o manejo ambulatorio posterior, si corresponde.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración de factores de riesgo psicológico como parte de la valoración inicial de todos los pacientes.

(2) El proceso incluye criterios clínicos claramente establecidos que contemplan, al menos, lo definido del inciso a) al d) en la guía.

(3) La valoración se realiza en el primer contacto clínico del paciente con el establecimiento y se actualiza cuando existen cambios clínicos relevantes o situaciones que lo ameriten.

(4) La valoración se realiza mediante herramientas validadas y adaptadas al contexto de atención, y es aplicada por personal clínico competente conforme al sistema de gestión del talento humano.

(5) La información se documenta en el expediente clínico de forma clara y está disponible para el equipo de salud, se utiliza como base para la planificación del tratamiento y con evidencia de seguimiento cuando se detecta algún riesgo.

(6) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención inmediata de urgencias psicológicas, el cual incluye:

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6.1) Personal clínico capacitado para brindar atención inicial ante urgencias en salud mental, conducta suicida o consumo de sustancias psicoactivas.
(6.2) Criterios clínicos y operativos para identificar este tipo de urgencias.
(6.3) Medidas para la estabilización del paciente dentro del establecimiento.
(6.4) Protocolo de canalización (servicios especializados internos o externos) o manejo ambulatorio posterior, si corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la valoración de factores de riesgo psicológico.
- Herramientas o formatos estandarizados de tamizaje emocional.
- Registros de capacitación al personal sobre identificación y manejo de riesgos psicológicos.
- Expedientes clínicos con evidencia documentada de valoración psicológica.
- Protocolos de atención de la urgencia y referencia o seguimiento para pacientes con hallazgos relevantes.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

o. Estándar 15/23. Identificación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales durante la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

Durante el proceso de evaluación inicial y las valoraciones clínicas posteriores, pueden identificarse hallazgos que no están directamente relacionados con el motivo de ingreso, pero que requieren atención especializada para prevenir complicaciones, complementar el diagnóstico o ajustar el plan terapéutico.
La identificación oportuna de estas necesidades constituye una buena práctica clínica que contribuye a una atención integral y segura. Por ello, el establecimiento debe definir un proceso para identificar, documentar y actuar ante la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales durante la hospitalización del paciente.
Este proceso debe contemplar los siguientes elementos:
a) El establecimiento define claramente cómo se identificará la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Se especifican los momentos o procesos dentro de la evaluación inicial en los que se puede detectar esta necesidad, tales como: historia clínica, valoración de enfermería, exploración física, entre otros.
c) Cuando se identifica dicha necesidad, se deben activar las acciones correspondientes, que pueden incluir la solicitud de interconsultas, derivaciones internas, referencias ambulatorias o informativas al paciente o su familia, conforme a la estructura operativa del establecimiento.

La respuesta institucional debe estar claramente establecida y garantizar que el paciente reciba la atención especializada requerida durante su estancia hospitalaria o, en su defecto, mediante mecanismos formales de continuidad de la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, incluyendo los momentos y componentes de la evaluación inicial donde pueden ser detectadas.
(2) Se identifica a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales como resultado de los procesos de la evaluación inicial.
(3) En los casos en que se ha identificado la necesidad, se ejecutan las acciones definidas por el establecimiento, tales como solicitud de interconsultas, referencia ambulatoria o información al paciente o cuidador primario.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de identificación de evaluaciones especializadas adicionales.
- Protocolo de actuación ante hallazgos clínicos relevantes en la evaluación inicial.
- Registros de interconsultas o derivaciones documentadas en expedientes clínicos.
- Evidencia de capacitación del personal clínico sobre los criterios para solicitar evaluaciones especializadas.
- Listado de áreas clínicas o servicios especializados disponibles en el establecimiento o en red de referencia.
- Expedientes clínicos con anotaciones de identificación y seguimiento de evaluaciones adicionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

p. Estándar 16/23. Identificación de pacientes que requieren una planeación temprana del alta hospitalaria.

1. Guía.

La planificación del alta hospitalaria es una acción clínica y operativa que permite garantizar la continuidad de la atención después del egreso del paciente. En algunos casos, los pacientes presentan condiciones sociales, clínicas o funcionales que requieren anticipar el proceso de planeación para evitar retrasos, complicaciones o dificultades al momento del alta.

Por ello, el establecimiento debe definir criterios o características clínicas y contextuales que permitan identificar, durante la evaluación inicial, a aquellos pacientes que requieren que la planeación del alta inicie dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. Esta identificación temprana permite anticiparse a los requerimientos especiales y coordinar los recursos clínicos, administrativos, educativos o logísticos necesarios.

Los criterios deben derivarse de un análisis institucional que considere el contexto y la población atendida, y pueden incluir, por ejemplo:

a) Pacientes con dependencia funcional,
b) Requieren equipo médico o medicamentos especiales,
c) Presentan barreras para el autocuidado o dificultades sociales,
d) Viven en zonas rurales o alejadas,
e) Requieren referencias o continuidad de cuidados en otros niveles de atención, entre otros.

Además, la organización debe definir si existen poblaciones o situaciones clínicas específicas que requieran una personalización de los criterios para la planeación temprana del alta.

La evaluación de estos criterios debe realizarse en las primeras 24 horas de hospitalización por personal clínico competente, de acuerdo con las funciones que les hayan sido asignadas conforme al sistema de gestión del talento humano. En caso de que el paciente cumpla con los criterios definidos, el establecimiento debe iniciar de forma documentada el proceso de planeación del alta dentro de ese mismo periodo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado los criterios o características para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta hospitalaria.

(2) Cuando corresponde, los criterios o características se personalizan en función de poblaciones de pacientes o situaciones especiales definidas por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3) Como parte del proceso de evaluación inicial, se realiza de forma intencionada la búsqueda de los criterios definidos para la planeación temprana del alta en cada paciente hospitalizado.
(4) La identificación de pacientes que cumplen con los criterios definidos se realiza dentro de las primeras 24 horas de hospitalización.
(5) En los pacientes identificados, se llevan a cabo acciones orientadas a iniciar la planeación del alta hospitalaria dentro de las primeras 24 horas.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define los criterios o características para la identificación de pacientes con necesidad de planeación temprana del alta.
- Listado de poblaciones o condiciones clínicas especiales con criterios personalizados.
- Proceso institucional documentado sobre planeación del alta, incluyendo momentos, responsables y acciones requeridas.
- Evidencia en expediente clínico de identificación oportuna del paciente y acciones asociadas a la planeación del alta.
- Registros de interconsultas, solicitudes de equipo, coordinación con trabajo social o educación al paciente relacionadas con el egreso.
- Capacitación al personal clínico sobre la identificación temprana de criterios de alta y sus funciones específicas.

q. Estándar 17/23. Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados del proceso de valoración inicial (valoraciones clínicas, psicológicas, sociales y otras definidas por el establecimiento) sean analizados de forma multidisciplinaria por el equipo de salud para integrar la información, establecer prioridades, orientar la planeación de la atención y tomar decisiones centradas en el paciente.

Este proceso permite identificar riesgos, necesidades complejas y situaciones que puedan requerir ajustes al plan terapéutico, derivación a otro nivel o decisiones compartidas con el paciente y/o su cuidador primario.

El análisis multidisciplinario puede adaptarse al nivel de complejidad del paciente:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- En pacientes con necesidades no complejas, el proceso multidisciplinario puede realizarse de forma integrada y sencilla entre los profesionales involucrados.
- En pacientes con condiciones clínicas, sociales o psicológicas complejas, se puede convocar una revisión más estructurada mediante sesiones clínicas que faciliten la toma de decisiones compartidas entre el equipo, el paciente y/o cuidador primario.

La información debe documentarse en el expediente clínico, incluyendo:

- Los hallazgos de las valoraciones.
- Las prioridades clínicas identificadas.
- Las recomendaciones del equipo multidisciplinario.
- Las decisiones compartidas con el paciente y/o su cuidador primario.

El establecimiento debe informar al paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario sobre:

a) Los resultados del proceso de valoración.
b) Las necesidades identificadas y su priorización.
c) El plan de atención o seguimiento.
d) La decisión de canalización o referencia si el establecimiento no puede brindar atención adecuada a sus necesidades.

i. Requerimiento auditable.

(1) El equipo multidisciplinario analiza de forma integral los resultados de la valoración inicial, identificando riesgos y necesidades del paciente.
(2) Se priorizan las necesidades identificadas para guiar la planeación de la atención.
(3) Se informa al paciente y/o su cuidador primario sobre los elementos mencionados en los incisos de la a) a la d) de la guía.
(4) La información anterior queda registrada en el expediente clínico y se actualiza conforme a la evolución del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Notas clínicas con evidencia de integración de la valoración multidisciplinaria.
- Formato o registro institucional de priorización de necesidades clínicas.
- Actas o notas de reuniones clínicas (si corresponde), para casos complejos.
- Registro de decisiones compartidas y plan de atención documentado.
- Registro de canalización o referencia, en los casos aplicables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de capacitación al equipo en procesos de atención centrada en el paciente y trabajo colaborativo.

r. Estándar 18/23. Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.

1. Guía.

El establecimiento debe realizar una valoración sistemática de las barreras que puedan interferir con el aprendizaje de cada paciente y, cuando corresponda, de su cuidador primario, como parte del proceso educativo.

El propósito de esta valoración es identificar factores que limiten la comprensión, retención o aplicación de la información proporcionada, y que deben ser considerados al planear intervenciones educativas personalizadas y efectivas.

Esta valoración debe realizarse al ingreso del paciente y, según lo defina el establecimiento, actualizarse cuando existan cambios clínicos, cognitivos, sociales o funcionales que puedan impactar en la capacidad del paciente para aprender.

El establecimiento debe definir los elementos o criterios mínimos que debe contemplar esta valoración, que pueden incluir, al menos:

a) Marco cultural del paciente, familia y/o cuidador primario (si aplica): Valores, creencias y costumbres.
b) Nivel de alfabetización, nivel educativo, idioma predominante.
c) Limitaciones cognitivas, sensoriales o físicas (por ejemplo, deterioro visual, auditivo, demencia leve, movilidad limitada).
d) Factores emocionales y motivacionales (por ejemplo, ansiedad, negación, baja autoestima, depresión, disposición de aprender).
e) Habilidad para realizar procedimientos prácticos, como cuidados en casa o administración de medicamentos.

El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico. Cada establecimiento define si los elementos antes mencionados se deben revalorar, así como los intervalos en que se realizan las revaloraciones. Esta información se utilizará para adaptar los contenidos, el lenguaje, los formatos y la forma en que se brinda la educación al paciente y/o cuidador primario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para valorar las barreras para el aprendizaje del paciente y/o cuidador primario.

(2)La valoración incluye, al menos, los criterios de los incisos a) al e) de la guía.

(3)La valoración se realiza al inicio del tratamiento y se revalora cuando hay cambios que lo ameriten.

(4)La valoración es realizada por personal competente, según las funciones y responsabilidades asignadas.

(5)La información derivada de la valoración se documenta en el expediente clínico.

(6)El equipo clínico adapta la estrategia de educación en función de las barreras identificadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional de valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.
- Formatos o secciones del expediente clínico donde se registran dichas barreras.
- Capacitación al personal clínico sobre detección y abordaje de barreras para el aprendizaje.
- Ejemplos de adecuaciones implementadas en la estrategia educativa (uso de pictogramas, materiales en otro idioma, acompañamiento emocional).
- Reportes de seguimiento o revaloración de la capacidad de aprendizaje.
- Registro de actividades educativas adaptadas al perfil del paciente.

s. Estándar 19/23. Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe implementar un proceso para identificar las necesidades educativas específicas de cada paciente y, cuando corresponda, de su cuidador primario, como parte del proceso educativo.

Esta valoración busca reconocer de manera estandarizada, sistemática e intencionada las dudas, preocupaciones, intereses y temas que el propio paciente desea conocer para participar activamente en su cuidado. Esta perspectiva parte del principio de que la educación es más

SIN VALIDEZ OFICIAL

efectiva cuando responde a lo que el paciente necesita saber en su contexto individual.

La identificación de estas necesidades debe realizarse desde el ingreso al establecimiento, como parte del proceso de valoración inicial, y revalorarse en momentos clave del tratamiento, como cambios en la condición clínica, aparición de nuevas complicaciones, incorporación de nuevos tratamientos o situaciones familiares relevantes, conforme a lo definido por el establecimiento.

El establecimiento debe definir un mecanismo para:

a) Registrar fielmente las dudas o inquietudes expresadas por el paciente o cuidador primario.
b) Asegurar que esta información sea tomada en cuenta para planear la estrategia educativa individualizada.
c) Documentar la educación proporcionada, en qué momento, con qué medios y por quién fue impartida.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico. Las necesidades identificadas deben incorporarse en el plan educativo individual del paciente, asegurando su seguimiento y evaluación del aprendizaje.

El establecimiento debe definir si las necesidades educativas específicas se deben revalorar, y en su caso, establecer los intervalos y responsables correspondientes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar las necesidades educativas específicas del paciente y/o su cuidador primario.
(2) La valoración se realiza al inicio del tratamiento y se revalora según lo definido por el establecimiento.
(3) Las necesidades identificadas se documentan claramente en el expediente clínico, incluyendo el lenguaje del paciente cuando corresponde.
(4) La educación brindada se adapta a las necesidades identificadas y se documenta conforme a lo establecido.
(5) La valoración es realizada por personal competente con funciones y responsabilidades asignadas.
(6) Existen registros que demuestran que el paciente y/o cuidador han recibido la educación alineada a sus necesidades específicas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o sección del expediente clínico para el registro de necesidades educativas específicas.
- Evidencia de dudas e inquietudes expresadas directamente por el paciente (notas, entrevistas, hojas de ingreso).
- Proceso institucional para la planeación educativa individualizada.
- Registro de sesiones educativas dirigidas a necesidades específicas.
- Material educativo utilizado para responder a inquietudes particulares del paciente.
- Evaluaciones del aprendizaje relacionadas con los temas abordados según lo solicitado por el paciente.

t. Estándar 20/23. Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe identificar a los pacientes que, por su estado clínico, psicológico, social, o por momentos específicos del proceso de atención, requieren mecanismos adicionales de protección.

Se considera en condición de vulnerabilidad a todo paciente que, temporal o permanentemente, que por cualquier motivo no pueda protegerse o cuidarse a sí mismo frente a cualquier daño, abuso o discriminación, o no pueda comunicar situaciones de riesgo. Por ejemplo: pacientes con discapacidad intelectual o neurológica, pacientes con dificultad de comunicación, situaciones sensibles como procedimientos invasivos, entre otros.

El establecimiento debe:

a) Realizar un análisis multidisciplinario que le permita identificar a estos pacientes con base en su población atendida, características y condiciones clínicas frecuentes, momentos en el proceso de atención donde se requiere diseñar e implementar mecanismos de protección adicional.

b) Establecer mecanismos de protección adicionales acordes con su capacidad instalada, recursos disponibles y legislación aplicable vigente. Estos pueden incluir: acompañamiento de un segundo profesional de salud durante exploraciones sensibles, restricciones de acceso a ciertas áreas durante procedimientos, supervisión permanente a pacientes en riesgo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Los mecanismos definidos deben estar documentados, ser conocidos por el personal involucrado y aplicarse de manera consistente a la práctica clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha realizado un análisis para identificar a los pacientes en condición de vulnerabilidad, considerando su población, condiciones clínicas y momentos del proceso de atención.

(2)Se han definido, documentado e implementado mecanismos adicionales de protección para los pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo con el contexto y recursos disponibles.

(3)El personal conoce e implementa los mecanismos de protección definidos.

(4)Se cuenta con evidencia documental de su aplicación en situaciones específicas (por ejemplo, bitácoras de acompañamiento, registros de supervisión, protocolos activados).

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define a los pacientes en condición de vulnerabilidad según el contexto clínico del establecimiento.
- Procedimientos operativos estándar que detallan los mecanismos de protección adicional.
- Evidencia de capacitación al personal sobre protección a personas vulnerables.
- Registros de aplicación de los mecanismos (bitácoras de acompañamiento, reportes de vigilancia, protocolos de atención).
- Registro de análisis de riesgos o evaluación multidisciplinaria para definir momentos críticos en la atención.
- Coordinación con organismos de protección de derechos humanos, cuando corresponda.

u. Estándar 21/23. Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que todo paciente reciba atención respetuosa y oportuna en relación con el dolor.

El dolor es un síntoma común en la experiencia de los pacientes, y cuando no es tratado puede generar consecuencias físicas o

SIN VALIDEZ OFICIAL

emocionales; por ello, debe ser abordado mediante una valoración estandarizada y un manejo individualizado.

El establecimiento debe promover un entorno donde el paciente se sienta en confianza para manifestar su dolor, sin temor a juicios o minimización de sus síntomas.

Esto requiere que el personal clínico esté sensibilizado sobre los factores personales, sociales o culturales que influyen en la manifestación del dolor, y que sea capaz de actuar conforme a los protocolos definidos por el establecimiento.

Este derecho debe ser promovido activamente desde el ingreso y a lo largo del tratamiento, con base en herramientas estandarizadas y procesos definidos por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento respalda y garantiza el derecho del paciente a una valoración y manejo adecuado del dolor.

(2) Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a expresar y reportar el dolor en cualquier momento del proceso de atención.

(3) El personal clínico ha sido capacitado en la valoración, registro y manejo del dolor conforme a lo definido por el establecimiento.

(4) El personal clínico ha sido sensibilizado sobre los factores personales, sociales o culturales que influyen en la manifestación del dolor.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la valoración y manejo del dolor.
- Escalas validadas de medición del dolor (adaptadas por grupo etario, estado de conciencia o nivel cognitivo).
- Materiales informativos para pacientes sobre su derecho a expresar el dolor.
- Registros clínicos donde se documenta la evaluación y manejo del dolor.
- Capacitación documentada del personal sobre manejo del dolor con enfoque integral, centrado en la persona y basado en buenas prácticas clínicas.
- Evidencia de educación al paciente y/o cuidador primario sobre el dolor como síntoma relevante.

SIN VALIDEZ OFICIAL

v. Estándar 22/23. Valoración previa a la administración de sedación.

1. Guía.

La sedación conlleva riesgos clínicos que dependen de múltiples factores, incluyendo el tipo de procedimiento, el estado clínico del paciente y el nivel de sedación requerido. Por ello, antes de administrar sedación, se debe realizar una evaluación presedación estructurada y documentada, con el fin de anticipar riesgos, definir el nivel de sedación apropiado y asegurar la preparación del equipo clínico ante posibles complicaciones.

Esta evaluación debe ser realizada por el anestesiólogo o el médico autorizado por el establecimiento para administrar sedación, conforme a las funciones definidas en el Sistema de Gestión del Talento Humano. Debe llevarse a cabo antes del procedimiento, y sus resultados deben documentarse en el expediente clínico.

El establecimiento debe definir de forma clara el alcance y contenido mínimo de la evaluación presedación, la cual debe incluir, al menos:

a) Historia clínica relevante para el procedimiento.
b) Evaluación del estado físico según la clasificación ASA (American Society of Anesthesiologists).
c) Valoración del riesgo de complicaciones asociadas a sedación.
d) Evaluación de la vía aérea.
e) Confirmación de ayuno o preparación gastrointestinal, cuando aplique.
f) Identificación de alergias, uso de medicamentos y comorbilidades relevantes.
g) Plan del nivel de sedación a utilizar.
h) Aprobación o modificación del plan antes del procedimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado el alcance y contenido mínimo de la evaluación presedación.

(2) Se realiza una evaluación previa a la sedación por parte de un anestesiólogo o médico autorizado por el establecimiento.

(3) Los resultados de la evaluación presedación se documentan de forma completa en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el contenido obligatorio de la evaluación presedación.
- Registros en expediente clínico con evaluación previa al procedimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formato institucional para evaluación presedación.

w. Estándar 23/23. Valoración preanestésica y preinducción.

1. Guía.

La administración de anestesia implica riesgos clínicos relevantes que deben ser anticipados mediante una planificación adecuada. Para ello, es indispensable que el anestesiólogo realice dos valoraciones diferenciadas y complementarias: la valoración preanestésica y la valoración previa a la inducción.

La valoración preanestésica permite recopilar y analizar información clínica del paciente con el fin de:

a) Seleccionar el tipo de anestesia más adecuado,
b) Identificar riesgos relacionados con la vía aérea,
c) Planear el manejo anestésico transoperatorio.
d) Establecer estrategias de analgesia postquirúrgica, y
e) Preparar al paciente para una intervención segura.

Esta valoración debe realizarse antes de la intervención quirúrgica o procedimiento invasivo, preferentemente con tiempo suficiente para definir ajustes al plan anestésico, excepto en situaciones de urgencia. El resultado debe documentarse de forma completa en el expediente clínico.

Por otra parte, la valoración preinducción es una evaluación inmediata que se realiza justo antes de iniciar la inducción anestésica. Su objetivo es verificar la estabilidad fisiológica del paciente, la disponibilidad de los recursos necesarios y la confirmación final de que es seguro proceder con la anestesia.

Ambas valoraciones deben ser realizadas exclusivamente por un médico anestesiólogo, conforme a la legislación aplicable y a las mejores prácticas clínicas. Su documentación debe permitir verificar la continuidad y seguridad del proceso anestésico.

i. Requerimiento auditable.

(1) A cada paciente se le realiza una valoración preanestésica antes del procedimiento quirúrgico o intervención que requiera anestesia.
(2) La valoración preanestésica es realizada por un médico anestesiólogo.
(3) Los resultados de la valoración preanestésica se documentan de forma completa en el expediente clínico del paciente.
(4) Inmediatamente antes de la inducción de la anestesia, se realiza una valoración preinducción.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

(5) La valoración preinducción es realizada por un médico anestesiólogo.
(6) La valoración preinducción también se documenta en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que establece los lineamientos para la valoración preanestésica y preinducción.
- Formato estandarizado de evaluación anestésica preoperatoria.
- Expedientes clínicos con evidencia documentada de ambas valoraciones.
- Guía de práctica clínica: Manejo anestésico del paciente quirúrgico.
- Manuales de funciones del anestesiólogo en el establecimiento.
- Registros de capacitación o actualización profesional del personal médico anestesiólogo.

B. DIAGNÓSTICO

a. Estándar 1/8. Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar la disponibilidad de servicios de laboratorio propios y/o subrogados que respondan a las necesidades clínicas de los pacientes, los procesos de atención médica y los profesionales tratantes. Estos servicios deben operar en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Los servicios de laboratorio deben contar con infraestructura, equipamiento y personal suficientes. Asimismo, se debe informar a los pacientes o familiares sobre la disponibilidad de horarios del servicio de atención de rutina y los procedimientos para su uso en casos urgentes, cuando corresponda.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados o contratados por convenio, debe asegurar que:

i. Sean accesibles al paciente.
ii. Su selección esté sustentada en un análisis técnico de antecedentes, calidad y capacidad operativa.
iii. Existan alternativas cuando sea necesario.
iv. Cumplan con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado, el establecimiento debe definir por escrito las especificaciones de calidad, que incluyan como mínimo:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo; por ejemplo, competencias de su personal, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos o medidas para la prevención de infecciones, entre otras.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las AESP; por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva, entre otras.

El establecimiento debe alinear la supervisión al estándar de supervisión de servicios subrogados por el cuerpo de gobierno, alta dirección y responsables de área.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los servicios de laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.
(2)El establecimiento cuenta con servicios de laboratorio adecuados y regulares para cubrir las necesidades clínicas de los pacientes y del personal de salud.
(3)Existen servicios de laboratorio disponibles para casos de urgencia, cuando corresponda.
(4)Se realiza supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados y se documenta al menos una vez al año.
(5)Los resultados de la supervisión se comunican a los líderes y proveedores, y se toman acciones cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Convenios o contratos vigentes con laboratorios subrogados.
- Especificaciones de calidad documentadas para cada laboratorio subrogado.
- Programa institucional de supervisión de servicios subrogados.
- Evidencia documental de la supervisión anual.
- Reportes de cumplimiento o no conformidades detectadas.
- Actas o minutas con acciones tomadas con base en los resultados de la supervisión.
- Información institucional dirigida a pacientes sobre la disponibilidad de servicios de laboratorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/8. Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados de los análisis de laboratorio, ya sean realizados en laboratorios propios o subrogados, se informen de manera oportuna, documentada y segura, en función de las necesidades clínicas del paciente y del personal médico tratante.

Cuando el establecimiento dispone de servicios de laboratorio propios, debe definir formalmente los tiempos esperados para la entrega de resultados, distinguiendo entre estudios de rutina y estudios urgentes, los cuales deben tener un seguimiento particular.

Además, los resultados deben estar documentados en un informe completo que incluya:

a) Parámetros o rangos de referencia.
b) Nombre, firma y cédula profesional del responsable.
c) Fecha y hora de elaboración del informe.

Desde un enfoque de seguridad del paciente, el proceso de entrega de resultados también debe alinearse a las acciones esenciales de seguridad del paciente:

i. AESP 1: Identificar correctamente al paciente, mediante el uso de dos datos de identificación definidos institucionalmente, tanto en la solicitud, el contenedor de muestra y en el informe final.
ii. AESP 2: Mejorar la comunicación efectiva, especialmente en el caso de resultados críticos que se informan de forma verbal o telefónica. En estos casos, debe aplicarse el protocolo “escuchar-escribir-leer-confirmar”.

Cuando el servicio es subrogado, estas condiciones deben estar claramente establecidas en las especificaciones de calidad acordadas con el proveedor, tanto para la entrega oportuna como para la seguridad de la información entregada.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado los tiempos esperados para la entrega de resultados de laboratorio, según el tipo de análisis (de rutina o urgente).
(2) Se monitoriza la puntualidad de la entrega de resultados urgentes, cuando aplica.
(3) Los resultados se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades clínicas del paciente.
(4) Cada informe de resultado incluye lo referido del inciso a) a la c) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)En servicios subrogados, las condiciones de oportunidad y seguridad están incluidas en las especificaciones de calidad del proveedor.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para la entrega y documentación de resultados de laboratorio.
- Formatos o sistemas de registro de resultados de laboratorio.
- Ejemplares de informes con los datos requeridos.
- Registros de resultados urgentes y tiempos de entrega.
- Proceso para la entrega verbal o telefónica de resultados
- Registros de auditoría de cumplimiento con identificación correcta del paciente
- Especificaciones de calidad firmadas con laboratorios subrogados.
- Evidencia de monitorización de cumplimiento y trazabilidad.

c. Estándar 3/8. Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que todos los análisis realizados en los servicios de laboratorio (propios o subrogados) cuenten con rangos o parámetros de referencia definidos, los cuales deben estar incluidos en los informes de resultados emitidos y ajustados al contexto clínico, demográfico y geográfico del establecimiento.

Estos rangos son fundamentales para permitir la interpretación clínica adecuada, comparar resultados con valores esperados, detectar desviaciones significativas y apoyar en la toma de decisiones del personal tratante.

Los parámetros de referencia deben:

a) Ser específicos para cada tipo de análisis.
b) Ser visibles y comprensibles en el informe de resultados.
c) Estar basados en literatura científica, validaciones técnicas o normas nacionales/internacionales.
d) Ajustarse, cuando sea necesario, a condiciones particulares del entorno del establecimiento (por ejemplo: altitud, población atendida, género, edad, etc.).
e) Revisarse y actualizarse cuando se modifiquen los métodos analíticos, tecnologías utilizadas o cuando haya evidencia que lo justifique.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cuando los servicios de laboratorio son subrogados, estos criterios deben incluirse dentro de las especificaciones de calidad establecidas contractualmente.

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado en el laboratorio.

(2)Los rangos de referencia están incluidos en todos los informes de resultados entregados.

(3)Los rangos o parámetros se encuentran ajustados a la geografía, población o condiciones demográficas del establecimiento, cuando corresponda.

(4)Se realiza una revisión y actualización periódica de los rangos de referencia, especialmente cuando cambian los métodos analíticos o los criterios técnicos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado de análisis realizados con sus rangos o parámetros de referencia establecidos.
- Ejemplares de informes de resultados con inclusión de rangos.
- Registros o protocolos institucionales de revisión y actualización de rangos.
- Evidencia del sustento técnico o normativo utilizado para definir los rangos (literatura, guías clínicas, validaciones internas, etc.).
- Especificaciones de calidad con proveedores subrogados que incluyan este criterio.

d. Estándar 4/8. Manejo, preparación y entrega de resultados de biopsias transoperatorias.

1. Guía.

Las biopsias transoperatorias son procedimientos críticos durante una intervención quirúrgica, ya que su análisis rápido puede modificar la decisión clínica transoperatoria. Debido a su relevancia diagnóstica, se requiere que el manejo de estas muestras se realice bajo un proceso institucional estandarizado, que garantice la trazabilidad, seguridad y precisión diagnóstica.

El establecimiento debe definir un proceso formal que regule el manejo, preparación, etiquetado, análisis y entrega de resultados de biopsias transoperatorias, incluyendo los siguientes elementos:

a) Identificación correcta del paciente en la solicitud, la muestra y los resultados del análisis, utilizando los dos datos de identificación

SIN VALIDEZ OFICIAL

definidos por la organización, conforme a la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1.

b) Preparación, transporte y conservación adecuada de la muestra hasta su análisis.
c) Registro y documentación del procedimiento y del análisis realizado.
d) En caso de entrega verbal o telefónica de resultados, aplicación del proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar, conforme a la AESP 2.
e) Documentación escrita definitiva en el expediente clínico.
f) Participación activa del personal quirúrgico, de patología y de enfermería.

Este proceso debe ser supervisado de forma periódica y evaluado con base en su cumplimiento, consistencia operativa y confiabilidad diagnóstica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para el manejo, preparación y entrega de resultados de biopsias transoperatorias.
(2) Las solicitudes de biopsia transoperatoria contienen los dos datos de identificación definidos por el establecimiento.
(3) Los contenedores o recipientes con muestras biológicas están correctamente identificados con los dos datos definidos por el establecimiento.
(4) Los resultados escritos del análisis de la biopsia contienen los dos datos de identificación del paciente.
(5) Cuando los resultados son comunicados de forma verbal o telefónica, se utiliza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.
(6) El cumplimiento de este proceso es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente con participación del personal involucrado.
(7) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de manejo de biopsias transoperatorias.
- Formatos institucionales de solicitud, etiquetado, y registro de resultados.
- Protocolos de aplicación de las AESP.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Expedientes clínicos con documentación completa del procedimiento y resultado.
- Listas de verificación quirúrgicas con sección de biopsia transoperatoria.
- Registros de capacitación del personal sobre manejo seguro de muestras y comunicación de resultados.
- Actas o reportes de supervisión periódica del cumplimiento del proceso.

e. Estándar 5/8. Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con mecanismos documentados para acceder a expertos en áreas de diagnóstico especializado cuando se requiera apoyo técnico o interpretación adicional en estudios complejos, fuera del alcance de los servicios de laboratorio disponibles. Este acceso es relevante en áreas como:

i. Parasitología
ii. Virología
iii. Toxicología
iv. Inmunogenética
v. Biología molecular
vi. Citogenética
vii. Otras especialidades que no se realizan de forma rutinaria en el establecimiento

El establecimiento debe ser capaz de:

a) Identificar previamente a los expertos con competencias verificadas.
b) Documentar su disponibilidad y formas de contacto (por convenio, referencia, colaboración, etc.).
c) Definir criterios clínicos o técnicos que justifiquen su intervención.
d) Demostrar que han sido convocados efectivamente cuando su participación haya sido requerida.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un directorio actualizado de expertos en diagnóstico especializado.
(2) Se han definido criterios clínicos o técnicos que justifican la consulta con expertos especializados.
(3) Se han convocado o consultado expertos cuando ha sido necesario, y existe evidencia documentada de su participación o recomendación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)La participación de expertos se ha registrado en el expediente clínico o en el proceso de validación del informe de laboratorio, cuando aplica.

(A). Referencia de apoyo.

- Lista institucional de expertos en diagnóstico especializado.
- Procedimiento documentado para consulta o referencia a expertos.
- Registros de comunicación o consulta con expertos en casos reales.
- Informes diagnósticos que documenten la validación o intervención especializada.
- Convenios de colaboración o redes clínicas vinculadas al laboratorio o establecimiento.
- Actas del COCASEP o reuniones clínicas donde se haya discutido su intervención.

f. Estándar 6/8. Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con servicios de radiología e imagen propios y/o subrogados que respondan a las necesidades clínicas de sus pacientes, apoyen los servicios ofrecidos por el establecimiento y den soporte a la toma de decisiones de los profesionales tratantes. Estos servicios deben cumplir con la legislación aplicable vigente y con los estándares técnicos y regulatorios correspondientes.

Dentro de los servicios de radiología e imagen se pueden incluir modalidades como radiodiagnóstico convencional, ultrasonido, entre otras.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados, estos deben:

i. Ser accesibles para los pacientes.
ii. Ser seleccionados con base en un análisis técnico de antecedentes y capacidad operativa.
iii. Cumplir con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado, el establecimiento debe definir por escrito las especificaciones de calidad, que incluyan como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo; por ejemplo, competencias de su

SIN VALIDEZ OFICIAL

personal, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos o medidas para la prevención de infecciones, entre otras.

d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las acciones esenciales de seguridad del paciente; por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva, entre otras.

El establecimiento debe alinear la supervisión al estándar de supervisión de servicios subrogados por el cuerpo de gobierno, alta dirección y responsables de área.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente.

(2)Existen servicios de radiología e imagen disponibles conforme a las necesidades clínicas del establecimiento.

(3)Para cada servicio subrogado, se han definido especificaciones de calidad que incluyen al menos las mencionadas del inciso a) al d) de la guía.

(4)Se realiza una supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad y se documenta al menos una vez al año.

(5)Los resultados de la supervisión se comunican a los líderes y proveedores, y se toman acciones cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Convenios o contratos con servicios subrogados de radiología e imagen.
- Especificaciones de calidad definidas para servicios subrogados.
- Procedimiento institucional para la supervisión de servicios subrogados.
- Informes de supervisión documentados (mínimo anual).
- Registros de disponibilidad de servicios (propios o contratados).
- Bitácoras de uso o reportes de atención fuera del horario habitual.
- Evidencia de acciones derivadas de supervisiones (retroalimentación, ajustes, cambios de proveedor).

g. Estándar 7/8. Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados de los estudios de radiología e imagen, tanto propios como subrogados, se informen de

SIN VALIDEZ OFICIAL

manera oportuna, completa y segura, conforme a las necesidades clínicas de los pacientes, los requerimientos del personal médico tratante y los criterios definidos institucionalmente.

Para garantizar una comunicación efectiva, el establecimiento debe:

a) Definir el tiempo esperado para la entrega de resultados de estudios de imagen, diferenciando entre estudios de rutina y estudios urgentes, asegurando el cumplimiento de este plazo por parte de servicios propios y subrogados.

b) Garantizar que todos los informes se documenten de forma escrita o electrónica, conteniendo:

–Datos de identificación del paciente (dos identificadores institucionales).

–Nombre y firma del médico radiólogo responsable u otro responsable cuando aplique.

–Cédula profesional.

–Fecha y hora de emisión del informe.

Desde el enfoque de seguridad del paciente, el proceso de entrega de resultados debe alinearse con las acciones esenciales de seguridad del paciente, específicamente:

i. AESP 1: Uso de dos datos de identificación en las solicitudes, contenedores y resultados informados.

ii. AESP 2: Cuando la entrega de resultados se realiza de forma verbal o telefónica, se debe utilizar el protocolo institucional escuchar-escribir-leer-confirmar para asegurar precisión y trazabilidad.

Cuando el servicio de imagenología es subrogado, estas condiciones deben estar formalmente integradas en las especificaciones de calidad acordadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido y documentado el marco de tiempo para la entrega de resultados de estudios de imagen (de rutina o urgente).

(2)Se monitoriza la puntualidad de la entrega de resultados urgentes, cuando aplique.

(3)Los resultados se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades clínicas del paciente.

(4)Los informes de los estudios de imagen contienen, al menos elementos mencionados en el inciso b) de la guía.

(5)Las condiciones anteriores están integradas en las especificaciones de calidad para servicios subrogados, cuando corresponda.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la entrega de resultados de imagen.
- Registros de tiempos de entrega (bitácoras o reportes de puntualidad).
- Ejemplares de informes con los datos requeridos.
- Registros de verificación de cumplimiento con los AESP.
- Formatos institucionales de solicitud de estudios con los identificadores requeridos.
- Registro o bitácora de comunicaciones verbales con evidencia del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar.
- Contratos o acuerdos con proveedores subrogados que incluyan estos criterios como especificaciones de calidad.

h. Estándar 8/8. Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que, cuando se requiera, pueda acceder de manera oportuna y documentada a expertos en áreas de diagnóstico especializado dentro del campo de radiología e imagen, para fortalecer la toma de decisiones clínicas, la validación de resultados complejos o la supervisión de tecnologías avanzadas.

Estos expertos pueden incluir, entre otros:

a) Física médica aplicada a radiología y radioterapia
b) Medicina nuclear
c) Radiología intervencionista o vascular
d) Radioterapia oncológica
e) Imagenología avanzada (PET/CT, resonancia funcional, etc.)

El establecimiento debe:

i. Contar con una lista actualizada de expertos disponibles, que incluya sus datos de contacto, especialidad, institución de adscripción y condiciones de colaboración.
ii. Definir los criterios clínicos, técnicos o regulatorios que justifican la consulta o el apoyo experto.
iii. Documentar la solicitud y participación de dichos expertos cuando hayan sido convocados, especialmente cuando intervengan en procesos diagnósticos críticos, revisiones por segunda opinión, interpretación de casos complejos o análisis de resultados diferidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un directorio institucional actualizada de expertos en diagnóstico especializado en imagenología.

(2)Se han definido criterios clínicos o técnicos que justifican el contacto con estos expertos.

(3)El establecimiento ha consultado o se ha puesto en contacto con expertos, cuando así ha sido necesario, y existe evidencia documental de dicha intervención (por ejemplo, minuta, informe, validación de resultado, segunda opinión técnica).

(A). Referencia de apoyo.

- Lista institucional de expertos técnicos o clínicos en imagenología avanzada.
- Proceso documentado para consulta o referencia a expertos.
- Registros o comunicaciones que evidencien contacto, participación o recomendación de expertos.
- Informes de estudios complejos con participación o validación de especialistas.
- Convenios de colaboración o redes clínicas vinculadas al establecimiento.
- Actas de comité técnico o clínico donde se documente su intervención.
- Contratos con laboratorios subrogados que incluyan este criterio como especificación técnica.

C. EVALUACIÓN

a. Estándar 1/6. Reevaluación clínica periódica de los pacientes.

1. Guía.

La reevaluación clínica del paciente es un componente esencial del proceso asistencial, ya que permite al equipo de salud verificar si las decisiones tomadas continúan siendo adecuadas y si el estado clínico del paciente ha cambiado de manera que requiera ajustes en el diagnóstico, tratamiento o cuidados.

Con excepción de la evaluación del dolor y del riesgo de caídas, que cuentan con requerimientos propios de reevaluación (desde el primer contacto, al menos una vez por turno y según necesidad del paciente), el establecimiento debe definir qué otros elementos del proceso de evaluación inicial deben ser reevaluados.

Para ello, el establecimiento debe documentar:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Los elementos del proceso de evaluación inicial que serán sujetos a reevaluación,
b) El intervalo de tiempo para su reevaluación.
c) El personal clínico responsable de realizar la reevaluación, conforme a las funciones específicas definidas en el sistema de gestión del talento humano.

La reevaluación clínica permite ajustar oportunamente las intervenciones, mejorar la calidad de la atención y asegurar que el plan terapéutico se mantenga alineado al estado clínico actual del paciente. Debe realizarse de manera estructurada, conforme a los lineamientos institucionales, y documentarse en el expediente clínico.

Estas evaluaciones deben estar claramente registradas en el expediente clínico como evidencia de seguimiento, toma de decisiones, actualización del tratamiento e integración y coordinación del equipo clínico multidisciplinario.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado qué elementos del proceso de evaluación inicial deben ser reevaluados.
(2)El establecimiento ha establecido el intervalo de tiempo para la reevaluación de los elementos definidos.
(3)El establecimiento ha determinado qué personal clínico es responsable de realizar la reevaluación conforme a las funciones asignadas.
(4)Se reevalúan los elementos definidos como parte del proceso de evaluación inicial.
(5)La reevaluación se lleva a cabo dentro del tiempo establecido por el establecimiento.
(6)El personal clínico realiza la reevaluación conforme a las funciones específicas que le han sido asignadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define los elementos de la evaluación inicial sujetos a reevaluación.
- Protocolo institucional con los intervalos de reevaluación y responsables por tipo de elemento clínico.
- Sistema de Gestión del Talento Humano con asignación de funciones específicas para reevaluaciones clínicas.
- Expedientes clínicos con evidencia documentada de reevaluaciones realizadas conforme al protocolo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de capacitación del personal sobre el proceso de reevaluación clínica.

b. Estándar 2/6. Monitorización clínica de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

La reevaluación clínica de cada paciente es un componente esencial, los servicios de hemodiálisis deben asegurar que todos los pacientes en terapia de reemplazo renal sean monitorizados desde su ingreso al programa y durante toda su permanencia en el mismo, conforme la legislación aplicable vigente.

El proceso que guía la atención de los pacientes en terapia de remplazo renal con hemodiálisis, además de los elementos definidos en el estándar anterior, la monitorización incluye 3 fases:

a) Integración inicial del paciente al programa

Al integrarse al programa de hemodiálisis, debe conformarse un expediente clínico completo que incluya, al menos:

- Historia clínica.
- Prescripción del tipo de acceso vascular requerido al ingreso.
- Prescripción dialítica y frecuencia de sesiones.
- Serología viral: Detección de antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).
- Biometría hemática completa.
- Electrolitos séricos.
- Química sanguínea de al menos tres elementos (glucosa, urea y creatinina).
- Depuración de creatinina (si el médico que prescribe lo indica).
- Radiografía de tórax (solo en pacientes que se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo).
- Electrocardiograma de 12 derivaciones.

b) Monitorización en cada sesión

Durante cada sesión de hemodiálisis, se deben registrar en el expediente clínico, como mínimo:

- Peso del paciente pre y post diálisis.
- Presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria: pre, trans y post diálisis.
- Signos y síntomas pre, trans y post diálisis (ej. calambres, disnea, náusea, vómito, disfunción del acceso, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis (funcionalidad, eritema, sangrado, secreciones, etc.).

c) Resumen clínico mensual

Al menos una vez al mes, debe integrarse un resumen clínico en el expediente, elaborado por el personal clínico responsable, con los siguientes elementos:

- Diagnóstico nefrológico.
- Frecuencia de sesiones.
- Tiempo en el programa de hemodiálisis.
- Tipo de acceso vascular, estado funcional y eventos relevantes del mes (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, entre otros).
- Tipo de hemodializador (filtro) utilizado y/o cambios que se presentaran.
- Peso seco habitual y ganancia interdialítica en el mes.
- Alergias.
- Medicamentos administrados durante el mes.
- Complicaciones presentadas durante las sesiones.
- Cinética de urea (Kt/V).
- Resultados actualizados de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente
- Registro de vacunas aplicadas.
- Estatus como candidato a trasplante (Sí/No).
- Otros hallazgos relevantes y recomendaciones.

i. Requerimiento auditable.

(1) Desde su ingreso al programa, los pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis cuentan con un expediente clínico que incluye los elementos clínicos y diagnósticos establecidos en la fase a).

(2) Durante cada sesión de hemodiálisis, se documenta en el expediente clínico la monitorización clínica del paciente conforme a los parámetros definidos en la fase b).

(3) Al menos una vez al mes, se integra al expediente clínico un resumen clínico con los elementos establecidos en la fase c).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Expedientes clínicos de pacientes en programa de hemodiálisis con evidencia completa de las tres fases: ingreso, sesiones y resumen mensual.
- Formatos institucionales para la monitorización clínica pre, trans y post diálisis.
- Resultados de serología viral y estudios diagnósticos integrados al expediente.
- Protocolos institucionales de evaluación inicial, monitorización y seguimiento.
- Registros de revisión mensual por parte de personal clínico (firmas, hojas de resumen, notas de seguimiento).
- Auditorías internas que verifiquen el cumplimiento de este estándar.

c. Estándar 3/6. Monitorización del paciente durante la sedación y el periodo de recuperación. – Indispensable –

1. Guía.

La administración de sedación implica alterar los mecanismos fisiológicos de defensa del paciente, lo que puede generar complicaciones respiratorias, hemodinámicas y neurológicas. Por esta razón, se requiere una monitorización continua y estandarizada del paciente desde la inducción de la sedación hasta la completa recuperación.

La monitorización debe ser realizada por el médico que administra la sedación, con apoyo del equipo clínico, y debe mantenerse en todas las áreas del hospital donde se administre sedación (quirófano, endoscopía, imagenología, urgencias, entre otros). El establecimiento debe definir los parámetros mínimos a vigilar según el nivel de sedación planeado, incluyendo:

a) Frecuencia cardiaca y presión arterial.
b) Saturación de oxígeno.
c) Ventilación y frecuencia respiratoria.
d) Nivel de conciencia y respuesta a estímulos.
e) Registro continuo en hoja de sedación.
f) Evaluación continua hasta que el paciente cumpla criterios de recuperación segura.

Esta monitorización también debe mantenerse durante el periodo de recuperación, hasta que el paciente cumpla con los criterios de egreso del área de recuperación establecidos por el establecimiento, de acuerdo con su nivel de sedación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1) Los pacientes que reciben sedación son monitorizados de forma continua desde el inicio de la administración hasta su recuperación.
(2) La monitorización incluye los parámetros clínicos definidos por el establecimiento como parte del protocolo de sedación.
(3) La monitorización durante el periodo de recuperación se mantiene hasta que el paciente cumple los criterios clínicos definidos para egreso seguro.
(4) Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico, incluyendo el procedimiento, complicaciones, intervención y criterios de recuperación cumplidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional de sedación y recuperación, con parámetros mínimos de monitorización.
- Registros clínicos con monitoreo continuo y hoja de recuperación anestésica o sedativa.
- Manual de recuperación posanestésica institucional.
- Capacitación del personal médico y de enfermería en técnicas de sedación segura y manejo de complicaciones.

d. Estándar 4/6. Monitorización continua del estado fisiológico durante la administración de anestesia. – Indispensable –

1. Guía.

Durante la administración de anestesia, los pacientes se exponen a cambios fisiológicos significativos que pueden comprometer la seguridad y los resultados clínicos si no son detectados a tiempo. La monitorización continua del estado fisiológico permite evaluar de forma inmediata las respuestas del paciente a la anestesia y al procedimiento, y tomar decisiones clínicas oportunas para prevenir complicaciones.

La monitorización debe realizarse desde el inicio de la inducción anestésica y mantenerse durante todo el procedimiento. El establecimiento debe definir los parámetros mínimos que deben ser vigilados, considerando el tipo de anestesia, el estado clínico del paciente y la complejidad del procedimiento. Estos parámetros generalmente incluyen:

a) Frecuencia cardíaca y ritmo.
b) Presión arterial.
c) Saturación de oxígeno (SpO_2).

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Ventilación y frecuencia respiratoria.
e) Concentración de gases anestésicos (cuando aplica).
f) Temperatura corporal.
g) Nivel de conciencia y respuesta neuromuscular (si aplica).

Todos los resultados de la monitorización deben documentarse en tiempo real en el expediente clínico, utilizando los formatos definidos por el establecimiento. Esta documentación garantiza la trazabilidad clínica y la evaluación posterior de la atención.

El cumplimiento del estándar debe ser supervisado y evaluado periódicamente, y los hallazgos utilizados para implementar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se realiza una monitorización continua del estado fisiológico del paciente durante la administración de anestesia, desde la inducción hasta la finalización del procedimiento.
(2) La monitorización incluye los parámetros definidos por el establecimiento conforme al tipo de anestesia, estado clínico del paciente y complejidad del procedimiento.
(3) Los resultados de la monitorización continua se documentan en el expediente clínico en tiempo real.
(4) El cumplimiento de este estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente con participación del personal involucrado.
(5) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional de monitorización transoperatoria con parámetros definidos.
- Expedientes clínicos con evidencia documentada de la monitorización continua durante la anestesia.
- Documento institucional que define los parámetros mínimos de monitorización según el tipo de anestesia y procedimiento.
- Registros de supervisión periódica del cumplimiento del estándar.
- Registro de acciones de mejora implementadas derivadas de la supervisión o auditoría clínica.
- Manual de funciones del personal anestesiólogo responsable de la monitorización transoperatoria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/6. Monitorización y alta del paciente en el periodo postanestésico. – Indispensable –

1. Guía.

El estado del paciente durante el periodo postanestésico requiere vigilancia estrecha para identificar signos de inestabilidad o complicaciones derivadas del procedimiento anestésico. Esta vigilancia permite tomar decisiones clínicas informadas respecto al alta del área de recuperación y su traslado a otra área hospitalaria.

La atención postanestésica debe incluir la monitorización continua del paciente, conforme a criterios definidos por el establecimiento, incluyendo al menos: funciones vitales, nivel de conciencia, control del dolor, estado de la vía aérea y signos de efectos adversos de la anestesia.

El alta del área de recuperación debe ser autorizada exclusivamente por un médico anestesiólogo, quien debe basarse en criterios clínicos definidos para egreso seguro del paciente. En algunos casos, el paciente puede ser trasladado directamente a unidades de cuidados intensivos o servicios de vigilancia especializada, según su condición.

Se deben registrar de forma completa en el expediente clínico:

a) La hora de llegada al área de recuperación,
b) La monitorización realizada,
c) La decisión de alta,
d) La hora de egreso.

La implementación de este estándar debe ser supervisada, monitoreada y evaluada periódicamente, y los hallazgos utilizados para generar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se realiza monitorización clínica continua del paciente durante el periodo postanestésico, conforme a los criterios establecidos por el establecimiento.
(2) Los resultados de la monitorización postanestésica se documentan en el expediente clínico.
(3) El alta del área de recuperación es indicada por un médico anestesiólogo conforme a los criterios definidos por el establecimiento.
(4) Se documentan en el expediente clínico la hora de llegada del paciente al área de recuperación y la hora en que se otorga el alta.
(5) El cumplimiento de este estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente, con participación del personal involucrado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional de hoja de recuperación postanestésica con registros de monitorización.
- Registros clínicos con hora de ingreso y alta de recuperación documentados.
- Documento institucional con los criterios definidos para otorgar el alta postanestésica.
- Registro de personal anestesiólogo autorizado para otorgar el alta.
- Actas, reportes o listas de verificación utilizadas en la supervisión del cumplimiento de este estándar.
- Registro de acciones de mejora implementadas tras auditorías de atención postanestésica.

f. Estándar 6/6. Monitorización clínica continua del paciente durante la atención quirúrgica. – Indispensable –

1. Guía.

Durante el acto quirúrgico y en el periodo postoperatorio inmediato, el paciente se encuentra en una condición fisiológica vulnerable que requiere monitorización continua para identificar complicaciones tempranas, guiar la toma de decisiones clínicas y asegurar una transición segura hacia etapas menos intensivas de atención.

La monitorización transoperatoria proporciona información crítica sobre el estado hemodinámico, respiratorio y neurológico del paciente durante el procedimiento. Esta información es indispensable para tomar decisiones clínicas oportunas, como la modificación de la técnica quirúrgica, el ajuste del manejo anestésico o la suspensión del procedimiento por seguridad.

El periodo postquirúrgico inmediato, que inicia tras el cierre de la cirugía y se extiende durante la recuperación inmediata, también requiere vigilancia continua hasta que el paciente alcance un estado clínico estable. Esta fase es clave para detectar signos de sangrado, dolor no controlado, alteraciones en el estado de conciencia o cualquier complicación derivada del procedimiento quirúrgico o anestésico.

Todos los resultados de la monitorización deben ser documentados en el expediente clínico en tiempo real y estar disponibles para el equipo de salud responsable de la atención. La implementación de este estándar debe ser supervisada, monitoreada y evaluada

SIN VALIDEZ OFICIAL

periódicamente, y sus hallazgos deben utilizarse para mejorar la calidad y seguridad del cuidado quirúrgico.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se realiza una monitorización clínica continua del estado fisiológico del paciente durante todo el procedimiento quirúrgico.
(2) Los resultados de la monitorización transoperatoria se documentan en el expediente clínico en tiempo real.
(3) Se realiza una monitorización clínica continua del estado fisiológico del paciente durante el periodo postquirúrgico inmediato.
(4) Los resultados de la monitorización postquirúrgica inmediata se documentan en el expediente clínico.
(5) El cumplimiento del estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente con participación del personal quirúrgico, anestésico y de enfermería.
(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Formatos institucionales para el registro de monitorización transoperatoria y postoperatoria inmediata.
- Expedientes clínicos con evidencia de parámetros fisiológicos documentados en ambas fases.
- Documento institucional que define los parámetros mínimos de monitorización según el tipo de procedimiento.
- Manuales de funciones del personal clínico con responsabilidades en la monitorización del paciente quirúrgico.
- Registros de supervisión periódica y listas de verificación de cumplimiento.
- Registro de acciones de mejora implementadas tras auditorías del proceso quirúrgico y de recuperación.

D. INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

a. Estándar 1/46. Planeación individualizada de la atención al paciente.

1. Guía.

La atención clínica que se brinda a cada paciente en el establecimiento debe ser planeada de forma oportuna, estructurada y basada en las necesidades identificadas durante su proceso de valoración inicial, así

SIN VALIDEZ OFICIAL

como en los resultados generados por servicios auxiliares de diagnóstico y sus reevaluaciones posteriores.
El propósito de esta planeación es asegurar intervenciones personalizadas, adecuadas a la condición clínica del paciente, que se actualicen en función de su evolución y cambios en el estado de salud. Esta planeación debe contemplar de manera activa la participación del paciente y, cuando corresponda, de su familia o cuidador primario.
La planeación debe ser continua y estar alineada con las valoraciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención, permitiendo priorizar de manera ordenada los cuidados, tratamientos o procedimientos necesarios. Su actualización puede responder a cambios clínicos esperados o inesperados, como resultados anormales en estudios, evolución favorable, complicaciones o reacciones adversas.

i. Requerimiento auditable.

(1)La atención de cada paciente es planeada de forma oportuna desde su ingreso al tratamiento.
(2)La planeación está fundamentada en los resultados de la valoración inicial y en la información derivada de servicios auxiliares de diagnóstico.
(3)La planeación de la atención se revisa y actualiza de acuerdo con los cambios clínicos identificados durante el seguimiento o reevaluaciones.
(4)La atención brindada al paciente corresponde con lo documentado en la planeación.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro clínico de la planeación de cuidados, tratamientos y procedimientos.
- Formatos o secciones del expediente clínico que integren la valoración inicial, diagnósticos, y planes individuales de atención.
- Evidencia documental de participación del paciente y/o cuidador primario en la toma de decisiones.
- Resultados de laboratorio, gabinete o servicios auxiliares relacionados con decisiones clínicas.
- Notas de evolución que documenten revisión o actualización del plan de atención.
- Auditorías internas que verifiquen congruencia entre valoración, planeación y atención proporcionada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/46. Participación activa del paciente en los procesos de atención.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar, respaldar y promover la participación activa del paciente (y cuando corresponda, de su cuidador primario) en todas las fases del proceso de atención. Esta participación se basa en el respeto a la autonomía, el derecho a la información, la toma de decisiones compartida y la corresponsabilidad en el cuidado.

La participación puede incluir:

a) Formular preguntas sobre su estado de salud, tratamiento o proceso de atención.
b) Expresar preferencias culturales o personales que deben ser consideradas en la atención.
c) Participar en la elección entre alternativas terapéuticas, incluyendo el rechazo procedimientos o tratamientos.
d) Colaborar en la planeación de los cuidados domiciliarios.

El establecimiento debe brindar capacitación al personal clínico y no clínico sobre su rol y responsabilidad para facilitar la participación del paciente, así como, la implementación de estrategias para facilitar la comunicación, diálogo abierto y toma de decisiones.

Cuando un paciente no pueda participar directamente, se debe garantizar que su cuidador primario participe en su representación, respetando la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado mecanismos para promover la participación activa del paciente en su proceso de atención.
(2) El personal conoce y aplica prácticas para facilitar la participación del paciente y/o cuidador primario en decisiones clínicas.
(3) Se dispone de evidencia documental (cuando aplica) de que el paciente ha sido involucrado en decisiones sobre su tratamiento o proceso de atención.
(4) El establecimiento ha capacitado a su personal clínico y no clínico sobre su rol en el respaldo a la participación activa del paciente y el respeto a su autonomía.
(5) Cuando el paciente no puede participar directamente, se promueve y documenta la participación de su cuidador primario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos institucionales sobre consentimiento informado, toma de decisiones compartidas o participación del paciente.
- Registros clínicos donde se documente la decisión del paciente o del cuidador primario.
- Formatos o secciones del expediente clínico que capturan decisiones del paciente (por ejemplo, rechazos, elecciones de tratamiento, preferencias).
- Materiales educativos dirigidos al paciente y cuidador primario que fomenten su participación activa.
- Listas de asistencia y contenidos de sesiones de capacitación al personal sobre participación del paciente y derechos del paciente.
- Encuestas de experiencia del paciente que evalúan percepción sobre su participación

c. Estándar 3/46. Participación activa del paciente en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los métodos utilizados para proporcionar educación al paciente y, cuando corresponda, al cuidador primario, se adapten a sus características, barreras, y que promuevan su participación activa en el proceso de atención.

Esta participación implica no solo recibir información, sino tener la oportunidad de expresar dudas, inquietudes, percepciones o desacuerdos, lo que permite al personal clínico adaptar la comunicación, validar la comprensión y reforzar el aprendizaje.

El establecimiento reconoce la importancia del papel que desempeña el paciente en la atención como parte del proceso educativo, y utiliza métodos y materiales ajustados a las necesidades del paciente, como folletos, imágenes, modelos anatómicos, videos o demostraciones prácticas, cuando sea necesario.

El establecimiento decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal, el uso de materiales escritos debe considerarse como una herramienta de apoyo para reforzar, especialmente en pacientes con dificultad de comprensión, retención o en aquellos que requieren apoyo domiciliario por parte de cuidadores.

El personal responsable de proporcionar educación debe estar capacitado para aplicar principios de educación centrada en la persona, identificar barreras para el aprendizaje, utilizar distintos enfoques

SIN VALIDEZ OFICIAL

didácticos, y fomentar la participación activa de los pacientes en su proceso de atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento implementa acciones para promover la participación activa del paciente durante la educación, incluyendo la expresión de dudas y retroalimentación.

(2)La educación verbal se refuerza con materiales escritos, visuales o didácticos, cuando corresponde, según las barreras o preferencias del paciente o su cuidador primario.

(3)El personal que imparte la educación ha recibido capacitación para seleccionar métodos adecuados, validar la comprensión de la información y fomentar su participación activa.

(4)Se documenta en el expediente clínico o registro educativo el tipo de método utilizado, incluyendo materiales entregados o reforzadores empleados.

(A). Referencia de apoyo.

- Guía institucional o lineamiento sobre métodos educativos y participación activa del paciente.
- Materiales didácticos validados y adaptados (folletos, carteles, pictogramas, modelos de demostración).
- Registro de sesiones educativas con evidencia del método y materiales utilizados.
- Encuestas de satisfacción o retroalimentación del paciente sobre la comprensión de la información recibida.
- Registro de capacitación del personal en estrategias de educación centrada en la persona y comunicación efectiva.

d. Estándar 4/46. Participación de terceros en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que el proceso educativo contemple la participación activa de terceros, cuando el paciente, por su condición clínica, edad, limitaciones sensoriales, cognitivas o sociales, no pueda comprender o aplicar por sí mismo la información recibida.

Esta práctica fortalece la continuidad del tratamiento y el vínculo entre el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo. Estos terceros pueden ser familiares, cuidadores primarios, amigos u otras personas que apoyan directamente en la atención del paciente.

El establecimiento debe definir formalmente:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Las situaciones o criterios en que corresponde proporcionar educación a terceros.
b) El tipo de información que debe comunicarse.
c) Quiénes pueden ser considerados terceros autorizados para recibir los tipos de información, conforme a la legislación aplicable vigente.
d) Los mecanismos para garantizar el consentimiento del paciente cuando corresponda.
e) El lugar donde se documenta esta intervención educativa, dejando constancia del contenido educativo brindado, la persona que lo recibió, fecha y medio de entrega (verbal, escrita, etc.)

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión y rol que desempeñe el tercero en la atención. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente en su proceso educativo los criterios y situaciones en las que corresponde proporcionar educación a terceros.
(2) Se documenta la información proporcionada al tercero, incluyendo el contenido, fecha, medio de entrega y nombre del receptor.
(3) Se identifica adecuadamente a los terceros que reciben la educación, y cuando corresponde, se cuenta con el consentimiento informado del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado que incluye lineamientos para la educación a terceros.
- Registro de consentimiento informado cuando corresponde.
- Formatos o secciones del expediente clínico para documentar la educación a terceros.
- Registros de sesiones educativas impartidas a cuidadores o familiares.
- Evidencia de capacitación al personal sobre trato digno, comunicación efectiva y educación inclusiva.
- Material educativo adaptado para cuidadores o terceros no profesionales.
- Informes de evaluación o retroalimentación del impacto de la educación brindada a terceros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Estándar 5/46. Información al paciente sobre su proceso de atención.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que el paciente (y, cuando corresponda, su cuidador primario o representante legal) reciba información comprensible, suficiente y oportuna sobre su estado de salud, los diagnósticos identificados, el tratamiento propuesto, y cualquier situación clínica relevante para la toma de decisiones, conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe de considerar, al menos, que el paciente debe conocer:

a) El momento, la frecuencia y el personal responsable de proporcionar la información clínica.
b) El tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participan.
c) El proceso para la obtención del consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnóstico o tratamiento lo requieren, conforme a la legislación aplicable vigente.

Durante todo el proceso de atención, los pacientes y cuidadores primarios deben ser informados sobre los resultados de la atención y tratamientos planeados. También deben ser notificados de manera oportuna sobre resultados imprevistos de la atención y tratamiento, eventos adversos o cambios relevantes en el pronóstico o plan terapéutico.

El establecimiento debe adaptar la forma de brindar esta información a las características del paciente: el idioma, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente, y garantizar el respeto a su voluntad sobre recibir directamente la información o delegarla a un tercero responsable de la toma de decisiones (familiares, tutor o representante legal).

El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano. El establecimiento define los mecanismos para documentar en el expediente clínico, el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación de la comprensión de la información, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar información clínica al paciente y su cuidador primario, incluyendo personal responsable, tiempos y formas.

(2)Se informa al paciente y/o cuidador primario, de manera clara y comprensible, sobre su estado de salud, diagnósticos confirmados y tratamientos propuestos y cualquier otra situación clínica relevante, y se valida la comprensión de la información recibida.

(3)Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a participar en decisiones clínicas y rechazar tratamientos cuando así lo deseen.

(4)Se comunica al paciente y/o cuidador primario sobre los procesos que requieren consentimiento informado y el proceso para otorgarlo, conforme a la legislación aplicable vigente.

(5)El personal clínico responsable informa al paciente sobre resultados esperados e imprevistos relacionados con su tratamiento, incluyendo eventos adversos.

(6)Cuando el paciente no desea recibir directamente la información, se documenta su decisión y se comunica a su representante autorizado.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional de entrega de información clínica al paciente.
- Documentos de consentimiento informado (firmados o con registro de negativa).
- Notas médicas que registran comunicación de diagnóstico, alternativas terapéuticas y seguimiento.
- Registro de capacitación al personal sobre derechos del paciente y comunicación clínica efectiva.
- Evidencia de materiales de apoyo para facilitar la comprensión (folletos, carteles, materiales visuales).

f. Estándar 6/46. Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los pacientes y, cuando corresponda, sus cuidadores primarios, sean informados de manera clara, oportuna y comprensible sobre los resultados derivados de su atención clínica, incluyendo tanto los resultados esperados como aquellos que sean imprevistos o adversos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Una adecuada retroalimentación hacia el paciente fortalece la confianza, promueve la participación activa en las decisiones.
Cuando ocurren eventos imprevistos (por ejemplo, reacciones adversas, errores clínicos, complicaciones inesperadas o resultados diferentes a los anticipados), el personal clínico responsable debe comunicar esta información de forma veraz, empática y documentada.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre los resultados de su atención y tratamiento.
(2)El establecimiento informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre cualquier resultado imprevisto derivado de la atención o tratamiento recibido.
(3)La información comunicada es documentada en el expediente clínico, incluyendo la fecha, contenido del mensaje y la persona que realizó la comunicación

(A). Referencia de apoyo.

- Expediente clínico con evidencia de que se informó al paciente o familiar sobre resultados clínicos (ej. notas de evolución, interconsulta, consentimiento complementario).
- Registro escrito de notificación de eventos imprevistos (cuando aplique).
- Política o lineamiento institucional sobre comunicación de resultados o eventos adversos a pacientes y familiares.
- Encuestas de satisfacción o retroalimentación del paciente donde se evalúe la claridad y oportunidad de la información recibida.
- Bitácoras de sesiones clínicas o reuniones de información con pacientes o familiares, cuando exista comunicación estructurada de resultados en grupo.

g. Estándar 7/46. Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que el paciente (y cuando corresponda, su representante legal) reciba información clara y comprensible sobre su derecho a rechazar o suspender el tratamiento, así como sobre las implicaciones clínicas y resultados potenciales, y sus responsabilidades relacionadas con la decisión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El personal clínico debe explicar las consecuencias previsibles de no recibir o suspender el tratamiento y registrar de forma clara esta decisión en el expediente clínico. Esta información debe incluir alternativas terapéuticas disponibles, posibles efectos adversos y procesos de atención paliativa o de continuidad cuando sea aplicable.

En situaciones complejas, como la negativa a continuar tratamientos que puedan prolongar la vida de manera innecesaria, el establecimiento debe contar con lineamientos ético-legales definidos, basados en la legislación aplicable vigente en la entidad federativa correspondiente.

Además, el establecimiento debe promover una cultura de respeto a la autonomía del paciente y asegurar que su voluntad sea tomada en cuenta y documentada, incluso si decide delegar esta facultad a su representante legal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El paciente, su cuidador primario o representante legal, recibe información sobre su derecho a rechazar o suspender el tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) Se informa al paciente sobre las consecuencias clínicas y resultados potenciales de rechazar o suspender el tratamiento, así como, sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.

(3) El establecimiento informa a los pacientes, cuidador primario o representante legal de las alternativas de tratamiento, si corresponde.

(4) La decisión del paciente o representante legal sobre rechazar o suspender el tratamiento se documenta de manera clara en el expediente clínico.

(5) Cuando aplica, el establecimiento ha definido procesos para actuar ante la negativa del paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos que pretendan prolongar innecesariamente la vida, conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones institucionales para rechazo o suspensión de tratamientos.
- Formatos o plantillas para el registro de decisiones clínicas relevantes.
- Evidencia documental de consentimiento informado negativo o de suspensión voluntaria del tratamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Capacitación al personal clínico en aspectos ético-legales del rechazo a tratamientos.
- Registros clínicos de comunicación con pacientes/cuidadores sobre alternativas terapéuticas y consecuencias del rechazo.

h. Estándar 8/46. Protección de la privacidad del paciente durante la atención.

1. Guía.

El establecimiento debe respetar la necesidad de privacidad de cada paciente durante las distintas fases del proceso de atención, incluyendo entrevistas clínicas, valoraciones, procedimientos y sesiones de tratamiento, cuando aplique.

La privacidad no solo se refiere al entorno físico (barreras visuales o auditivas), sino también a la confidencialidad de la información, el trato durante procedimientos clínicos y la comunicación con familiares o terceros (evitar conversaciones del estado clínico del paciente en presencia de otras personas sin consentimiento). Cada paciente puede tener expectativas distintas respecto a su privacidad, las cuales pueden cambiar con el tiempo o en diferentes contextos clínicos.

El personal debe consultar al paciente de forma directa o indirecta sobre sus expectativas o necesidades relacionadas con su privacidad, y adaptar la atención conforme a estas preferencias. Aunque esta comunicación no requiere documentarse, el establecimiento debe contar acciones que orienten al personal sobre cómo responder ante una solicitud expresa de privacidad.

Los líderes del establecimiento son responsables de generar una cultura de respeto y de establecer las condiciones que favorezcan la privacidad, incluso en situaciones de atención simultánea o en salas compartidas, o cuando los pacientes así lo soliciten.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad del paciente durante la atención clínica, y adapta su comportamiento y comunicación de acuerdo con estas.

(2) Las solicitudes expresas de privacidad realizadas por los pacientes son respetadas en todo momento, incluyendo entrevistas, procedimientos, sesiones de tratamiento y traslados.

(3) El establecimiento ha definido e implementado acciones que permitan brindar privacidad adicional cuando el paciente lo requiere.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamiento o protocolo institucional sobre privacidad durante la atención clínica.
- Registros de capacitación del personal sobre privacidad, confidencialidad y comunicación respetuosa.
- Evidencia de condiciones estructurales que favorecen la privacidad: biombos, cortinas, separación de espacios, señalización de zonas restringidas, etc.

i. Estándar 9/46. Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un proceso definido y documentado para proteger y resguardar los objetos personales de los pacientes, cuando aplique, durante su estancia o tratamiento, especialmente cuando, por su condición física, edad o nivel de conciencia no puedan hacerse cargo de sus pertenencias.

El establecimiento es responsable de definir, comunicar e implementar medidas que prevengan el extravío, robo o daño de estos objetos, incluyendo ropa, artículos personales, documentos, dispositivos de apoyo (como bastones, lentes, prótesis), entre otros.

Este proceso debe ser aplicable a todas las áreas del establecimiento donde se atienda a pacientes, incluyendo salas de espera, áreas clínicas, y espacios de tratamiento. Debe considerar los casos en el que los pacientes no puedan tomar decisiones por sí mismos, el establecimiento debe establecer mecanismos de resguardo, notificación al cuidador primario, y registro documentado.

Como parte del proceso, el establecimiento debe:

a) Informar al paciente o a su cuidador primario sobre la política de manejo de objetos personales.
b) Registrar, si corresponde, los objetos resguardados bajo custodia del establecimiento.
c) Establecer mecanismos de devolución seguros y documentados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.

(2) Los pacientes y/o sus cuidadores primarios reciben información clara sobre el proceso de resguardo de pertenencias.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Cuando corresponde, el establecimiento documenta los objetos personales bajo su custodia y los mecanismos de resguardo aplicados.
(4)El personal conoce el procedimiento y lo aplica de forma consistente con lo definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para el resguardo de pertenencias de pacientes.
- Formato de registro de objetos personales bajo custodia del establecimiento.
- Material informativo entregado al paciente y cuidador primario sobre el manejo de objetos personales.
- Evidencia de devolución de pertenencias con firma de conformidad, si corresponde.
- Capacitación del personal en el procedimiento de resguardo y manejo de pertenencias.

j. Estándar 10/46. Documentación de indicaciones clínicas.

1. Guía.

En el establecimiento las actividades clínicas incluyen múltiples tipos de indicaciones: administración de medicamentos, ajustes en los tratamientos, uso de servicios auxiliares de diagnóstico, cuidados de enfermería, nutrición y otros servicios auxiliares. La correcta emisión, localización y ejecución de estas indicaciones es fundamental para garantizar la continuidad, seguridad y eficacia del tratamiento.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso para la emisión y documentación de indicaciones clínicas, el cual describa, al menos, lo siguiente:

a) Personal clínico competente autorizado a emitir indicaciones.
b) Ubicación uniforme de las indicaciones dentro del expediente clínico, asegurando un lugar claro y accesible, permitiendo su consulta y ejecución oportuna por parte del equipo multidisciplinario.
c) Qué tipo de indicaciones deben justificarse explícitamente para promover su uso racional, si corresponde. (por ejemplo: estudios auxiliares de diagnóstico).
d) Las acciones a seguir ante indicaciones ilegibles, confusas o incompletas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Las consideraciones especiales y excepciones, como situaciones de urgencia consideradas en la AESP 2.

Las indicaciones deben ser claras, completas y comprensibles, y deben estar disponibles para su ejecución en el momento oportuno. Su correcta documentación es esencial para garantizar la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la trazabilidad clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la emisión y documentación de indicaciones clínicas.

(2)El proceso incluye al menos los elementos mencionados en el inciso a) al e) de la guía.

(3)Las indicaciones clínicas documentadas cumplen con lo definido por el proceso institucional.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la emisión y documentación de indicaciones clínicas.
- Manual o política que defina las atribuciones del personal autorizado.
- Formatos o estructuras del expediente clínico que integren las indicaciones de manera visible y ordenada.
- Registros clínicos que evidencien la ejecución de las indicaciones.
- Registros de capacitación del personal clínico sobre la emisión de indicaciones.
- Bitácoras, hojas de enfermería o reportes de seguimiento donde se observe la ejecución de las indicaciones.
- Proceso para el manejo de indicaciones ilegibles o urgentes.

k. Estándar II/46. Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que todo procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado al paciente (ya sea invasivo o no invasivo) se documente de forma clara, completa y oportuna en el expediente clínico, conforme a la regulación aplicable vigente. Esta documentación debe incluir tanto la ejecución del procedimiento como los resultados obtenidos, incluso si estos se emiten con posterioridad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La información registrada debe contener, al menos: el nombre del procedimiento, la fecha y hora de realización, la técnica utilizada (cuando corresponda), los hallazgos o resultados clínicos (incluso si fueron normales o sin complicaciones), las complicaciones identificadas en caso de haberlas, y el nombre completo del personal clínico responsable.

En los casos en que los resultados se generan de forma diferida (por ejemplo, biopsias, estudios histopatológicos, cultivos o pruebas de gabinete enviadas a análisis externos), el personal clínico debe dar seguimiento activo a dichos resultados, integrarlos al expediente clínico y tomar las decisiones clínicas correspondientes.

La documentación precisa y oportuna de los procedimientos es esencial para garantizar la continuidad y trazabilidad de la atención, coordinar decisiones clínicas subsecuentes y fortalecer la seguridad del paciente, al prevenir duplicidades, omisiones o decisiones sin sustento clínico. La falta de registro o seguimiento puede traducirse en fallas asistenciales, pérdida de oportunidades diagnósticas o retrasos terapéuticos.

Es responsabilidad de los líderes del establecimiento supervisar que la documentación de los procedimientos sea sistemática y que se asegure el seguimiento a los resultados diferidos.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados al paciente son documentados en el expediente clínico.

(2) Los resultados derivados de los procedimientos realizados (hallazgos clínicos, reportes, imágenes, valores técnicos) también se integran oportunamente al expediente clínico.

(3) Cuando los resultados se emiten en forma diferida, el personal clínico da seguimiento activo a su integración en el expediente y toma decisiones clínicas basadas en dichos resultados.

(4) El establecimiento supervisa que la documentación de procedimientos y el seguimiento de resultados se realicen de manera sistemática.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros en el expediente clínico donde se documente de forma estructurada la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Informe o resultado de procedimientos diferidos (ej. estudios histopatológicos, biopsias, cultivos, imágenes) integrados al expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Notas médicas o de evolución donde se evidencie que el profesional clínico dio seguimiento y tomó decisiones clínicas con base en resultados recibidos con posterioridad.
- Bitácoras, hojas de procedimiento o plantillas institucionales para el registro estandarizado de procedimientos y resultados.
- Supervisiones o auditorías clínicas internas del expediente clínico electrónico, que verifiquen que existe trazabilidad entre el procedimiento, su resultado y la decisión clínica posterior.
- Política institucional o lineamientos de documentación clínica, donde se especifique la obligatoriedad de registrar todos los procedimientos y realizar seguimiento a los resultados posteriores.
- Formatos o sistemas electrónicos (si aplica) que garanticen visibilidad de los resultados en diferido y alertas de seguimiento pendientes (en sistemas de expediente clínico electrónico).

I. Estándar 12/46. Registro clínico completo para pacientes que reciben atención médica continua.

1. Guía.

El expediente clínico debe contener información clara, suficiente y estructurada para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y documentar el curso clínico y los resultados obtenidos durante la atención médica continua, como puede ser en consulta sin cita, consulta urgente, valoración prolongada o atención de seguimiento inmediato.

Contar con un formato estandarizado y un contenido mínimo obligatorio permite asegurar la continuidad de la atención y la integración entre los profesionales involucrados, además de facilitar el seguimiento posterior, la referencia o el egreso seguro.

Los registros deben realizarse conforme a la legislación aplicable vigente, y reflejar la actuación del personal de salud, incluyendo personal médico, de enfermería y de otras profesiones de la salud que participen en la atención. El expediente debe incluir, al menos:

a) Hora de ingreso o llegada al servicio de atención médica continua.
b) Valoración clínica y diagnóstico inicial.
c) Plan de tratamiento o intervención realizada.
d) Estado clínico al egreso.
e) Recomendaciones e indicaciones para seguimiento, referencia o vigilancia posterior.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este registro permite establecer claramente la condición de la persona usuaria, las decisiones tomadas y las acciones ejecutadas durante su estancia en el servicio.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para garantizar que todas las personas que reciben atención médica continua cuentan con un expediente clínico completo.

(2)El proceso incluye al menos los elementos descritos en los incisos a) al e) de la guía.

(3)El establecimiento capacita al personal responsable sobre el llenado adecuado, completo y conforme a legislación vigente del expediente clínico en atención médica continua.

(4)El establecimiento verifica de forma periódica el cumplimiento de los criterios de calidad, trazabilidad y continuidad en los registros del expediente clínico en atención médica continua.

(A). Referencia de apoyo.

- Expedientes clínicos con registros completos de personas atendidas en consulta de demanda, urgencias menores o atención prolongada.
- Lineamiento institucional para el uso y llenado del expediente clínico en atención médica continua.
- Formatos o sistemas electrónicos que integren los elementos requeridos.
- Evidencia de capacitación al personal clínico y de enfermería en normatividad del expediente clínico.
- Resultados de auditorías internas sobre el cumplimiento de registros clínicos.
- Protocolos de atención, hojas de egreso o planes de seguimiento documentados.

m.Estándar 13/46. Proceso para la obtención del consentimiento informado. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso formal para la obtención del consentimiento informado, como un componente esencial del respeto a la autonomía del paciente y su participación activa en las decisiones clínicas, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para que el consentimiento sea válido, este proceso debe asegurar que la información acerca del acto que se autoriza sea:

a) Otorgada previo a la realización del procedimiento o tratamiento que lo requiera.
b) Basada en información veraz, suficiente y comprensible, adaptada al nivel educativo, cultural o cognitivo del paciente.
c) Proporcionada por personal de salud competente y autorizado para brindar la información y recabar el consentimiento.
d) Ratificada la comprensión de la información por parte del paciente o, cuando corresponda, su representante legal.
e) Documentada por escrito en el expediente clínico, mediante firma u otro medio válido conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento identifica los momentos del proceso de atención que requieren consentimiento informado, por ejemplo, procedimientos quirúrgicos, tratamientos específicos (uso de catéteres, medicamentos especiales), estudios de gabinete (uso de medios de contraste) o situaciones de alto riesgo clínico (reutilización de filtros, si aplica).

Se informa a los pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. También deben estar informados sobre quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento.

El personal clínico involucrado debe ser capacitado para informar a los pacientes y cuidadores primarios sobre el proceso de consentimiento informado, sus fundamentos éticos y legales, así como el rol que les corresponde conforme a las funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano. El establecimiento debe contar con mecanismos para supervisar el cumplimiento del proceso.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la obtención del consentimiento informado, acorde a la legislación aplicable vigente.

(2) Los pacientes otorgan el consentimiento informado antes de procedimientos o tratamientos que así lo requieren, conforme al proceso definido.

(3) El consentimiento informado queda documentado mediante firma, huella u otro medio legalmente válido, y se integra al expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El establecimiento capacita al personal clínico responsable en la correcta implementación del proceso de consentimiento informado.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la obtención del consentimiento informado.
- Listado o protocolo de procedimientos que requieren consentimiento informado.
- Formatos de consentimiento informado (general, especial, de procedimientos).
- Ejemplos documentados en expedientes clínicos.
- Materiales de apoyo al paciente para explicar el consentimiento (folletos, guías, pictogramas).
- Registros de capacitación del personal clínico sobre consentimiento informado.
- Evaluación del proceso en auditorías internas o comités de calidad.

n. Estándar 14/46. Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que los pacientes (y, cuando corresponda, su cuidador primario o representante legal) reciban información veraz, suficiente, comprensible y oportuna para participar en las decisiones clínicas y otorgar su consentimiento informado de manera libre y consciente, conforme a la legislación aplicable vigente.

La información debe ser proporcionada por personal de salud competente y autorizado, y adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. Debe incluir al menos:

a) El diagnóstico o estado de salud identificado.
b) El procedimiento o tratamiento propuesto (acto autorizado).
c) Los beneficios, riesgos y alternativas al tratamiento.
d) Los posibles resultados si el paciente decide no someterse al tratamiento.
e) Las probabilidades de éxito y los posibles efectos adversos durante la recuperación.
f) El nombre del profesional de salud responsable del procedimiento.

Este consentimiento debe ser documentado por escrito en el expediente clínico (en todos los casos, la información proporcionada

SIN VALIDEZ OFICIAL

debe haber sido previamente comprendida y ratificada) y debe contener, como mínimo, los elementos establecidos en la legislación aplicable vigente:

i. Datos de identificación de la institución.
ii. Lugar y fecha en que se emite;
iii. Acto autorizado;
iv. Objetivos;
v. Posibles beneficios y riesgos esperados del acto médico autorizado;
vi. Alternativas de tratamiento
vii. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado;
viii. Nombre completo y firma del paciente. Si el paciente no puede firmar por su condición clínica, se debe registrar el nombre completo y firma del familiar más cercano, tutor o representante legal.
ix. Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y responsable del acto específico que fue otorgado;
x. Nombre completo y firma de dos testigos.

El proceso definido por el establecimiento debe contemplar la participación de un tercero cuando el consentimiento puede ser otorgado directamente por el paciente o, cuando este no pueda decidir por sí mismo (por ejemplo, por estado clínico o por ser menor de edad), por su representante legal, tutor o familiar más cercano, conforme a lo establecido en la legislación aplicable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar información clínica suficiente, comprensible y oportuna a los pacientes y cuidadores primarios antes de obtener el consentimiento informado.

(2) La información entregada al paciente incluye el diagnóstico, tratamiento propuesto, beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias de no tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

(3) Se informa y documenta el nombre del profesional responsable del procedimiento o tratamiento.

(4) Cuando el paciente no puede otorgar el consentimiento, se identifica y documenta al tercero legalmente autorizado para hacerlo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Se integra la carta de consentimiento informado debidamente requisitada al expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.
(6)Se documenta en el expediente clínico la entrega de información, la comprensión del paciente y el acto de consentimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso para la obtención del consentimiento informado.
- Formato institucional de consentimiento informado.
- Registros de capacitación del personal sobre consentimiento informado y derechos del paciente.
- Copia del consentimiento informado debidamente requisitado y archivado en el expediente clínico.
- Registros de revisión y auditoría de expedientes clínicos.

o. Estándar 15/46. Obtención del consentimiento informado al ingreso del paciente al establecimiento.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado y estandarizado para la obtención del consentimiento informado general de ingreso, como parte de las obligaciones legales y éticas al admitir a un paciente para hospitalización.

Este consentimiento forma parte de la historia clínica y debe obtenerse antes de iniciar cualquier acto clínico, salvo en casos de urgencia debidamente justificados. Su propósito es garantizar que el paciente o su representante legal comprende y acepta de forma voluntaria el ingreso hospitalario y los procesos clínicos generales derivados de él.

El proceso debe considerar, al menos, los siguientes elementos:

a) Proporcionar información clara, veraz y comprensible sobre el alcance del consentimiento general, incluyendo que no sustituye a consentimientos informados específicos cuando estos sean requeridos por la naturaleza del procedimiento.
b) Informar sobre la probabilidad de participación de recurso humano en formación durante la atención, y obtener autorización expresa, cuando corresponda.
c) Informar al paciente o a su representante legal sobre sus derechos y obligaciones durante la hospitalización, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Obtener el consentimiento por escrito, mediante firma, huella o medios legalmente válidos, previo al inicio de la atención, y documentarlo en el expediente clínico.
e) Asegurar que el personal que informa y recaba el consentimiento general esté capacitado y cuente con las funciones asignadas para ello, conforme al sistema de gestión del talento humano.

El consentimiento informado general al ingreso no exime de la obligación de obtener otros consentimientos informados específicos cuando la condición clínica o el tipo de procedimiento lo requieran.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la obtención del consentimiento informado general al ingreso hospitalario.
(2) El proceso contempla los elementos a) al e) descritos en la guía.
(3) El consentimiento general se obtiene y documenta por escrito antes del inicio de la atención, y se integra en el expediente clínico.
(4) Cuando corresponda, el consentimiento incluye la autorización o rechazo a la participación de recurso humano en formación.
(5) El establecimiento capacita al personal responsable sobre los fundamentos, alcances y procedimientos relacionados con el consentimiento informado general.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la obtención del consentimiento informado general al ingreso hospitalario.
- Formatos oficiales de consentimiento general de ingreso, con inclusión de cláusula de participación de personal en formación.
- Ejemplos documentados en expedientes clínicos.
- Materiales informativos para el paciente sobre derechos, obligaciones y alcance del consentimiento.
- Registros de capacitación del personal clínico que realiza el proceso de ingreso.
- Reportes o resultados de supervisión del cumplimiento del proceso.

p. Estándar 16/46. Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.

1. Guía.

El establecimiento debe obtener un consentimiento informado específico antes de realizar procedimientos clínicos considerados de

SIN VALIDEZ OFICIAL

alto riesgo o que impliquen decisiones sensibles por parte del paciente, conforme a la legislación aplicable vigente.

Estos procedimientos incluyen, al menos:

a) Inicio del tratamiento sustitutivo con hemodiálisis.
b) Inserción, cambio o uso de catéteres vasculares temporales o permanentes.
c) Administración de medicamentos especiales.
d) Procedimientos invasivos o diagnósticos que impliquen riesgo.

Además, el establecimiento debe identificar, mediante un análisis institucional multidisciplinario, otras situaciones especiales en las que sea necesario obtener un consentimiento informado por escrito, más allá de los procedimientos clínicos definidos. Estos consentimientos informados especiales pueden incluir, por ejemplo:

i. Consentimiento para el uso de sujeciones físicas (cuando aplique y esté permitido).
ii. Participación en investigaciones clínicas u observacionales.
iii. Grabaciones con fines educativos o documentales.
iv. Otros casos definidos por la práctica institucional, la experiencia del paciente o la legislación aplicable vigente.

El proceso debe asegurar que la información sea clara, suficiente y comprensible, e incluir al menos: beneficios esperados, riesgos asociados, alternativas terapéuticas y consecuencias del rechazo. El consentimiento debe ser otorgado por el paciente o, cuando corresponda, por su tutor, familiar o representante legal. La persona profesional de salud que proporciona la información debe estar debidamente autorizada, y su identidad debe quedar documentada.

El consentimiento debe registrarse e integrarse al expediente clínico antes de la realización del procedimiento o evento.

El contenido, estructura, responsables del consentimiento informado deben alinearse con lo establecido en el estándar de comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado, que define de forma integral los elementos mínimos requeridos, el proceso de entrega de información y la documentación en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado los procedimientos clínicos de alto riesgo que requieren consentimiento informado específico conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) Se obtiene y documenta el consentimiento informado específico antes de realizar cualquier procedimiento clínico de alto riesgo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El establecimiento ha realizado un análisis institucional para identificar y documentar las situaciones especiales en las que se requiere consentimiento informado especial.

(4)Se obtienen consentimientos informados especiales por escrito en las situaciones definidas por el establecimiento.

(5)El consentimiento informado específico o especial se documenta e integra en el expediente clínico antes del procedimiento correspondiente.

(6)El profesional de salud que proporciona la información y obtiene el consentimiento está identificado, capacitado y autorizado por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la obtención de consentimientos informados, que incluya los específicos y especiales.
- Listado institucional de procedimientos de alto riesgo y situaciones especiales que requieren consentimiento informado.
- Formatos de consentimiento informado específico y especial.
- Registros de capacitación del personal clínico sobre el proceso de consentimiento informado.
- Evidencia de integración de los consentimientos al expediente clínico.
- Actas o reportes de análisis institucional donde se hayan definido las situaciones especiales.

q. Estándar 17/46. Obtención del consentimiento informado para anestesia y sedación.

1. Guía.

La anestesia y la sedación son intervenciones clínicas que requieren consentimiento informado específico, debido a los riesgos potenciales que conllevan, el uso de medicamentos de alto riesgo, la pérdida de la conciencia o de los reflejos protectores, y la posibilidad de complicaciones intra o postoperatorias.

El consentimiento informado debe garantizar el respeto a la autonomía del paciente, su derecho a decidir libremente sobre su atención, y la toma de decisiones compartidas con el equipo clínico. Este proceso debe cumplir con los siguientes principios:

a) La información es proporcionada de forma clara, suficiente, veraz y comprensible.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Es otorgada antes de administrar sedación o anestesia.
c) El contenido está alineado con lo establecido en la legislación aplicable vigente.
d) La información es entregada por un médico anestesiólogo o, en el caso exclusivo de sedación, por un médico autorizado por el establecimiento.
e) El consentimiento se obtiene por escrito, firmado por el paciente o su representante legal, y queda integrado al expediente clínico.

El contenido mínimo de este consentimiento debe incluir:

i. Tipo y objetivo de la anestesia o sedación planeada.
ii. Riesgos y complicaciones potenciales.
iii. Beneficios esperados.
iv. Alternativas existentes, si las hay.
v. Consecuencias de no realizar la intervención.
vi. Autorización para la atención de emergencias derivadas.
vii. Nombre completo y firma del médico que informa.
viii. Nombre completo y firma del paciente o su representante legal.
ix. Nombre completo y firma de dos testigos, cuando aplique.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso específico para la obtención del consentimiento informado para anestesia y sedación, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) La información proporcionada al paciente incluye los riesgos, beneficios, alternativas y consecuencias de no aceptar el procedimiento.
(3) El consentimiento informado es otorgado antes de la administración de anestesia o sedación, y queda documentado por escrito en el expediente clínico.
(4) El consentimiento informado para anestesia es brindado exclusivamente por un médico anestesiólogo.
(5) En el caso de sedación, el consentimiento puede ser brindado por un médico autorizado formalmente por el establecimiento.
(6) El personal clínico responsable de brindar la información y recabar el consentimiento ha sido capacitado y está debidamente identificado.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional de consentimiento informado para anestesia y sedación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Expedientes clínicos con consentimiento informado debidamente firmado e integrado.
- Documento institucional que define el proceso de consentimiento informado específico para anestesia y sedación.
- Registro de personal autorizado para brindar la información y recabar el consentimiento.
- Registro de capacitación del personal médico en el proceso de consentimiento informado.
- Materiales educativos utilizados para explicar el procedimiento anestésico al paciente o su representante legal.
- Listado institucional de procedimientos que requieren consentimiento informado específico.

r. Estándar 18/46. Información y consentimiento informado para la participación en investigaciones clínicas. – Indispensable –

1. Guía.

Cuando el establecimiento realiza investigaciones clínicas que involucran la participación de pacientes, debe asegurarse de que estos y sus familiares reciban información clara, comprensible y suficiente para tomar decisiones libres e informadas sobre su participación.

Esta información debe incluir:

a) los beneficios esperados
b) posibles molestias y riesgos
c) alternativas terapéuticas disponibles
d) los procedimientos requeridos para participar.

También se debe informar que la participación es completamente voluntaria, y que negarse o retirarse de la investigación en cualquier momento no afectará su acceso a los servicios que brinda el hospital.

En caso de que el paciente decida participar, debe otorgar un consentimiento informado formal, que se documenta conforme a la legislación aplicable vigente y se integra al expediente clínico. Este consentimiento debe derivarse de la información previamente proporcionada y reflejar la voluntad del paciente de participar bajo condiciones éticas y seguras.

Este proceso garantiza el respeto a los derechos del paciente, la transparencia en los procesos de investigación y el cumplimiento de principios éticos y legales nacionales e internacionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso institucional para informar a los pacientes y familiares sobre la posibilidad de

SIN VALIDEZ OFICIAL

participar en investigaciones clínicas cuando éstas son relevantes para su tratamiento.

(2) Los pacientes reciben información clara y comprensible sobre lo mencionado de los incisos a) a la d) de la guía.

(3) Se informa a los pacientes que su decisión de participar es voluntaria y que pueden negarse o retirarse sin que ello afecte su acceso a los servicios del establecimiento.

(4) Cuando un paciente acepta participar, se obtiene un consentimiento informado específico para la investigación clínica.

(5) El consentimiento informado se documenta conforme a la legislación aplicable vigente.

(6) El consentimiento informado firmado se integra al expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la obtención de consentimientos informados, que incluya los específicos y especiales.
- Procedimiento institucional para investigación clínica con participación de pacientes.
- Formatos y registros de consentimiento informado para investigación.
- Materiales de información entregados a los pacientes (folletos, fichas técnicas, protocolos).
- Registros clínicos de consentimientos informados documentados.

s. Estándar 19/46. Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.

1. Guía.

El establecimiento debe implementar un proceso estructurado de educación para el paciente y, cuando corresponda, para su cuidador primario, con el fin de fortalecer la participación activa en el tratamiento, la adherencia terapéutica y la seguridad de la atención.

Este proceso debe desarrollarse de forma continua, desde el ingreso del paciente y en todas las fases de la atención, considerando la misión y el contexto del establecimiento, así como los servicios brindados, las necesidades particulares del paciente, su condición clínica, su entorno familiar y los lineamientos del modelo de calidad en salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La educación debe ser proporcionada de forma verbal y escrita, en un lenguaje claro y comprensible, utilizando apoyos visuales o materiales adaptados cuando sea necesario.

El establecimiento debe contemplar al menos cuatro perspectivas:

a) Educación basada en las necesidades específicas del paciente
   i. La educación que responde directamente a las dudas, preocupaciones manifestadas sobre la atención, tratamiento, expectativas, cuidados domiciliarios, etc.
   ii. No se limita a información general, sino que parte de lo que el paciente necesita o quiere saber en un momento específico de su tratamiento.

b) Educación basada en la condición clínica del paciente y aspectos relacionados con programas de prevención y promoción de la salud
   i. La educación específica para la situación médica del paciente: patología, abordaje diagnóstico, dieta, tratamiento, comorbilidades, y riesgos clínicos. Informa sobre el manejo, autocuidado, signos de alarma y adaptación al tratamiento.
   ii. El establecimiento cuenta con programas de prevención y promoción de la salud que se consideren prioridades dentro del establecimiento, de acuerdo a la población que atiende, su misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente, se pueden incluir:
      - Salud Materna y Perinatal.
      - Atención integral del adolescente.
      - Atención integral del adulto mayor.
      - Enfermedades crónico-degenerativas prevenibles (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades cardio y cerebrovasculares).
      - Prevención y control de la Tuberculosis.
      - Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia).
      - Violencia Familiar
      - Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
      - Prevención, detección y atención temprana de Cáncer (cervicouterino, mama, próstata).
      - Infecciones respiratorias (incluyendo influenza y COVID-19).
      - Enfermedades diarreicas.
      - Salud Mental, prevención del suicidio y adicciones.
      - Salud Bucal.
      - Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Educación organizacional
   i. La educación que todas las personas que ingresan al establecimiento deben recibir, con base a un análisis multidisciplinario del contexto del establecimiento, para conocer cómo funciona el establecimiento, su reglamento interno, horarios, manejo de citas, servicios disponibles, terceros pagadores, canales de comunicación, la dinámica de atención, derechos y responsabilidades del paciente.

d) Educación sobre las barreras de seguridad del paciente, acorde al MOCEBPASS
   i. Se refiere a los aspectos de educación relacionados con la participación activa del paciente en los procesos del modelo y las barreras de seguridad. Se considera al menos:
      – Higiene de manos
      – Riesgo de caídas
      – Dolor
      – Medicación Segura

El establecimiento planifica sus recursos, para educar al paciente y su cuidador primario, de manera eficiente y efectiva. La educación se proporciona de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario. Por consiguiente, el establecimiento puede optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

– Designar un coordinador de educación.
– Crear un comité de educación.
– Crear un servicio de educación.
– Trabajar con todo el personal.

Como parte del proceso educativo, el establecimiento define:

i. Un proceso de evaluación del aprendizaje adquirido por el paciente y su cuidador primario. Por ejemplo, pedir al paciente que explique la información compartida.
ii. La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.
iii. El lugar en el expediente clínico donde se documenta la educación de cada una de las cuatro perspectivas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado proceso para la educación al paciente y cuidador primario, incluyendo al menos las cuatro perspectivas descritas.

(2) El establecimiento ha definido cómo se evalúa el aprendizaje del paciente y/o cuidador primario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El establecimiento ha definido el lugar y la forma en que debe documentarse cada tipo de educación.
(4)Se documenta en el expediente clínico o registros correspondientes la educación proporcionada, conforme a lo definido por el establecimiento.
(5)Existen materiales educativos adaptados al nivel de comprensión del paciente o cuidador primario, y se usan como apoyo cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos desarrollados o adaptados por el establecimiento (folletos, infografías, carteles, videos, pictogramas).
- Formatos de registro de sesiones educativas, individuales o grupales, vinculadas a los diferentes enfoques del estándar.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente y/o cuidador primario, incluyendo listas de verificación, encuestas breves o preguntas dirigidas.
- Evidencia documental de capacitación al personal clínico y no clínico sobre estrategias de educación, comunicación efectiva y trato digno.
- Protocolos o lineamientos institucionales sobre cómo y dónde se documenta cada tipo de educación
- Reportes de supervisión o auditoría del cumplimiento del proceso educativo.
- Actas o registros del comité, responsable o equipo multidisciplinario de educación (si aplica).

t. Estándar 20/46. Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.

1. Guía.

El establecimiento debe implementar un proceso sistemático para proporcionar educación al paciente, y cuando corresponda, a su cuidador primario. La identificación de temas será con base en su condición clínica específica, sus comorbilidades y factores de riesgo.
Este enfoque del proceso educativo se orienta a brindar información que permita al paciente tomar decisiones fundamentadas, comprender su tratamiento, prevenir complicaciones y participar activamente en el mantenimiento de su salud dentro y fuera del establecimiento.
La educación se proporciona desde el ingreso al programa , durante todo el tratamiento y en cada momento clínico relevante. El contenido

SIN VALIDEZ OFICIAL

educativo deberá actualizarse cuando exista un cambio clínico significativo, complicación nueva, ajuste en la prescripción o necesidad de educación reforzada derivada de eventos previos.

La educación debe contemplar, al menos, dos grupos de temas:

a) Temas clínicos directamente relacionados con la atención del paciente. Incluye:
   i) Uso seguro y efectivo de medicamentos prescritos.
   ii) Uso seguro y efectivo del equipo médico relacionado con su atención (monitoreo de signos vitales, cuidados de acceso vascular, etc.).
   iii) Recomendaciones nutricionales y de hidratación individualizadas según la condición del paciente.
   iv) Manejo del dolor y/u otras condiciones clínicas.
   v) Técnicas de rehabilitación física o recomendaciones de actividad adaptadas a la situación funcional del paciente.

Esta información debe ser entregada de manera clara, en el momento clínico oportuno, y con seguimiento si corresponde.

b) Temas de salud pública y programas prioritarios en México (Prevención y promoción de la salud) Si corresponde, de acuerdo a la población que atiende, su misión, recursos y con base en la legislación aplicable vigente, el establecimiento debe proporcionar educación sobre los siguientes temas cuando sea pertinente:
   i) Planificación familiar, salud sexual y reproductiva.
   ii) Prevención de violencia familiar y detección de factores de riesgo.
   iii) Enfermedades crónicas no transmisibles, como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y sus cuidados específicos.
   iv) Patologías oncológicas (cáncer cervicouterino, de mama, próstata).
   v) Prevención y atención temprana de adicciones (alcohol, tabaco, drogas no prescritas).
   vi) Enfermedades prevenibles por vacunación, particularmente en población inmunocomprometida o con factores de riesgo.
   vii) Educación específica para pacientes embarazadas, incluyendo signos de alarma.
   viii) Entre otras.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento define los mecanismos para documentar la educación en el expediente clínico, el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación del aprendizaje, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

i. Requerimiento auditable.

(1)El personal clínico identifica las necesidades educativas derivadas de la condición clínica de cada paciente, acorde a lo definido por el establecimiento.

(2)Se proporciona educación al paciente y, cuando corresponde, a su cuidador primario, con base en dicha identificación, incluyendo temas clínicos directamente relacionados con la atención del paciente.

(3)Cuando corresponde, se proporciona educación sobre temas de salud pública y programas prioritarios de acuerdo con la población que atiende, la misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente.

(4)La educación se proporciona y se documenta en el expediente clínico conforme al mecanismo definido por el establecimiento.

(5)La educación se proporciona en un lenguaje comprensible y se apoya de materiales adaptados cuando corresponde (folletos, pictogramas, recursos audiovisuales).

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos adaptados a la condición clínica de los pacientes (folletos sobre medicamentos, cartillas alimentarias, cuidados del acceso vascular, prevención de caídas, etc.).
- Formatos de registro de sesiones educativas individuales o grupales, vinculadas a condiciones clínicas o temas prioritarios de salud pública.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente, mediante listas de verificación, preguntas dirigidas o retroalimentación verbal.
- Evidencia documental de participación del personal clínico capacitado en procesos educativos.
- Informes de supervisión o auditoría interna sobre la entrega de educación clínica y temas de prevención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

u. Estándar 21/46. Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.

1. Guía.

El establecimiento debe proporcionar educación organizacional a todos los pacientes y, cuando corresponda, a sus cuidadores primarios, como parte del proceso educativo.

Esta educación corresponde a la tercera perspectiva del proceso educativo y se define con base en un análisis multidisciplinario del contexto operativo del establecimiento, sus recursos, servicios y dinámica organizacional. Esta educación debe impartirse al ingreso y reforzarse según se requiera, en un lenguaje claro y adaptado a las características de cada persona.

El establecimiento debe definir formalmente qué contenidos forman parte de esta educación organizacional, quién es el personal responsable de brindarla, y cómo y dónde se documenta su entrega. La información puede ser proporcionada de manera verbal, escrita o mediante materiales de apoyo.

Entre los contenidos considerados dentro de esta perspectiva se incluyen, de forma enunciativa más no limitativa:

a) Reglas y lineamientos internos del establecimiento.
b) Horarios de atención e informes.
c) Derechos y responsabilidades del paciente.
d) Canales de comunicación o mecanismos de queja y sugerencia.
e) Uso de servicios auxiliares o de apoyo (como laboratorios o farmacia, si aplica).
f) Información relacionada con terceros pagadores (programas gubernamentales, aseguradoras, convenios).

El establecimiento debe asegurar que esta educación organizacional sea consistente con las políticas institucionales. La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente los contenidos que conforman la educación organizacional para pacientes y cuidadores primarios.

(2) Se proporciona educación organizacional a los pacientes, conforme a lo establecido por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)La educación organizacional se proporciona de forma comprensible, adaptada al contexto del paciente.
(4)Se documenta en el expediente clínico o en registros institucionales la educación organizacional brindada.

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamiento o política institucional que define el contenido y responsables de la educación organizacional.
- Materiales educativos: reglamento interno, folleto de bienvenida, infografías sobre horarios y servicios.
- Formato o sección del expediente clínico donde se registra la educación organizacional.
- Registros de sesiones educativas colectivas o individuales con pacientes y/o cuidadores primarios.
- Evaluaciones de comprensión o encuestas de satisfacción sobre información institucional recibida.

v. Estándar 22/46. Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.

1. Guía.

El establecimiento debe proporcionar educación estructurada a todos los pacientes y, cuando corresponda, a su cuidador primario, sobre los temas definidos por el MOCEBPASS con el propósito de fortalecer la participación informada y activa del paciente en su propia seguridad.
Esta educación corresponde a la cuarta perspectiva del proceso educativo y debe integrarse desde el ingreso del paciente al programa y mantenerse de forma continua durante la atención. El establecimiento define el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación del aprendizaje, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.
La educación debe considerar como mínimo los siguientes temas:
a) Higiene de manos, puede incluir: Explicación clara sobre cuándo y cómo debe realizarse la higiene de manos, su importancia en la prevención de infecciones, y el rol del paciente en solicitar o recordar esta práctica al personal.
b) Prevención de caídas, puede incluir: Información sobre medidas para prevenir caídas dentro del establecimiento y en el entorno domiciliario, especialmente para pacientes con movilidad reducida o alteraciones neurológicas

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Dolor, puede incluir: Educación sobre cómo identificar, expresar y reportar el dolor, uso de escalas visuales simples, derechos relacionados con el manejo del dolor y los canales para comunicarlo al personal clínico.
d) Medicación segura, puede incluir: Información básica sobre los medicamentos administrados y los prescritos para su manejo en casa; importancia de seguir las indicaciones, comunicar alergias o reacciones adversas, y conocer los nombres, horarios y dosis de los medicamentos administrados.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el Sistema de Gestión del Talento Humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido los contenidos mínimos que deben incluirse en la educación sobre barreras de seguridad del paciente, considerando al menos los temas mencionados del inciso a) a la d) de la guía.
(2) Se proporciona educación al paciente y, cuando corresponde, al cuidador primario, desde el ingreso y durante las diferentes fases de atención, sobre cada uno de los temas establecidos.
(3) La educación se proporciona en un lenguaje comprensible y se apoya de materiales adaptados cuando corresponde (folletos, pictogramas, recursos audiovisuales).
(4) La educación sobre higiene de manos, riesgo de caídas, dolor y medicación segura se documenta en el expediente clínico o en el registro correspondiente, conforme a lo establecido por el establecimiento.
(5) Se cuenta con evidencia de que el personal clínico ha sido capacitado sobre los contenidos y la metodología para proporcionar educación al paciente en temas de seguridad.
(6) Existen mecanismos para evaluar la comprensión del paciente o cuidador primario respecto a los temas de seguridad del paciente

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos institucionales sobre higiene de manos, caídas dolor y medicación segura (folletos, carteles, pictogramas).
- Registro de sesiones educativas individuales o grupales sobre seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formatos de evaluación de comprensión (verbal, checklist o entrevista).
- Ejemplos de registros documentales en los expedientes clínicos donde se consigna la educación recibida.

w. Estándar 23/46. Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que el proceso educativo sea implementado por personal clínico competente, con conocimiento del contenido a transmitir, habilidades de comunicación efectiva y compromiso con la participación activa del paciente y su cuidador primario.

El proceso educativo debe ser coordinado a través de un enfoque multidisciplinario, asegurando que distintos profesionales de salud (clínico y no clínico) contribuyan según su rol y competencias, evitando la duplicación de información y asegurando un enfoque integral.

Para brindar educación al paciente, el establecimiento debe considerar.

a) Identificar el personal clínico y no clínico que participará en la impartición de la educación, con base a su perfil.
b) Verificar que estos profesionales cuenten con las competencias y conocimientos requeridos.
c) Asegurar disponibilidad de tiempo y recursos necesarios para que la actividad educativa se realice adecuadamente.
d) Capacitar al personal en técnicas de comunicación efectiva, escucha activa y estrategias de enseñanza para adultos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado los perfiles del personal clínico y no clínico responsable de impartir la educación en cada una de las cuatro perspectivas.
(2) La educación se proporciona de manera coordinada, con participación del equipo multidisciplinario de atención.
(3) Quienes imparten educación cuentan con conocimientos actualizados sobre el tema que abordan.
(4) El personal que brinda educación ha sido capacitado y cuenta con las competencias para comunicar, enseñar y evaluar la comprensión del paciente.
(5) El establecimiento verifica que el personal responsable de la educación disponga del tiempo y recursos para desempeñar esta función.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Perfiles de puesto del personal responsable de la educación.
- Registros de capacitación del personal en estrategias de educación y comunicación con el paciente.
- Evidencia documental de sesiones educativas impartidas por diferentes profesionales de salud.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente, firmado por el educador responsable.
- Plan operativo que evidencia la coordinación del proceso educativo multidisciplinario.
- Encuestas o retroalimentación del paciente sobre la educación recibida.

x. Estándar 24/46. Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos deben contar con un proceso estructurado para garantizar la prescripción segura, completa y legible de medicamentos, con base en buenas prácticas clínicas, la legislación aplicable vigente y el enfoque de prevención de errores de medicación.

Este proceso debe ser diseñado e implementado de manera multidisciplinaria, considerando la participación del personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo, cuando corresponda. El objetivo es reducir la variabilidad, prevenir errores y asegurar que la indicación terapéutica se alinee con las necesidades clínicas, el perfil del paciente y los estándares de seguridad.

El proceso debe contemplar:

a) Identificación precisa del paciente conforme a la AESP 1.
b) Requisitos normativos de la prescripción, incluyendo campos esenciales como nombre del fármaco, dosis, vía, frecuencia, duración y otros según el servicio prestado.
c) Lineamientos para el uso de prescripciones "por razón necesaria" (PRN) o "previa valoración médica" (PVM), especificando indicaciones clínicas claras.
d) Acciones para prescripciones de medicamentos con nombres o aspectos parecidos.
e) Criterios especiales para medicamentos prescritos por peso o superficie corporal.
f) Requisitos para medicamentos autoadministrados por el paciente.
g) Requisitos para medicamentos que el paciente trae consigo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

h) Requisitos para muestras médicas.
i) Tipos de prescripciones especiales permitidas (urgencia, repetición prolongada, detención automática).

El proceso también debe prevenir errores por ilegibilidad, uso de abreviaturas prohibidas o escritura ambigua, estableciendo acciones ante prescripciones incompletas o dudosas.

Finalmente, el personal involucrado en la prescripción debe recibir capacitación documentada y periódica, orientada a reforzar estas prácticas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la prescripción segura de medicamentos, que considera al menos los incisos a) a i) según su contexto.
(2) El proceso incluye buenas prácticas sobre uso correcto de abreviaturas, puntos, comas y decimales.
(3) El proceso contempla acciones para abordar prescripciones incompletas, ilegibles o confusas.
(4) El personal involucrado en la prescripción está capacitado sobre las prácticas seguras y los lineamientos del proceso.
(5) Las prescripciones de medicamentos se realizan conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Política o procedimiento institucional de prescripción segura.
- Registros de capacitación del personal prescriptor.
- Lista institucional de abreviaturas permitidas
- Evidencia de auditorías o evaluaciones internas sobre cumplimiento en prescripción.
- Evidencia de correcciones/intervenciones ante prescripciones incompletas o confusas.
- Material educativo o guías clínicas internas sobre prescripción segura.

y. Estándar 25/46. Prevención de errores en la transcripción de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos, los errores de transcripción entre la prescripción médica y la administración del tratamiento farmacológico pueden comprometer gravemente la seguridad del paciente. Estos errores ocurren comúnmente durante la transcripción de indicaciones

SIN VALIDEZ OFICIAL

médicas al expediente clínico, hoja de enfermería, perfil farmacoterapéutico, plan de atención u otros documentos institucionales.

Para disminuir este riesgo, el establecimiento debe identificar, documentar y controlar los momentos en los que se realiza la transcripción de medicamentos. A partir de ello, debe diseñar e implementar un proceso institucional que establezca:

a) Un listado de los momentos de transcripción, que incluya transiciones entre formatos, sistemas digitales y registros físicos.
b) Barreras de seguridad específicas para prevenir errores, como la doble verificación, sistemas de prescripción electrónica, uso de formatos estructurados, entre otros.
c) Acciones que seguir ante indicaciones ilegibles, incompletas o confusas, asegurando que ningún medicamento sea administrado sin haber sido validado correctamente.

Este proceso debe ser diseñado por un equipo multidisciplinario e incluir la capacitación al personal clínico (enfermería, personal médico, nutriólogos, personal en formación y cualquier otro profesional que participe en la transcripción) sobre buenas prácticas para la documentación y verificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, a través de un análisis multidisciplinario, documentado e implementado un proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicamentos.
(2) El proceso incluye al menos lo definido del inciso a) al c) de la guía.
(3) El personal involucrado en las transcripciones ha sido capacitado sobre las prácticas correctas y los riesgos asociados a este proceso.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para transcripción de medicamentos.
- Listado oficial de puntos de transcripción dentro del establecimiento.
- Registro de capacitaciones en transcripción segura.
- Ejemplos de barreras de seguridad implementadas (sistemas electrónicos, doble validación, checklist).
- Acciones tomadas frente a casos de transcripciones confusas, ilegibles o incompletas.
- Auditorías internas o externas sobre calidad en registros clínicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

z. Estándar 26/46. Conciliación de medicamentos.

1. Guía.

En los establecimientos, los pacientes reciben tratamientos crónicos que requieren el uso simultáneo de múltiples medicamentos. derivado de uno o varios padecimientos mismos que pueden ser prescritos por diferentes especialistas o instituciones, por lo que el riesgo de omisiones, duplicaciones, interacciones o contraindicaciones terapéuticas es alto.

La conciliación es el cotejo de la medicación actual con la previa, revisando que no existan interacciones farmacológicas, errores de medicación, ni duplicidad en la medicación de medicamentos es una estrategia clave para mejorar la seguridad del paciente y reducir eventos adversos.

Dado que la conciliación consiste en un proceso deliberado documentado mediante el cual se hace el cotejo del listado actualizado de los medicamentos que el paciente toma habitualmente (ya sean prescritos por otros profesionales, autoadministrados o adquiridos sin receta) con las indicaciones que se generan durante su atención en el establecimiento.

Este proceso debe:

i. Realizarse al ingreso del paciente al establecimiento.
ii. Aplicarse también cuando exista cambio de médico tratante dentro del establecimiento.
iii. Traslado de un servicio a otro dentro del establecimiento.
iv. Al egreso del paciente por mejoría, traslado a otro establecimiento o alta voluntaria.

El proceso debe incluir:

a) La obtención de un listado completo de medicamentos actuales del paciente, incluyendo nombre genérico, dosis, frecuencia, vía y duración.
b) La documentación de ese listado en el expediente clínico.
c) La comparación con las nuevas indicaciones prescritas en el establecimiento.
d) La identificación y resolución de discrepancias intencionales, intencionales no documentadas y no intencionales (omisiones, duplicados, interacciones o indicaciones contradictorias), con el involucramiento del médico tratante.
e) La toma de decisiones clínicas fundamentadas, incluyendo ajustes o confirmación de las prescripciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este proceso debe estar documentado, implementado y el personal involucrado (médico, enfermería, farmacia o personal clínico designado) debe estar capacitado para llevarlo a cabo.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la conciliación de medicamentos en pacientes incluyendo los incisos a) a e) descritos en la guía.

(2)El proceso de conciliación se aplica al ingreso del paciente al establecimiento o en su primera consulta médica.

(3)El proceso se reaplica cuando hay un cambio de médico tratante dentro del establecimiento.

(4)El establecimiento realiza la conciliación de medicamentos ante cambios clínicos relevantes.

(5)El personal responsable de realizar la conciliación está capacitado y actúa conforme al procedimiento institucional.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado de conciliación de medicamentos.
- Formato o sección en el expediente clínico donde se documenta el listado de medicamentos y las acciones derivadas de la conciliación.
- Capacitación o constancias del personal sobre conciliación segura de medicamentos.
- Registros de revisiones o auditorías internas sobre la conciliación realizada.
- Evidencia de participación del médico tratante en la toma de decisiones ante discrepancias intencionales, intencionales no documentadas y no intencionales.

aa. Estándar 27/46. Revisión de la idoneidad de la prescripción de medicamentos.

1. Guía.

La revisión de la idoneidad de la prescripción es una barrera de seguridad que tiene como objetivo evaluar y analizar que la medicación sea la adecuada para cada paciente en particular, considerando sus características clínicas, fisiológicas, fisiopatológicas, interacciones medicamentosas, historia de alergias, entre otras.

La revisión de la idoneidad de la prescripción se realiza basándose en la realización de un perfil farmacoterapéutico a cada paciente. Este perfil incluye todos los medicamentos prescritos y administrados, y demás

SIN VALIDEZ OFICIAL

información del paciente que permita llevar a cabo el proceso de análisis para revisar la idoneidad de la prescripción. Cada organización define en dónde y cómo se documenta este perfil.

La organización define al personal clínico competente (por ejemplo, un médico, personal de enfermería, un farmacéutico, técnico o profesional capacitado) que va a realizar este análisis para cada prescripción (recién ordenada o cuando cambia la dosis), así como la forma en la que este personal adquirirá las competencias para realizar perfiles farmacoterapéuticos y llevar a cabo el análisis para revisar la idoneidad.

Como es una barrera de seguridad, la revisión de la idoneidad se debe realizar antes de la administración de los medicamentos y, si se detectan problemas relacionados con la medicación, se contacta a la persona que prescribió el medicamento, para determinar la conducta a seguir.

El proceso para revisar la idoneidad de una prescripción incluye, en cada paciente, la evaluación y el análisis de:

a) la dosis, la frecuencia y vía de administración;
b) la duplicación terapéutica;
c) las alergias o sensibilidades;
d) las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos;
e) la variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento;
f) el peso del paciente y demás información fisiológica; y
g) otras contraindicaciones.

La revisión de la idoneidad se realiza al menos para los pacientes hospitalizados, ya que puede no ser necesaria o apropiada en una emergencia o cuando el médico que prescribe está presente a la hora de la preparación, administración y la monitorización del paciente (por ejemplo, en el quirófano, en el servicio de terapia intensiva y en el servicio de urgencias); o en un estudio de radiología intervencionista o de diagnóstico por imagen donde el medicamento forma parte del procedimiento.

i. Requerimiento auditable

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la revisión de la idoneidad de la prescripción.
(2) El establecimiento define qué información específica del paciente se necesita y se documenta en el perfil farmacoterapéutico para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3) A todos los pacientes se les realiza un perfil farmacoterapéutico al menos en el servicio de hospitalización.
(4) Se analiza cada perfil farmacoterapéutico y se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la administración de medicamentos. El análisis incluye, al menos, lo mencionado del inciso a) a la g) de la guía.
(5) Cuando se identifican problemas relacionados con la medicación, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.
(6) El personal autorizado para revisar la idoneidad de las prescripciones tiene las competencias para llevar a cabo esta barrera de seguridad.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la revisión de la idoneidad de la prescripción.
- Documento que define el contenido obligatorio del perfil farmacoterapéutico.
- Perfiles farmacoterapéuticos registrados en el expediente clínico.
- Bitácoras o registros de contacto con prescriptores por problemas de medicación.
- Constancias de capacitación del personal clínico autorizado para este proceso.
- Auditorías o evaluaciones sobre el cumplimiento del proceso de revisión de prescripción.

bb. Estándar 28/46. Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos, la dispensación y distribución de medicamentos (ya sea directamente al personal clínico o al paciente) debe realizarse mediante un sistema uniforme, seguro y documentado que minimice errores y garantice la trazabilidad del proceso.

El sistema debe:

a) Aplicarse de forma homogénea en todos los puntos de dispensación dentro del establecimiento o entre turnos (incluyendo farmacia, subalmacenes o estaciones clínicas, si corresponde).
b) Establecer mecanismos de verificación redundante antes de la entrega del medicamento (por ejemplo, validación del medicamento

SIN VALIDEZ OFICIAL

prescrito, dosis, nombre del paciente, vía de administración y fecha de caducidad).

c) Asegurar que la dispensación sea precisa, oportuna y conforme a lo prescrito.

d) Será llevado a cabo por personal con las competencias necesarias, en conocimiento del sistema, de los protocolos de seguridad y del marco regulatorio correspondiente.

e) Asegurar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

Este sistema debe además alinearse con las políticas definidas por el establecimiento en relación con el proceso completo de manejo de medicamentos.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha diseñado e implementado un sistema estandarizado de dispensación y distribución de medicamentos.

(2)El sistema incluye mecanismos de verificación antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal clínico o al paciente.

(3) El sistema asegura una dispensación precisa, oportuna y segura, conforme a lo prescrito.

(4) La dispensación de medicamentos es realizada exclusivamente por personal con las competencias necesarias.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional de dispensación y distribución de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal responsable del proceso de dispensación.
- Procedimientos de verificación previa a la entrega del medicamento.
- Evidencia de auditorías internas o controles de calidad en la dispensación.
- Legislación aplicable vigente
- Registros de entrega de medicamentos y bitácoras de verificación cruzada (paciente–medicamento–prescripción).

cc. Estándar 29/46. Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos, la preparación de medicamentos puede realizarse en diferentes áreas: en la farmacia, en estaciones de enfermería o en los espacios clínicos designados. Estas actividades

SIN VALIDEZ OFICIAL

incluyen la preparación de medicamentos inyectables, soluciones intravenosas, antibióticos y otros tratamientos que requieren precisión, condiciones higiénicas estrictas y control de riesgos.

El establecimiento debe asegurar que:

a) La preparación y dispensación de medicamentos se realiza en un entorno seguro, limpio y conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Las áreas destinadas a estas actividades están claramente identificadas y cuentan con condiciones ambientales, mobiliario y suministros que permitan mantener la limpieza y seguridad del proceso.
c) Se estandarizan las prácticas de preparación en todas las áreas, sin importar el lugar donde se lleven a cabo (farmacia, consultorio, estación de enfermería, etc.).
d) El personal responsable de la preparación y dispensación esté capacitado en técnicas asépticas.
e) Cuando se manipulen medicamentos que requieran condiciones especiales (ej. ambiente estéril o medicamentos peligrosos), se utilice el equipo de protección personal adecuado y se sigan protocolos específicos.

Estas medidas son esenciales para evitar errores, prevenir infecciones y proteger tanto al paciente como al personal de salud.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los medicamentos se preparan y dosifican en áreas seguras e higiénicas, que cuentan con el equipo y suministros adecuados.
(2)Las actividades de preparación y dosificación de medicamentos cumplen con la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas reconocidas.
(3)El personal responsable está capacitado en técnicas asépticas.
(4)En caso de preparación de medicamentos que requieren ambiente estéril o manipulación especial, se utiliza el equipo de protección personal y técnicas específicas conforme a protocolo.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos documentados para preparación, dispensación y manipulación segura de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal en técnicas asépticas y preparación segura.
- Listas de verificación de condiciones higiénicas en las áreas de preparación.
- Evidencia de uso y control de equipo de protección personal en la manipulación de medicamentos especiales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

dd. Estándar 30/46. Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas. – Indispensable –

1. Guía.

El etiquetado inmediato y completo de medicamentos y soluciones preparadas es una práctica clave para reducir errores de medicación, especialmente en situaciones donde se manipulan múltiples fármacos o soluciones en áreas de atención directa como estaciones de tratamiento, consultorios o salas de procedimiento.

El establecimiento debe asegurar que todo medicamento o solución vertido, fraccionado o preparado (que no será administrado de inmediato) cuente con un etiquetado legible y seguro, que permita su identificación inequívoca, evitando confusiones o riesgos para los pacientes.

Este etiquetado debe realizarse inmediatamente después de la preparación y debe contener como mínimo los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente
b) Nombre del medicamento
c) Dosis (si corresponde)
d) Concentración (si corresponde)
e) Vía de administración (si corresponde)
f) Dilución (si corresponde)
g) Fecha y hora de preparación
h) Fecha y hora de caducidad (si corresponde)
i) Número de lote del medicamento o solución

Cuando el medicamento se administre de inmediato al mismo paciente por la misma persona que lo preparó, el etiquetado puede omitirse, conforme al protocolo institucional. Sin embargo, si se transfiere a otro recipiente o será administrado por otra persona, el etiquetado es obligatorio.

Asimismo, antes de la administración, el medicamento debe ser verificado de manera verbal y visual contra el expediente clínico o la orden médica, especialmente si la persona que administra no es quien preparó el medicamento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha implementado el etiquetado inmediato y seguro de todo medicamento o solución que no se administre inmediatamente después de su preparación.

(2) El etiquetado incluye al menos los incisos a) al i) definidos en la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se realiza una verificación verbal y visual del etiquetado previo a la administración o dispensación del medicamento.
(4)Se implementan mecanismos para asegurar que el personal conozca y aplique los lineamientos de etiquetado y verificación.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales sobre preparación y administración segura de medicamentos (manuales de enfermería, farmacia o gestión clínica).
- Formatos de etiquetado institucionales que incluyan todos los campos requeridos: nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis, concentración, vía, dilución, fecha/hora de preparación, fecha/hora de caducidad y número de lote.
- Registros de capacitación del personal sobre prácticas seguras de etiquetado, preparación y administración de medicamentos.
- Bitácoras o reportes de verificación cruzada (visual y verbal) del etiquetado entre personal que prepara y administra.
- Auditorías internas o supervisiones periódicas que verifiquen el cumplimiento del etiquetado y su impacto en la reducción de eventos de medicación.

ee. Estándar 31/46. Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración. – Indispensable –

1. Guía.

La administración segura de medicamentos requiere de un proceso estandarizado que garantice la verificación precisa de la prescripción médica, previniendo errores y contribuyendo a la seguridad del paciente. Este proceso debe considerar como mínimo los siguientes elementos de verificación:

a) La identificación del paciente utilizando dos datos confiables, conforme a lo establecido en AESP 1.
b) El medicamento prescrito.
c) La caducidad del producto.
d) La dosis y/o concentración.
e) La vía de administración.
f) La hora y frecuencia prescritas.
g) La velocidad de infusión (cuando corresponda).
h) Otros elementos que el establecimiento defina como relevantes (por ejemplo: tipo de diluyente, compatibilidad, condiciones de almacenamiento, entre otros).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estas verificaciones deben aplicarse antes de cada administración, independientemente si el medicamento fue preparado previamente o si lo administra el mismo personal que lo preparó. El proceso concluye con la documentación completa y oportuna de la administración en el expediente clínico.
Estas verificaciones son especialmente relevantes debido a la alta frecuencia de uso de medicamentos de alto riesgo dentro del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estandarizado para verificar los medicamentos antes de su administración, que incluye como mínimo los incisos a) a la g), y otros definidos institucionalmente.

(2) El personal clínico verifica la identidad del paciente utilizando dos identificadores seguros, conforme a la AESP 1.

(3) Se documenta en el expediente clínico la administración del medicamento, incluyendo la fecha, hora, dosis, vía y firma del responsable.

(4)El proceso de verificación incluye la comprobación de la caducidad del medicamento, la dosis o concentración, la vía de administración, la velocidad de infusión y la frecuencia indicada.

(5)Se verifica cualquier otro aspecto que el establecimiento haya definido como necesario para la seguridad del paciente, como condiciones de almacenamiento, requerimientos especiales o riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Política y procedimiento institucional de administración segura de medicamentos.
- Manuales de enfermería y guías de buenas prácticas para la administración de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal en administración segura de medicamentos.
- Auditorías clínicas de cumplimiento con los “correctos” de la administración.
- Protocolos institucionales de verificación de identidad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ff. Estándar 32/46. Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos pueden presentarse situaciones donde los pacientes autoadministran medicamentos, traen consigo tratamientos prescritos por otros profesionales de salud o reciben muestras médicas. Estas prácticas, si no se gestionan adecuadamente, pueden representar riesgos clínicos, legales y de seguridad.

Por lo anterior, el establecimiento debe realizar un análisis institucional que identifique si permitirá alguno de estos procesos especiales de administración de medicamentos, y definir, en su caso, procesos documentados con medidas de control y seguridad para:

a) La autoadministración de medicamentos por parte del paciente o su cuidador primario durante la sesión o en instalaciones del establecimiento.
b) La administración de medicamentos que el paciente trae consigo, incluyendo tratamientos crónicos, antibióticos, inmunosupresores u otros.
c) La administración de muestras médicas, cuando sean prescritas y autorizadas bajo criterios clínicos y éticos.

Si el establecimiento decide no autorizar alguno o todos estos procesos, deberá contar con políticas explícitas y mecanismos de supervisión que aseguren el cumplimiento operativo de dicha restricción.

En cualquiera de los casos, debe establecerse claramente la responsabilidad médica y del personal clínico que participa en la evaluación, validación, administración y seguimiento de estos procesos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido si permite o prohíbe la autoadministración de medicamentos, y en caso afirmativo, ha establecido un proceso documentado con barreras de seguridad.

(2) El establecimiento ha definido si permite la administración de medicamentos que el paciente trae consigo, y en caso afirmativo, cuenta con un proceso documentado para su verificación y autorización.

(3) El establecimiento ha definido si permite la administración de muestras médicas, y en caso afirmativo, cuenta con un proceso documentado para asegurar su origen, prescripción y trazabilidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Todos los procesos especiales definidos por el establecimiento se encuentran implementados y supervisados por personal competente.

(5)En caso de que estos procesos no estén autorizados, el establecimiento ha definido mecanismos de supervisión que aseguran su cumplimiento en la operación diaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas institucionales sobre autoadministración y uso de medicamentos externos.
- Consentimientos informados cuando el paciente usa medicamentos traídos de fuera.
- Registro de medicamentos autorizados en contexto especial (muestras, externos).
- Procedimientos documentados de evaluación, autorización y seguimiento clínico.
- Evidencia de capacitación del personal en el manejo de situaciones especiales.

gg. Estándar 33/46. Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos que utilizan medicamentos multidosis deben contar con un proceso formal y estandarizado que garantice su manejo seguro, evitando riesgos relacionados con estabilidad farmacéutica y prevención de infecciones.

El proceso debe surgir de un análisis multidisciplinario que involucre tanto al sistema para la gestión segura del uso de medicamentos como al sistema para la prevención y control de infecciones, e incluir medidas como:

a) Criterios de uso de frascos multidosis (uso exclusivo para un solo paciente o compartido entre varios).
b) Medidas de higiene y control de infecciones al momento de la extracción.
c) Condiciones de almacenamiento adecuadas.
d) Etiquetado obligatorio inmediato tras la apertura o preparación, incluyendo al menos:
   i. Fecha y hora de apertura y/o preparación.
   ii. Fecha y hora de caducidad.

Estas acciones son esenciales para evitar contaminación cruzada, deterioro del producto y errores de dosificación o uso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para el manejo y uso de medicamentos multidosis, que considera las medidas de seguridad y control requeridas.

(2)El proceso contempla los riesgos asociados a la estabilidad del producto y la prevención de infecciones, integrando a los sistemas clínicos y de control aplicables.

(3)El proceso para el uso de medicamentos multidosis está implementado en todas las áreas que los utilizan.

(4)Todos los frascos o presentaciones multidosis son etiquetados al momento de su apertura y contienen como mínimo del inciso i) al ii) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos normalizados de operación (PNO) sobre manejo de medicamentos multidosis, incluyendo manipulación, conservación y desecho.
- Registro fotográfico o documental de etiquetas utilizadas para medicamentos multidosis.
- Auditorías internas de cumplimiento del proceso de etiquetado, almacenamiento y manipulación.
- Registros de capacitación al personal sobre uso de medicamentos multidosis y medidas de prevención de infecciones asociadas.
- Recomendaciones de seguridad de organismos como la CDC, OMS, ISMP (Institute for Safe Medication Practices) y OPS sobre el uso de frascos multidosis.

hh. Estándar 34/46. Nutrición a los pacientes acorde a su estado y necesidades clínicas.

1. Guía.

Una nutrición adecuada es fundamental para el bienestar, la recuperación y la seguridad del paciente hospitalizado. El proceso para brindar alimentación debe basarse en la evaluación inicial del paciente y, cuando corresponde, en la evaluación nutricional exhaustiva, considerando además el diagnóstico, estado clínico, tratamientos farmacológicos y necesidades individuales.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado y seguro para asegurar que los alimentos proporcionados a los pacientes sean acordes a sus necesidades clínicas, preferencias culturales y edad, e incluir los siguientes elementos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Planificación de las necesidades nutricionales del paciente desde la evaluación inicial y, cuando corresponde, a partir de una evaluación nutricional exhaustiva.
b) Correcta identificación del paciente al momento de la entrega de los alimentos, como medida para prevenir errores (AESP 1)
c) Mecanismos para identificar y corregir errores en las indicaciones sobre alimentación o nutrición.
d) En caso de servicios subrogados, considerar especificaciones de calidad y control definidos por el establecimiento en el proceso dentro del Eje de Liderazgo y Gobernanza.
e) Cuando la familia o acompañantes suministran alimentos, el establecimiento debe definir la manera en que se les brindará educación sobre alimentos contraindicados o riesgos relacionados con la condición del paciente.

Los pacientes deben participar, siempre que sea posible, en la planificación y selección de sus alimentos, y deben contar con opciones compatibles con su condición clínica y prescripción médica. Asimismo, los familiares pueden colaborar en el suministro de alimentos, siempre que hayan sido educados al respecto.

Este proceso debe ser implementado por personal clínico competente, con base en el plan de atención, y documentado en el expediente clínico de cada paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar nutrición adecuada al paciente.
(2) El proceso incluye al menos lo señalado en los incisos a) a e) de la guía.
(3) Los alimentos o formas de nutrición requeridas para cada paciente están disponibles de acuerdo con su condición clínica.
(4) Todos los pacientes hospitalizados cuentan con una indicación dietética documentada en su expediente clínico.
(5) Los alimentos se brindan conforme a lo definido por el establecimiento, de manera segura, continua y oportuna.
(6) Cuando los familiares o acompañantes suministran alimentos al paciente, han sido educados sobre las restricciones dietéticas aplicables y los riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para el suministro de alimentos y nutrición clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formatos o registros de indicación dietética en el expediente clínico.
- Protocolos para la identificación del paciente en la entrega de alimentos.
- Registros de control de calidad para servicios subrogados de alimentación.
- Registros de educación brindada a pacientes y familiares sobre restricciones alimentarias.
- Expedientes clínicos con evidencia de participación del paciente en la planificación alimentaria, cuando corresponde.

ii. Estándar 35/46. Prescripción dialítica en pacientes con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.

1. Guía.

La prescripción dialítica es un componente clínico esencial para garantizar la seguridad, eficacia y personalización del tratamiento de hemodiálisis. Esta prescripción debe ser realizada por el personal médico especialista en área de nefrología, y ajustarse a las necesidades específicas de cada paciente, con base en criterios clínicos, bioquímicos y técnicos.

La prescripción dialítica forma parte de la valoración inicial al ingreso del Programa de Hemodiálisis y orienta el uso del equipo médico, los insumos, los parámetros técnicos de la terapia y las condiciones individuales del paciente. Por tanto, su definición debe quedar documentada en el expediente clínico y revisarse de forma periódica, especialmente cuando existan cambios en el estado clínico del paciente o en el acceso vascular.

El contenido mínimo indispensable de la prescripción dialítica incluye:

a) Área de superficie del dializador (m^2): seleccionada según talla, peso y necesidades depurativas del paciente.
b) Duración de la sesión (minutos)
c) Flujo de líquido dializante (ml/min): considerando eficiencia depurativa.
d) Flujo sanguíneo (ml/min): ajustado a la condición cardiovascular del paciente y tipo de acceso vascular.
e) Temperatura del líquido dializante (°C):
f) Conductividad del líquido dializante (mS/cm) y/o sodio.
g) Composición del líquido dializante: concentración de calcio (mmol/L), potasio (mEq/L) y sodio (mEq/L).
h) Volumen de ultrafiltración (mL): determinado según el peso seco, ganancia interdialítica y evaluación clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i) Anticoagulación: tipo, dosis, periodicidad, vía de administración.
j) Tipo de acceso vascular y condiciones de uso.

La prescripción debe estar sustentada en la evaluación clínica reciente del paciente y en estudios de laboratorio. El establecimiento debe asegurar que todos los elementos de la prescripción estén documentados con claridad, disponibles para consulta del equipo multidisciplinario y sean utilizados como base para la preparación y ejecución de la sesión.

i. Requerimiento auditable.

(1)La prescripción dialítica está registrada en el expediente clínico del paciente e incluye al menos los incisos a) a j) definidos en la guía.
(2)La prescripción es realizada por personal médico especialista en área de nefrología, conforme al Sistema de Gestión del Talento Humano y la legislación aplicable vigente.
(3)Se documentan los ajustes realizados a la prescripción dialítica cuando existen cambios en el estado clínico del paciente.
(4)La información de la prescripción es utilizada para la preparación técnica de la sesión y está disponible para el personal de enfermería responsable.
(5)Se realiza una revisión periódica por parte del médico responsable del tratamiento sustitutivo y se documentan acciones de mejora cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato que incluya prescripción dialítica, con los elementos mínimos definidos por el estándar.
- Registro clínico de las sesiones con la prescripción aplicada.
- Manual o protocolo institucional para la prescripción dialítica.
- Evidencia de capacitación al personal médico en prescripción y ajuste de terapia dialítica.
- Reportes de supervisión o auditoría de la actualización y adherencia a las prescripciones.
- Registro de modificaciones a la prescripción conforme a la evolución clínica.

jj. Estándar 36/46. Manejo seguro de accesos vasculares.

1. Guía.

El acceso vascular es uno de los elementos más críticos para la atención y tratamiento de algunas patologías y representa una de las principales fuentes de riesgo de infección si no se maneja adecuadamente. El

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecimiento debe contar con políticas, procedimientos y prácticas clínicamente fundamentadas para garantizar la prevención de infecciones relacionadas con el acceso vascular, ya sea mediante fístulas arteriovenosas, injertos o catéteres venosos centrales.

Las acciones deben enfocarse en:

a) La selección adecuada del tipo de acceso vascular según las características clínicas del paciente.
b) El uso de técnicas asépticas estrictas para la canalización, punción, conexión y desconexión del acceso vascular.
c) La correcta preparación de la piel del paciente antes de la colocación.
d) La inspección y monitoreo continuo del sitio de inserción para detectar signos de infección o complicaciones.
e) La documentación sistemática de la vigilancia clínica de signos locales y sistémicos de infección.
f) La capacitación continua del personal en las buenas prácticas relacionadas con el manejo de accesos vasculares.
g) La implementación de barreras de seguridad, incluyendo el uso correcto de EPP.

La estrategia debe ser coherente con lo definido en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones, y estar alineada con guías de práctica clínica y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos clínicos para el manejo seguro de los accesos vasculares.

(2) El proceso incluye lo definido del inciso a) al g) de la guía.

(3) El personal clínico involucrado en la atención de pacientes está capacitado en el manejo seguro de accesos vasculares.

(4) Se cuenta con evidencia de las acciones de prevención de infecciones asociadas a accesos vasculares como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos clínicos institucionales para la inserción, uso, monitoreo y retiro de accesos vasculares.
- Listas de verificación o checklists utilizadas durante los procedimientos de conexión y desconexión del acceso vascular que incluyan pasos de higiene de manos, uso de EPP y asepsia del sitio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de inspección diaria del sitio del acceso vascular documentados en el expediente clínico.
- Evidencia de sesiones de capacitación y actualización al personal de enfermería y médicos sobre el manejo seguro de accesos vasculares (constancias, listas de asistencia, temarios).
- Documentación de reportes o análisis de eventos adversos relacionados con infecciones por acceso vascular, y planes de acción derivados.
- Actas o informes del comité de infecciones o del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, donde se incluyan indicadores o acciones específicas vinculadas al control de infecciones por accesos vasculares.

kk. Estándar 37/46. Colocación segura de catéteres de acceso vascular guiada por ultrasonido.

1. Guía.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso estandarizado para la colocación de accesos vasculares tipo catéter guiada por ultrasonido, con el propósito de reducir riesgos durante el procedimiento y mejorar la efectividad clínica.

El uso de ultrasonido en este contexto permite:

a) Seleccionar el sitio anatómico más adecuado para la colocación del catéter.
b) Minimizar punciones fallidas, lesiones a estructuras vasculares o vecinas, y otras complicaciones como hematomas o neumotórax.
c) Aumentar la probabilidad de éxito desde el primer intento, mejorando la seguridad del procedimiento y optimizando el uso de recursos.

Este procedimiento debe realizarse exclusivamente por personal médico con formación en ultrasonografía diagnóstica, que cuente con certificación de especialización y evidencia documental de experiencia o formación formal en la técnica, conforme a regulación aplicable vigente.

El proceso debe incluir:

i. Uso de ultrasonido (modo B, Doppler color) para selección del sitio anatómico.
ii. Guía en tiempo real para la punción y colocación del catéter.
iii. Registro clínico del procedimiento y cualquier evento adverso relacionado.
iv. Evaluación periódica del desempeño de la técnica mediante indicadores clínicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe contar con equipo de ultrasonido funcional, de al menos 5-15 MHz de frecuencia, y protocolos actualizados sobre el uso seguro de esta tecnología en procedimientos vasculares.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un protocolo para la colocación de accesos vasculares tipo catéter guiada por ultrasonido.

(2)El procedimiento se realiza exclusivamente por personal médico capacitado y con formación documentada en ultrasonografía diagnóstica.

(3)Se cuenta con equipo de ultrasonido adecuado y disponible para estos procedimientos.

(4)Se cuenta con un sistema de evaluación periódica de resultados clínicos y complicaciones asociadas al procedimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Constancias o registros de capacitación del personal médico que realiza el procedimiento, que acrediten formación en ultrasonografía diagnóstica.
- Protocolo clínico institucional para la colocación de accesos vasculares tipo catéter con guía por ultrasonido, que incluya criterios de selección, técnica empleada, responsables y gestión de complicaciones.
- Registros del expediente clínico que documenten procedimientos realizados con guía ultrasonográfica.
- Inventario o evidencia física de la disponibilidad del equipo de ultrasonido funcional en el establecimiento.
- Indicadores internos de seguimiento, tales como:
  - % de accesos colocados con guía por ultrasonido respecto al total de procedimientos.
  - Tasa de complicaciones por técnica utilizada (con/sin ultrasonido).
  - Tiempo promedio de colocación o número de intentos por procedimiento.

II. Estándar 38/46. Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.

1. Guía.

El establecimiento que brinde atención a pacientes en etapa terminal debe garantizar una atención respetuosa y compasiva, considerando

SIN VALIDEZ OFICIAL

sus necesidades clínicas, emocionales, sociales y culturales. Esta atención debe adaptarse a los objetivos de cuidado definidos conjuntamente con el paciente y su cuidador primario, cuando corresponda.

Cuando el abordaje terapéutico es en un paciente con enfermedad terminal, puede mantenerse bajo un enfoque paliativo. Este enfoque prioriza la comodidad, la calidad de vida y el control de síntomas, sobre los objetivos tradicionales de prolongación de vida. El abordaje terapéutico debe adaptarse para minimizar molestias y favorecer el bienestar.

El establecimiento debe fomentar la planificación anticipada de la atención, donde se identifiquen los deseos del paciente respecto al tratamiento y la suspensión de este, si corresponde. El establecimiento puede establecer protocolos que orienten la canalización a cuidados paliativos u otros apoyos, conforme a la legislación aplicable vigente.

El personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen:

a) Tratamiento de síntomas primarios y secundarios.
b) Valoración y manejo del dolor.
c) Apoyo ante inquietudes emocionales, sociales y culturales.
d) Respeto al marco cultural del paciente y su cuidador primario.
e) Participación activa del paciente y/o cuidador primario en decisiones clínicas.
f) Colaboración con equipos de cuidados paliativos, cuando aplique.

El establecimiento debe asegurar que el personal clínico esté sensibilizado y capacitado sobre el manejo integral del final de la vida en el contexto, conforme a las funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento reconoce y respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva, centrada en sus necesidades únicas.
(2) Se cuenta con acciones implementadas que atienden las necesidades identificadas durante el proceso de atención.
(3) El establecimiento brinda la atención de pacientes en etapa terminal que contempla lo mencionado de los incisos a) a la f) de la guía clínica.
(4) El personal clínico ha sido sensibilizado sobre las necesidades y derechos de los pacientes en etapa terminal y su familia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Todo el personal cuenta con su constancia de capacitación en cuidados paliativos.
(6)Cuando corresponde, se cuenta con mecanismos de referencia a cuidados paliativos o servicios de apoyo psicosocial, conforme a las características del paciente y a la legislación aplicable.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional para la atención de pacientes en etapa terminal.
- Documento de planificación anticipada de la atención (ej. hoja de decisiones compartidas, voluntades anticipadas, resumen clínico paliativo).
- Registro de reuniones interdisciplinarias para atención de pacientes en cuidados paliativos.
- Materiales educativos entregados a pacientes y cuidadores sobre el enfoque paliativo.
- Registro de adaptación de consultas o intervenciones por indicación paliativa (duración, frecuencia, tipo de filtros).
- Documentación clínica que evidencie la identificación de necesidades emocionales, sociales o culturales del paciente.
- Constancias o evidencia de capacitación del personal clínico sobre principios de cuidados paliativos, manejo de pacientes en etapa terminal, entre otros temas.
- Registro de coordinación con equipos o unidades de cuidados paliativos externos (hospital, domicilio u otras instituciones).
- Registro de decisiones clínicas compartidas sobre suspensión o continuidad del tratamiento en etapa terminal.

mm. Estándar 39/46. Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que todos los pacientes reciban atención adecuada para el manejo del dolor durante el proceso de atención. El dolor puede estar presente como síntoma primario, secundario o como consecuencia esperada de procedimientos, tratamientos o condiciones clínicas. Si no se trata adecuadamente, el dolor puede generar efectos físicos, emocionales y funcionales negativos que impactan directamente la calidad de vida del paciente.
Es responsabilidad institucional informar al paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario, sobre la posibilidad de presentar

SIN VALIDEZ OFICIAL

dolor, así como las opciones disponibles para su manejo. Este abordaje debe hacerse con respeto a su marco cultural.

Con base en el contexto del establecimiento y el alcance de los servicios prestados, se debe definir un proceso clínico que oriente la atención al paciente con dolor, el cual debe incluir al menos:

a) La identificación del dolor durante la valoración inicial y en las reevaluaciones posteriores.
b) Las directrices y estrategias terapéuticas para el manejo del dolor, basadas en evidencia científica, considerando el plan de atención y los objetivos clínicos.
c) La identificación de grupos de pacientes que requieren consideraciones especiales (por ejemplo: pacientes en cuidados paliativos, etc.).
d) La forma en que se informará a los pacientes cuando se espere que experimenten dolor como parte del proceso clínico.
e) Las estrategias de comunicación y educación hacia los pacientes y sus familiares sobre el manejo del dolor, en el marco de sus valores y creencias.

Se documenta en el expediente, conforme al proceso definido, la valoración inicial, así como la intervención terapéutica realizada, su evaluación y ajuste según evolución clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para el manejo del dolor.
(2) El proceso incluye al menos los incisos de la a) al e) descritos en la guía.
(3) Los pacientes que presentan dolor reciben atención conforme al proceso institucional definido para su valoración, intervención y seguimiento.
(4) El expediente clínico documenta la evaluación del dolor, las estrategias terapéuticas empleadas y la evolución del paciente en relación con el dolor reportado.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado sobre la valoración inicial, manejo y seguimiento del dolor en pacientes.
- Protocolos clínicos o guías de manejo del dolor basados en evidencia.
- Registros clínicos en el expediente que evidencien: valoración inicial, intervenciones aplicadas, reevaluación del dolor, si aplica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Notas de enfermería y evolución médica que documenten la respuesta terapéutica al tratamiento del dolor.
- Materiales educativos o evidencia de información sobre manejo del dolor.
- Capacitación del personal clínico en valoración y tratamiento del dolor.

nn. Estándar 40/46. Manejo de pacientes seropositivos para prevenir infecciones cruzadas.

1. Guía.

El establecimiento debe implementar medidas específicas para reducir el riesgo de transmisión cruzada entre pacientes, personal de salud y entorno físico cuando se brinda atención a pacientes con serología positiva a infecciones como el Virus de Hepatitis B, Virus de Hepatitis C o el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Estas medidas incluyen estrategias diferenciadas para el uso de equipo, la asignación de áreas o turnos, y la capacitación del personal que atiende a dichos pacientes. En todos los casos, las acciones deben implementarse conforme a la legislación aplicable vigente y a las mejores prácticas de bioseguridad, respetando los principios de no discriminación, confidencialidad y trato digno.

El establecimiento debe definir:

a) Un protocolo específico de atención para pacientes con serología positiva.
b) Estrategias de aislamiento físico o temporal, cuando sea necesario.
c) Reglas para el uso exclusivo de equipo o insumos, y esterilización.
d) Capacitación periódica para el personal involucrado en el manejo de estos pacientes.
e) Mecanismos de supervisión y evaluación del cumplimiento del protocolo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un protocolo de atención para pacientes con serología positiva en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

(2) Se implementan medidas de aislamiento físico o temporal, y se garantiza el uso exclusivo de equipo cuando corresponda.

(3) El personal de salud recibe capacitación específica y actualizada sobre las medidas de bioseguridad aplicables a la atención de pacientes con serología positiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se supervisa el cumplimiento de las medidas implementadas y se evalúa periódicamente su efectividad como parte del sistema de prevención y control de infecciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional vigente de atención diferenciada para pacientes con serologías positivas (HBV, HCV, VIH).
- Registro de asignación de turnos o áreas específicas para pacientes con serología positiva.
- Evidencia de capacitación dirigida al personal sobre el manejo clínico, bioseguridad y derechos de pacientes con serología positiva.
- Listas de verificación sobre cumplimiento de medidas en la atención.
- Informes de auditoría interna o reportes del Comité de Infecciones que incluyan revisión de estas prácticas.

oo. Estándar 41/46. Reprocesamiento seguro de filtros en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. – Indispensable –

1. Guía.

El reprocesamiento de filtros de hemodiálisis representa un proceso crítico que debe llevarse a cabo bajo condiciones estrictas de seguridad e higiene para evitar infecciones asociadas a la atención. Los establecimientos de hemodiálisis que optan por reutilizar filtros deben contar con procesos documentados, sistemáticos y auditables, alineados con la legislación aplicable vigente y las mejores prácticas nacionales e internacionales.

Este proceso debe asegurar al menos lo siguiente:

a) La obtención de un consentimiento informado antes de incluir a un paciente en el plan de reprocesamiento, especificando los riesgos, beneficios y medidas de seguridad adoptadas.
b) El etiquetado individualizado de los filtros de diálisis reutilizables, con información clave como:
   i. Datos de identificación del paciente (conforme a la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente 1).
   ii. Fecha del primer uso.
   iii. Número de reprocesamientos.
   iv. Nombre de la persona responsable del reprocesamiento.
c) El registro detallado y actualizado del historial de reprocesamiento por cada filtro, asegurando su trazabilidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Definición del proceso para la limpieza, desinfección y almacenamiento de los filtros, que asegure su integridad funcional.
e) La prohibición explícita de reutilizar filtros en pacientes con serología positiva a hepatitis y/o virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Estos procedimientos deben ejecutarse únicamente por personal capacitado, bajo condiciones controladas y con un sistema de monitoreo permanente que garantice la bioseguridad del proceso.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para el reprocesamiento de filtros de hemodiálisis, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2)El proceso contempla lo definido en los incisos a) al e) de la guía.
(3)Se obtiene y conserva el consentimiento informado por escrito de los pacientes incluidos en el plan de reprocesamiento.
(4)Se garantiza que no se reutilizan filtros en pacientes con serología positiva a hepatitis B, hepatitis C y/o VIH.
(5)El proceso es supervisado y ejecutado por personal capacitado.
(6)Se implementan controles de seguridad para validar la calidad y condición de los filtros reutilizados antes de cada sesión.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado de reprocesamiento de filtros validado por el Comité de Prevención y Control de Infecciones.
- Registros de consentimiento informado firmados por los pacientes incluidos en el programa de reutilización.
- Bitácoras de trazabilidad del filtro, incluyendo número de reprocesos y responsable del reprocesamiento.
- Etiquetas adheridas a los filtros con los datos requeridos (identificación, fecha de uso, etc.).
- Listado de exclusión de pacientes con serología positiva, vinculado a los controles previos al reprocesamiento.
- Procedimientos de validación de filtros previo a su reutilización.
- Registros de capacitación del personal responsable del reprocesamiento.
- Resultados de auditorías internas del sistema de reprocesamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

pp. Estándar 42/46. Planificación y registro de la atención anestésica en el expediente clínico.

1. Guía.

La atención anestésica debe planearse de manera individualizada para cada paciente, tomando en cuenta su condición clínica, el procedimiento programado y los hallazgos derivados de la valoración preanestésica. Esta planificación es fundamental para asegurar la seguridad del paciente, la eficacia de la técnica utilizada y la continuidad del cuidado durante el periodo transanestésico y postanestésico.

El plan anestésico debe documentarse en el expediente clínico mediante una nota preanestésica elaborada por un médico anestesiólogo, conforme a la legislación aplicable vigente. Esta nota debe contener información relevante que permita a los profesionales involucrados en la atención conocer y aplicar el plan de forma segura y coherente con las mejores prácticas.

La planificación debe considerar, al menos, los siguientes elementos:

a) Tipo de anestesia planificada.
b) Técnica anestésica a emplear.
c) Método de administración.
d) Medicamentos, líquidos o agentes anestésicos previstos.
e) Procedimientos para la monitorización transanestésica.
f) Consideraciones para la atención postanestésica inmediata.

Una vez realizada la intervención, debe registrarse en el expediente clínico el tipo de anestesia y la técnica anestésica efectivamente utilizada, para asegurar trazabilidad clínica y garantizar la continuidad de la atención.

La implementación de este estándar debe ser supervisada, monitoreada y evaluada periódicamente, con participación del personal involucrado. Los hallazgos derivados de la supervisión deben utilizarse para generar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) La atención anestésica de cada paciente es planificada con base en la información clínica disponible, incluyendo la valoración preanestésica.
(2) El plan anestésico se documenta en la nota preanestésica del expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.
(3) El tipo de anestesia utilizado se documenta en el expediente clínico.
(4) La técnica anestésica utilizada se documenta en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5) El cumplimiento del estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente con participación del personal involucrado.
(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para generar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Nota preanestésica documentada en el expediente clínico del paciente.
- Formato institucional de nota preanestésica que incluya el tipo y técnica anestésica planificada.
- Documento institucional que describe los lineamientos para la planificación anestésica.
- Registros del tipo de anestesia y técnica utilizada, integrados en el expediente clínico.
- Listado institucional de procedimientos que requieren planificación anestésica documentada.
- Manual de funciones del médico anestesiólogo con responsabilidades en la planificación de la anestesia.
- Evidencia de supervisión o auditoría interna sobre la documentación de la atención anestésica.

qq. Estándar 43/46. Planificación y registro de la atención quirúrgica en el expediente clínico.

1. Guía.

La cirugía implica riesgos inherentes para el paciente. Por ello, la atención quirúrgica debe ser planeada de forma individualizada, considerando el diagnóstico clínico, las condiciones del paciente, los resultados de evaluaciones previas, y los servicios auxiliares de diagnóstico.

La evaluación prequirúrgica debe realizarse en un marco de tiempo apropiado y suficiente para su análisis, excepto en casos de urgencia en los que el tiempo disponible sea limitado. En todos los casos, la planeación quirúrgica debe documentarse en el expediente clínico antes del procedimiento. Dicha evaluación permite:

a) Seleccionar el procedimiento quirúrgico adecuado y su momento de realización.
b) Identificar riesgos asociados al procedimiento y definir medidas preventivas.
c) Asegurar que el procedimiento sea realizado de manera segura.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Facilitar la interpretación clínica durante la monitorización transoperatoria.

Como resultado de esta planeación, se debe documentar en el expediente clínico lo siguiente:

a) La información recabada durante la evaluación prequirúrgica.
b) El diagnóstico preoperatorio clínico (más allá del nombre del procedimiento).
c) El procedimiento quirúrgico planeado y su justificación.

El cumplimiento de este estándar debe ser supervisado periódicamente y utilizarse como base para acciones de mejora en la atención quirúrgica institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se realiza la planificación individual de la atención quirúrgica para cada paciente, antes del procedimiento.
(2) El proceso de planeación tiene en cuenta los resultados de la evaluación prequirúrgica, los estudios auxiliares de diagnóstico y otras valoraciones clínicas pertinentes.
(3) Se documenta en el expediente clínico un diagnóstico preoperatorio completo, distinto al nombre del procedimiento quirúrgico.
(4) Se documenta en el expediente clínico la atención quirúrgica planeada antes de realizar el procedimiento.
(5) El cumplimiento del estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente, con participación del personal clínico involucrado.
(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de planeación quirúrgica.
- Formato institucional de evaluación prequirúrgica.
- Expedientes clínicos con diagnóstico preoperatorio y procedimiento planeado.
- Manual de funciones del personal médico quirúrgico con responsabilidad en la planeación.
- Registro de supervisión de cumplimiento del estándar en auditorías clínicas.
- Registro de acciones de mejora implementadas a partir de hallazgos de supervisión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

rr.Estándar 44/46. Registro de la nota postquirúrgica en el expediente clínico. – Indispensable –

1. Guía.

La nota postquirúrgica es un documento clínico fundamental que respalda la atención inmediata y subsecuente del paciente intervenido quirúrgicamente. Debe contener información detallada, veraz y completa sobre el procedimiento realizado, los hallazgos transoperatorios y las decisiones clínicas adoptadas. Su oportuna disponibilidad es esencial para garantizar la continuidad de la atención, especialmente al momento del egreso del paciente del área de recuperación postanestésica.

El establecimiento debe asegurar que la nota postquirúrgica esté documentada en el expediente clínico antes de que el paciente abandone el área de recuperación postanestésica. La nota debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Diagnóstico preoperatorio
b) Procedimiento quirúrgico planeado
c) Procedimiento quirúrgico realizado
d) Diagnóstico postoperatorio
e) Descripción de la técnica quirúrgica utilizada
f) Hallazgos transoperatorios
g) Conteo de gasas, compresas e instrumental
h) Incidentes o accidentes ocurridos durante la cirugía
i) Cuantificación de sangrado y, si corresponde, transfusiones realizadas
j) Resultados e interpretación de estudios diagnósticos o terapéuticos realizados durante la cirugía
k) Personal participante en la cirugía (ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo, circulante)
l) Estado postquirúrgico inmediato
m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato
n) Pronóstico
o) Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para análisis
p) Otros hallazgos clínicos relevantes
q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía

El establecimiento debe supervisar periódicamente el cumplimiento de este estándar, y utilizar los hallazgos para implementar acciones de mejora en la calidad de la documentación quirúrgica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1) Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico de cada paciente sometido a intervención quirúrgica.
(2) La nota postquirúrgica incluye, al menos, los elementos listados en los incisos de la a) a la q) definidos en la guía.
(3) La nota postquirúrgica está disponible y documentada antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésica.
(4) El cumplimiento del estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente con participación del personal quirúrgico involucrado.
(5) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional de nota postquirúrgica con campos alineados a los elementos requeridos.
- Expedientes clínicos con notas postquirúrgicas completas, fechadas y firmadas.
- Listas de verificación de cumplimiento de documentación quirúrgica.
- Manual de funciones del personal quirúrgico con responsabilidades en la elaboración de la nota postoperatoria.
- Actas, reportes o evidencias de supervisión periódica sobre la disponibilidad y calidad de la nota postquirúrgica.
- Registro de acciones de mejora implementadas tras auditorías clínicas relacionadas con la documentación quirúrgica.

ss.Estándar 45/46. Planificación y documentación de la atención postoperatoria individualizada. – Indispensable –

1. Guía.

Cada paciente tiene necesidades específicas de atención tras una intervención quirúrgica, dependiendo de su condición clínica, el tipo de procedimiento, las comorbilidades y la respuesta fisiológica al evento quirúrgico. La planeación de la atención postquirúrgica permite anticipar requerimientos clínicos, terapéuticos y logísticos, y asegurar una transición segura hacia el periodo de recuperación y/o rehabilitación.

La planificación puede iniciarse antes del procedimiento quirúrgico, basada en la evaluación prequirúrgica y en las condiciones del paciente, y debe consolidarse con base en los hallazgos transoperatorios y el

SIN VALIDEZ OFICIAL

estado clínico postquirúrgico inmediato. Esta planificación debe incluir, al menos:

a) Tratamiento médico esperado (medicación, estudios de seguimiento, valoración especializada).
b) Cuidados de enfermería necesarios.
c) Requerimientos de monitorización postoperatoria o vigilancia específica.
d) Necesidades de analgesia o control de síntomas.
e) Plan de rehabilitación inicial, si aplica.
f) Entorno o área clínica más adecuada para continuar la atención.

Esta información debe ser documentada en el expediente clínico de forma oportuna y antes de que se realice el egreso del paciente del área quirúrgica o de recuperación. La implementación de este estándar debe ser supervisada, monitoreada y evaluada periódicamente, y sus hallazgos deben usarse para mejorar la continuidad y calidad de la atención quirúrgica.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se planifica la atención postquirúrgica médica, de enfermería y otros cuidados necesarios para cada paciente.
(2) La planeación incluye los elementos definidos por el establecimiento en función del tipo de cirugía y condición clínica del paciente.
(3) El plan de atención postquirúrgica se documenta de manera clara y completa en el expediente clínico antes del egreso del paciente del área quirúrgica o de recuperación.
(4) El cumplimiento de este estándar es supervisado, monitoreado y evaluado periódicamente con participación del personal clínico involucrado.
(5) Los hallazgos derivados de la supervisión se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el contenido mínimo del plan de atención postquirúrgica.
- Formatos institucionales de nota postoperatoria con campos específicos para planificación postquirúrgica.
- Expedientes clínicos con evidencia de planes documentados antes del egreso del área quirúrgica.
- Manuales de funciones del personal quirúrgico y de enfermería en relación con la planificación postoperatoria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Actas o reportes de supervisión periódica del cumplimiento del estándar.
- Registro de acciones de mejora implementadas tras auditorías clínicas de continuidad postquirúrgica.

tt. Estándar 46/46. Práctica clínica segura de la acupuntura.

1. Guía.

La acupuntura, como intervención terapéutica complementaria reconocida en diversos sistemas de salud, ha demostrado beneficios en el tratamiento del dolor, náuseas, ansiedad, y otras condiciones clínicas cuando es aplicada de manera segura y bajo criterios clínicos claramente establecidos. No obstante, como todo procedimiento clínico que involucra intervención física en el cuerpo del paciente, conlleva riesgos que deben ser gestionados de forma adecuada.

Cuando el establecimiento ofrece servicios de acupuntura, esta debe realizarse de forma segura, ética y conforme a la legislación aplicable vigente. El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso institucional para la práctica de la acupuntura, basado en un análisis técnico y con participación multidisciplinaria, que contemple las necesidades clínicas, los riesgos asociados y las condiciones del entorno operativo.

El proceso debe incluir al menos:

a) La planificación individualizada de la atención, considerando riesgos clínicos y poblaciones especiales (por ejemplo, pacientes pediátricos, obstétricas o en áreas de cuidados intensivos).
b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) La obtención del consentimiento informado cuando corresponda.
d) Los criterios para la monitorización del paciente durante y después del procedimiento.
e) Las competencias requeridas para el personal clínico autorizado a realizar acupuntura, conforme a la legislación aplicable vigente y lo definido por el sistema de gestión del talento humano.
f) La disponibilidad y control de insumos y equipo especializado, garantizando que las agujas u otros materiales sean estériles, de un solo uso y cuenten con autorización sanitaria.
g) La delimitación de los contextos clínicos en los que la acupuntura puede emplearse como medida complementaria o paliativa, especialmente en pacientes con dolor crónico o en etapa terminal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

El proceso debe ser supervisado periódicamente, con participación del personal involucrado, y los hallazgos utilizados para generar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la práctica de la acupuntura, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) El proceso incluye de los incisos a) a la g) de la guía.
(3) El personal que realiza acupuntura cuenta con formación y certificación conforme a lo establecido por la legislación aplicable vigente.
(4) La atención con acupuntura se documenta en el expediente clínico del paciente.
(5) El establecimiento ha definido una dinámica de supervisión periódica con participación multidisciplinaria para verificar la correcta implementación del proceso.
(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se documentan y generan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la práctica de la acupuntura.
- Protocolos clínicos que incluyan criterios de indicación, monitoreo y contraindicación.
- Listado del personal autorizado para realizar acupuntura y su documentación de competencias.
- Registros de consentimiento informado aplicables a acupuntura.
- Lista de verificación de insumos aprobados para acupuntura.
- Evidencia de supervisiones y actas de reuniones multidisciplinarias.
- Registros de mejora derivados de la práctica de acupuntura.

E. EGRESO

a. Estándar 1/2. Definición del proceso que guía el egreso del paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado, estructurado y centrado en el paciente, que oriente el egreso del paciente del establecimiento, ya sea por término del tratamiento

SIN VALIDEZ OFICIAL

programado, alta médica, referencia a otro nivel de atención, o abandono voluntario.

Este proceso debe ser definido por el establecimiento y ejecutado por el personal responsable, tomando en cuenta tanto las necesidades específicas del paciente, los criterios clínicos como los aspectos operativos que garanticen la continuidad de la atención y la seguridad del paciente fuera del establecimiento.

El egreso debe considerar, al menos:

a) La validación por parte del médico responsable.
b) La notificación oportuna al paciente y/o a su cuidador primario.
c) La información o recomendaciones clínicas o administrativas posteriores al egreso (como próximas citas, instrucciones médicas, seguimientos, etc.).
d) La referencia, si corresponde, a otro establecimiento o proveedor de servicios médicos o de apoyo (por ejemplo: hospital general, servicios de urgencias, servicios de salud mental, apoyo nutricional o apoyo social).

En los casos en los que el paciente requiere atención adicional posterior a su egreso, el establecimiento debe identificar y, en su caso, facilitar el vínculo con servicios disponibles en la comunidad o en su red de atención.

El egreso debe documentarse en el expediente clínico, y debe asegurarse que el paciente y/o su cuidador primario comprende las recomendaciones entregadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estructurado para el egreso de los pacientes atendidos.

(2) El proceso de egreso contempla lo definido en los incisos a) a la d) de la guía.

(3) El establecimiento identifica recursos y servicios de apoyo disponibles en la comunidad o en su red para facilitar el seguimiento posterior al egreso, según las necesidades del paciente.

(4) El egreso del paciente y las recomendaciones posteriores quedan documentadas en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para el egreso de pacientes atendidos en el establecimiento

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro clínico del egreso del paciente firmado por el médico responsable.
- Formato de alta o egreso clínico, utilizado y archivado en el expediente
- Evidencia de referencias realizadas a otros servicios (hospital, urgencias, salud mental, etc.), incluyendo documento de derivación o nota médica correspondiente.
- Listado de servicios comunitarios o institucionales disponibles para seguimiento de pacientes egresados
- Registros de capacitación al personal clínico sobre el proceso de egreso, continuidad de la atención y vinculación con servicios externos.
- Indicadores o reportes de seguimiento sobre cumplimiento del proceso de egreso o eventos asociados a discontinuidad del tratamiento (cuando aplique).

b. Estándar 2/2. Documentación de la nota de egreso. – Indispensable –

1. Guía.

Para garantizar la continuidad de la atención médica y cumplir con la legislación aplicable vigente, el establecimiento debe elaborar una nota de egreso médica en el momento en que el paciente concluye su tratamiento o es dado de alta del servicio. Esta nota proporciona una síntesis estructurada del estado clínico del paciente y de la atención recibida, y sirve como herramienta para el seguimiento ambulatorio, la referencia o la coordinación con otros niveles de atención.

La nota de egreso puede ser elaborada por cualquier médico competente autorizado para ello, incluyendo al médico responsable, médicos en formación u otros médicos tratantes autorizados. Cuando la nota es realizada por un médico en formación, debe ser validada formalmente por el médico responsable y firmada por ambas partes.

La nota debe integrarse al expediente clínico del paciente y, cuando corresponda, una copia debe ser entregada al paciente o a su cuidador primario. Su contenido debe ajustarse a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

El contenido mínimo de la nota de egreso incluye:

a) Datos de identificación del paciente
b) Fecha de ingreso y fecha de egreso
c) Motivo del egreso
d) Resumen clínico de la evolución
e) Diagnóstico(s) final(es)

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Manejo durante el proceso de atención
g) Medicación administrada durante el proceso de atención y prescripción al egreso (con receta médica conforme a lo establecido por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente)
h) Estado clínico del paciente al momento del egreso
i) Problemas clínicos pendientes
j) Pronóstico
k) Plan de seguimiento y tratamiento
l) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria
m) Atención de factores de riesgo
n) Pronóstico

En el caso de los hospitales el registro clínico también contempla la nota médica por cada visita, conforme a lo indicado por la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la elaboración de notas de egreso conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) La nota de egreso se integra al expediente clínico del paciente al momento del alta.
(3) La nota contiene, al menos, los elementos establecidos del inciso a) al n) en la guía.
(4) Se entrega al paciente o cuidador primario una copia de la nota, cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la elaboración y documentación de notas de egreso.
- Formato o plantilla de nota de egreso que incluya todos los elementos requeridos.
- Expedientes clínicos con notas de egreso completas y firmadas por el médico responsable.
- Registro de validación de notas de egreso elaboradas por médicos en formación.
- Ejemplares de recetas médicas emitidas conforme a la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos vigente.
- Registro de entrega de copia de la nota de egreso o receta al paciente o cuidador primario, cuando corresponda.
- Bitácoras o auditorías internas de cumplimiento del proceso de egreso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Lineamientos internos o manual de procedimientos clínicos para el alta médica o conclusión del tratamiento.

F. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

a. Estándar 1/9. Identificación del médico responsable de la atención del paciente.

1. Guía.

En los establecimientos la continuidad de la atención clínica requiere que cada paciente tenga identificado un médico responsable, cuya función es coordinar, supervisar y garantizar la atención durante su tratamiento en el establecimiento.

El médico responsable es el profesional clínico competente que lidera la planificación, seguimiento y evaluación, y actúa como referente principal para el paciente, su cuidador primario y se comunica con el resto del equipo multidisciplinario.

Este profesional debe estar claramente identificado en el expediente clínico y debe documentar o validar la atención médica brindada, incluyendo la toma de decisiones clínicas relevantes, la prescripción de tratamientos y los ajustes del plan terapéutico.

En caso de que exista un cambio en la responsabilidad médica (por ejemplo, rotación por turnos o sustitución del médico tratante), este cambio debe estar documentado en el expediente clínico e informado al paciente o a su cuidador primario, cuando corresponda.

Cuando un médico en formación documenta la atención planeada y brindada, ésta se valida por el médico responsable del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica formalmente a un médico responsable de la atención de cada paciente y lo documenta en el expediente clínico.

(2) El médico responsable documenta la atención planeada y brindada, incluyendo los ajustes al tratamiento, y en su caso, valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.

(3) En caso de cambio de médico responsable, el establecimiento documenta la modificación en el expediente clínico con la justificación correspondiente, e informa al paciente o su cuidador primario, conforme a lo definido en su proceso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Registro institucional de asignación médica, que evidencie la relación entre cada paciente y su médico tratante.
- Expediente clínico del paciente, con el nombre, firma y cédula profesional del médico responsable documentado en hoja de ingreso o evolución.
- Notas clínicas validadas por el médico responsable, especialmente si participan médicos en formación u otros clínicos.
- Registro o acta de cambio de médico tratante, con motivos, fecha y validación de continuidad del tratamiento.
- Comunicación documentada al paciente o cuidador primario, cuando se informe del cambio de médico tratante.
- Política o lineamiento sobre responsabilidad clínica en atención ambulatoria crónica, incluyendo definición de roles.

b. Estándar 2/9. Definición del proceso de interconsulta entre servicios del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos deben contar con un proceso definido para realizar interconsultas entre servicios o áreas, ya sea dentro del mismo establecimiento (por ejemplo, de medicina general a salud mental o nutrición) o con servicios externos de segundo o tercer nivel cuando sea necesario.

Este proceso permite responder de manera oportuna a las necesidades de atención de las personas usuarias, asegurar la continuidad del cuidado y evitar retrasos en el diagnóstico o tratamiento. La interconsulta debe realizarse conforme a la legislación aplicable vigente.

El proceso institucional debe incluir:

a) Los criterios y momentos clínicos en que debe solicitarse una interconsulta.
b) La documentación estandarizada en el expediente clínico, incluyendo el motivo, seguimiento y resultados obtenidos.
c) La responsabilidad del personal que solicita, responde y da seguimiento a la interconsulta.
d) Los tiempos de respuesta y mecanismos de priorización cuando sea clínicamente urgente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la realización de interconsultas entre servicios internos o externos, incluyendo criterios clínicos, flujos y responsabilidades.

(2)Las interconsultas se documentan de forma estandarizada en el expediente clínico, incluyendo solicitud, seguimiento y respuesta.

(3)El personal clínico conoce y aplica el proceso de interconsulta conforme a lo definido por el establecimiento.

(4)El establecimiento evalúa periódicamente el cumplimiento del proceso de interconsulta y toma acciones de mejora cuando se identifiquen desviaciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado de Interconsulta.
- Formatos o plantillas para registro de interconsultas en el expediente clínico.
- Registros de capacitación o difusión del proceso entre el personal clínico.
- Ejemplos de interconsultas documentadas con seguimiento clínico en el expediente.
- Informes de evaluación de cumplimiento del proceso (auditorías, indicadores, revisiones de expediente).
- Listado de servicios disponibles para interconsulta dentro y fuera del establecimiento, con criterios de referencia.

c. Estándar 3/9. Comunicación estructurada durante las transiciones en la atención. – Indispensable –

1. Guía.

Para asegurar la continuidad en la atención del paciente, el establecimiento debe implementar un mecanismo estructurado de comunicación que garantice la entrega clara, oportuna, completa y coordinada de la información clínica relevante durante las transiciones de atención.

El establecimiento debe identificar, de forma multidisciplinaria, qué transiciones existen, quiénes participan en ellas (personal clínico o no clínico) y en qué momentos ocurren. Con base en este análisis, se deben definir procesos específicos de entrega de información clínica de manera estandarizada y sistémica, durante:

a) Las transiciones en tiempo (Por ejemplo: cambio de guardia y/o turno)

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Las transiciones en lugar (Por ejemplo: cambio de área o servicio).
En los establecimientos estas transiciones ocurren principalmente durante los cambios de turno, reubicaciones temporales de pacientes dentro del establecimiento (por mantenimiento, limpieza u otras contingencias), cambios en la persona responsable de la atención (médico tratante o enfermería), o cuando se transfiere información entre servicios subrogados que participan en el proceso de atención.
La comunicación estructurada debe realizarse de forma verbal, documentada y basada en un formato definido. Existen herramientas sugeridas, aunque no limitativas, que pueden ser adaptadas a los diferentes contextos de servicios del establecimiento.

SAER	SBAR	IDEAS	ISOBAR
- S: Situación actual del paciente - A: Antecedentes clínicos relevantes - E: Evaluaciones realizadas o en curso - R: Recomendaciones y actividades pendientes	- S: Situación actual del paciente - B: Antecedentes clínicos relevantes - A: Análisis del problema - R: Recomendaciones y actividades pendientes	- I: Identificación -D: Diagnóstico -E: Estado -A: Actuaciones -S: Signos y síntomas de alarma	-I: Identificación -S: Situación -O: Observación -B: Background o antecedentes clínicos relevantes -A: Acordar un plan -R: “Read-Back” Confirmar la transferencia

El uso sistemático de una herramienta permite una transferencia clara de la información, lo que favorece la continuidad del tratamiento y la prevención de riesgos clínicos.
Estos procedimientos deben estar documentados, estandarizados, implementados y supervisados de forma periódica, a fin de evaluar su cumplimiento y su efectividad en la práctica.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado y documentado las transiciones clínicas que ocurren durante la atención, ya sean en el tiempo o en el lugar, así como el personal involucrado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se ha definido, documentado e implementado un proceso estructurado para la comunicación de información durante las transiciones identificadas.

(3)El proceso incluye el uso de un formato o herramienta estandarizada (como SAER u otra equivalente) que asegure una comunicación clara, completa, ordenada y oportuna.

(4)El personal clínico responsable de participar en estas transiciones ha sido capacitado en el proceso y aplica la herramienta conforme a lo establecido.

(5)La entrega de información durante las transiciones se documenta en el expediente clínico o en un registro específico definido por el establecimiento.

(6)Se evalúa periódicamente el cumplimiento del proceso y se implementan acciones de mejora cuando se identifican desviaciones o áreas de oportunidad.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la comunicación de información clínica durante las transiciones.
- Formato estructurado de comunicación de la información, utilizado y firmado como parte del registro clínico u operativo del paciente.
- Listado de tipos de transiciones clínicas identificadas por el establecimiento.
- Registro de capacitación al personal clínico sobre el proceso de comunicación estructurada durante las transiciones.
- Auditorías o listas de verificación que evalúen el cumplimiento del proceso de comunicación estructurada en las transiciones clínicas.
- Informe de evaluación periódica sobre la implementación del proceso, que incluya análisis de eventos adversos, cuasifallas o desviaciones relacionadas con fallas en la continuidad de la atención.

d. Estándar 4/9. Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado, estandarizado y conocido por el personal para gestionar el traslado de pacientes a otro establecimiento, cuando no sea posible brindar la atención dentro de su capacidad resolutiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El traslado puede requerirse en situaciones como:

i. Condiciones clínicas que superan los recursos del establecimiento.
ii. Necesidad de atención de servicios especializados o intervención urgente.
iii. Complicaciones que requieren observación médica continua o procedimientos fuera del alcance del establecimiento.

El proceso de traslado describe al menos, lo siguiente:

a) Criterios clínicos y operativos para determinar cuándo un paciente debe ser trasladado a otro establecimiento.
b) Responsabilidad sobre el paciente durante el traslado (por ejemplo, personal de ambulancia, médico tratante, etc.).
c) Transferencia formal de la atención entre proveedores y el establecimiento, incluyendo el envío de información clínica relevante y la notificación al establecimiento receptor.
d) Medidas en caso de que no sea posible el traslado inmediato, como la estabilización del paciente, así como la comunicación con autoridades o redes de atención.

Este proceso debe documentarse claramente en el expediente clínico e incluir evidencia de:

• La decisión clínica que justifica el traslado.
• La comunicación con el establecimiento receptor.
• Las acciones tomadas durante la espera o el proceso de referencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el traslado de pacientes a otros establecimientos cuando la atención no puede ser garantizada en el establecimiento.

(2) El proceso incluye al menos lo mencionado en los incisos a) a la d) de la guía.

(3) El personal está capacitado y aplica el proceso conforme a lo establecido.

(4) Se documentan las decisiones, acciones y comunicaciones relacionadas con cada traslado en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para el traslado de pacientes
- Listado de criterios clínicos y operativos definidos por el establecimiento para determinar cuándo debe realizarse un traslado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Formato o registro de traslado que evidencie: La justificación clínica del traslado, El establecimiento receptor, La persona responsable del traslado, La hora de salida y llegada, si aplica.
- Notas clínicas en el expediente del paciente que documenten La decisión de traslado y comunicación con el establecimiento receptor.
- Convenios, acuerdos o directorio de referencia con unidades receptoras.
- Capacitación al personal sobre el proceso de traslado y su rol durante el mismo.
- Reportes o actas de revisión de traslados realizados como parte del sistema de mejora de la calidad.

e. Estándar 5/9. Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.

1. Guía.

Para garantizar la continuidad del tratamiento en pacientes que requieren ser trasladados o referidos a otro establecimiento, el establecimiento debe asegurarse de que el lugar receptor cuenta con la capacidad resolutiva necesaria para atender las necesidades del paciente.

En aquellos casos donde los traslados o referencias ocurren con frecuencia, el establecimiento debe contar con convenios formales o informales que definan los términos de referencia, asegurando la aceptación oportuna y las condiciones para la recepción del paciente.

El establecimiento también debe contar con un directorio actualizado de instituciones receptoras, incluyendo:

a) Nombre del establecimiento.
b) Tipo de atención que ofrece.
c) Dirección y medios de contacto (teléfono, correo u otros).
d) Horarios de atención o requisitos específicos de referencia.

Este listado debe estar disponible para el personal autorizado. Cuando no se pueda confirmar la capacidad resolutiva del receptor, el paciente no debe ser trasladado hasta contar con una alternativa viable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento verifica que el establecimiento receptor cuenta con la capacidad resolutiva para atender al paciente que será trasladado o referido.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Existen convenios formales o informales documentados con establecimientos receptores cuando la referencia ocurre de manera recurrente.
(3)Se dispone de un directorio vigente de establecimientos a los que pueden referirse pacientes.
(4)El personal responsable del traslado conoce y aplica estos criterios antes de referir al paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Directorio vigente de establecimientos receptores, con datos completos.
- Convenios formales o acuerdos de colaboración para traslado o referencia.
- Registro de verificación documentada de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor (formato de confirmación o evidencia de llamada/documento).
- Acciones definidas para la verificación previa a la referencia o traslado de pacientes.
- Registro de personal capacitado en los criterios y lineamientos para referir o trasladar pacientes.
- Ejemplos de referencia documentada con confirmación de recepción por parte del establecimiento receptor.
- Indicadores o registros de seguimiento sobre cumplimiento de procesos de referencia/traslado (auditoría interna, revisión de expedientes, etc.).

f. Estándar 6/9. Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.

1. Guía.

Para asegurar la continuidad de la atención del paciente durante un traslado (referencia o contrarreferencia), el establecimiento debe entregar al establecimiento receptor un resumen clínico con información completa, clara, suficiente y actualizada conforme a la legislación aplicable vigente.

Esta transferencia de información clínica debe realizarse mediante una nota de referencia/contrarreferencia, elaborada por el médico responsable del paciente u otro profesional autorizado. En caso de ser realizada por un médico en formación, esta debe ser validada por el médico responsable.

Esta nota clínica debe proporcionar un panorama general del estado clínico del paciente, la atención recibida, el motivo del envío y las

SIN VALIDEZ OFICIAL

necesidades clínicas para la atención posterior. La nota debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Nombre del establecimiento que refiere.
c) Nombre del establecimiento receptor.
d) Motivo del envío.
e) Fecha y hora de la referencia
f) Impresión diagnóstica (incluye comorbilidades y riesgos relevantes).
g) Terapéutica empleada, procedimientos realizados o tratamientos iniciados.
h) Estado clínico actual del paciente.
i) Necesidades de atención continua, como vigilancia, acceso vascular, tratamiento farmacológico, entre otras.
j) Nombre completo y firma del profesional que refiere.

En el caso de servicios de Hemodiálisis, el Resumen Clínico además deberá incluir:

i) Diagnóstico nefrológico
ii) Frecuencia actual de sesiones de hemodiálisis
iii) Tiempo de permanencia en programa de hemodiálisis
iv) Tipo y estado funcional del acceso vascular
v) Superficie del dializador
vi) Si participa en programa de reúso
vii) Peso seco actual
viii) Ganancia interdialítica promedio
ix) Resultados de cinética de urea
x) Serología viral
xi) Alergias conocidas
xii) Problemas clínicos ocurridos durante el tratamiento

El resumen clínico debe estar documentado, firmado y anexado al expediente clínico del paciente. En los casos aplicables, se debe entregar también una copia al paciente o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la elaboración y entrega de la nota de referencia/contrarreferencia al momento de referir o trasladar a un paciente a otro establecimiento.

(2) El resumen clínico es elaborado por un médico autorizado y contiene al menos los elementos del inciso a) al j) y del i) al xii) (cuando aplique) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El resumen clínico es entregado al establecimiento receptor junto con el paciente.

(4)La nota de traslado, debidamente firmada, se anexa en el expediente clínico y, cuando corresponde, se entrega una copia al paciente o cuidador primario.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la elaboración de notas de referencia/contrarreferencia.
- Formato institucional de resumen clínico o nota de traslado conforme a la legislación aplicable vigente.
- Registro de traslado con evidencia de entrega del resumen clínico al establecimiento receptor.
- Nota de referencia documentada y firmada por médico tratante, anexada en el expediente clínico del paciente.
- Copia de resumen clínico entregado al paciente o cuidador primario, cuando corresponde.

g. Estándar 7/9. Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que, cuando se realiza el traslado de un paciente a otro establecimiento, el cuidado durante el traslado sea proporcionado por personal que cuente con las competencias necesarias, de acuerdo con el estado clínico del paciente.

El proceso de traslado puede variar en complejidad, desde pacientes estables que no requieren intervención activa, hasta pacientes con condiciones críticas que necesitan monitorización continua, administración de oxígeno, manejo de accesos vasculares o respuesta ante emergencias.

El establecimiento debe evaluar el estado clínico del paciente antes del traslado y definir quién será responsable de su atención durante el mismo. Esto implica:

a) Identificar si se requiere personal clínico (enfermero/a, médico) capacitado para acompañar al paciente.
b) Asegurar que el personal asignado cuente con los conocimientos, habilidades y recursos para manejar posibles complicaciones durante el traslado.
c) Asegurar que el medio de traslado sea adecuado (unidad móvil equipada, ambulancia con soporte vital, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Cuando el traslado sea realizado por un servicio subrogado, el establecimiento debe asegurarse de que el proveedor cumpla con los mismos criterios de competencia clínica, vigilancia y respuesta ante eventos, conforme a las especificaciones de calidad definidos por el establecimiento.
Cuando se traslada a un paciente inestable, debe implementarse un protocolo que incluya monitorización continua, según aplique.
El establecimiento debe documentar quién fue responsable del paciente durante el traslado, el nivel de vigilancia proporcionado, y de ser posible, si hubo incidentes clínicos durante el trayecto.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento evalúa el estado clínico del paciente antes del traslado y determina el nivel de vigilancia requerido.
(2) El cuidado durante el traslado es proporcionado por personal con las competencias necesarias, conforme al estado del paciente.
(3) En traslados realizados por servicios subrogados, el establecimiento verifica que el personal asignado cumple con las competencias requeridas.
(4) Cuando corresponde, el paciente es monitorizado durante el traslado.
(5) El expediente clínico documenta el nombre del responsable del traslado, el tipo de vigilancia proporcionada y de ser posible, cualquier evento relevante durante el trayecto.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso para traslados de pacientes, incluyendo criterios de acompañamiento clínico.
- Evaluación pre-traslado documentada en el expediente clínico.
- Registro de traslado con nombre del responsable, estado del paciente y observaciones del trayecto.
- Lista de personal clínico capacitado para traslados.
- Bitácora de eventos durante traslados (cuando aplica).
- Capacitación documentada sobre manejo de pacientes durante el traslado, según niveles de complejidad.

h. Estándar 8/9. Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.

1. Guía.

Cuando se realiza una referencia, traslado o egreso de un paciente, el establecimiento debe considerar las condiciones clínicas y sociales del

SIN VALIDEZ OFICIAL

paciente para determinar si requiere apoyo en el traslado. Este componente es particularmente relevante para pacientes en situación de vulnerabilidad, riesgo social o sin acompañamiento.

El establecimiento debe evaluar las necesidades de transporte, asegurando que el paciente reciba orientación, apoyo logístico y, cuando sea posible, coordinación con servicios internos, subrogados o cuidadores primarios.

Esto incluye casos en los que el paciente:

a) No puede movilizarse por sí mismo debido a discapacidad o estado clínico.
b) Requiere monitoreo clínico o acompañamiento por personal capacitado durante el traslado.
c) Carece de redes familiares o sociales que puedan apoyarlo en el retorno seguro a su domicilio.

Además, se debe contar con un directorio actualizado de servicios de ambulancia, públicos o privados, con información de contacto, ante situaciones en las que el traslado debe realizarse con medios especializados.

Toda la gestión relacionada con el transporte debe quedar documentada en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que considera las necesidades de transporte.
(2) Se evalúa y documenta si el paciente requiere apoyo para su traslado según su estado clínico o situación social.
(3) Cuando corresponde, se realiza coordinación con familiares, servicios subrogados o autoridades locales para facilitar el traslado seguro.
(4) Se cuenta con un directorio vigente y accesible de servicios de ambulancia u otras opciones de transporte asistido.
(5) El apoyo brindado o gestionado para el traslado queda documentado en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o sección dentro del proceso de referencia o egreso que contemple necesidades de transporte.
- Evaluación clínica del paciente que determine si requiere apoyo para el traslado.
- Directorio vigente de ambulancias o transporte asistido, con datos de contacto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro en expediente clínico de la coordinación realizada con familiares o servicios.

i. Estándar 9/9. Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico al egreso.

1. Guía.

El establecimiento debe proporcionar a cada paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario, instrucciones claras y comprensibles al momento del egreso médico.

Estas instrucciones son esenciales para asegurar la continuidad del tratamiento, la identificación oportuna de complicaciones y la adopción de medidas que promuevan la seguridad del paciente en el entorno ambulatorio o domiciliario.

Estas instrucciones deben adaptarse al nivel de comprensión del paciente y/o su cuidador primario, y se entregan de forma verbal y escrita, utilizando lenguaje sencillo y, si se requiere, materiales complementarios (pictogramas, esquemas, formatos adaptados).

El establecimiento debe definir un proceso estandarizado para entregar instrucciones en dos escenarios principales:

a) Egreso definitivo del paciente (por alta médica, referencia o cambio de establecimiento): las instrucciones pueden incluir:
   i. El plan de seguimiento médico.
   ii. Fechas o condiciones para el próximo contacto o revisión.
   iii. Establecimientos de referencia.
   iv. Recomendaciones específicas sobre medicamentos prescritos o suspendidos, dieta, restricciones y vigilancia.
   v. Signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata.
   vi. Medidas de autocuidado o apoyo familiar.
   vii. Datos de contacto del establecimiento, incluyendo los medios para resolver dudas o acceder a servicios fuera del horario habitual.

b) Al término de un procedimiento ambulatorio, cuando se detecten situaciones relevantes, como:
   i. Hipotensión, prescripción especial de líquidos o dieta.
   ii. Indicaciones para la próxima consulta.
   iii. Fechas de programación de consultas de seguimiento.
   iv. Signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata.

Cuando el paciente tenga limitaciones cognitivas, sensoriales, educativas o de otra índole, el cuidador primario debe recibir esta

SIN VALIDEZ OFICIAL

información, principalmente si desempeña un papel dentro del proceso de atención, y quedar registrada su participación.
Toda la información proporcionada debe documentarse en el expediente clínico y dejar constancia que respalde la evidencia de entrega al paciente o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento proporciona instrucciones de seguimiento al egreso en un formato claro, estructurado y comprensible para el paciente y/o su cuidador primario.
(2)Las instrucciones incluyen indicaciones específicas sobre seguimiento clínico, próxima cita o condiciones para revaloración.
(3)Las instrucciones incluyen signos de alarma o datos que indican la necesidad de buscar atención inmediata.
(4)Cuando corresponde, el cuidador primario también recibe las instrucciones.
(5)La entrega de las instrucciones y la comprensión por parte del paciente/cuidador se documenta en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional para la entrega de instrucciones al paciente y/o cuidador primario en el egreso o al término de la sesión.
- Evidencia de entrega escrita de las instrucciones al paciente o cuidador primario
- Materiales informativos complementarios utilizados por el establecimiento (formatos con pictogramas, hojas con recomendaciones, etc.).
- Política o proceso documentado sobre la entrega de instrucciones al egreso o al cierre de una sesión, incluyendo cuándo y cómo deben emitirse.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-5
B-11
C-4
D-9
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-31
B-38
C-24
Atención Clínica y de Apoyo
A-23
B-8
C-6
D-46
E-2
F-9
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-25
B-6

X. EJE ESTRUCTURAL: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

La mejora continua permite a las organizaciones identificar oportunidades de fortalecimiento, corregir desviaciones, aprender de sus resultados y adaptar sus procesos a un entorno cambiante. Este eje estructural evalúa la capacidad institucional para medir su desempeño, auditar sus procesos, incorporar la voz del paciente y del personal, e implementar acciones de mejora basadas en datos y evidencia.

Componente	Estándar	
A. Mejora continua	1	Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	2	Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
	3	Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	4	Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
	5	Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.
	6	Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.
	7	Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.
	8	Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.
	9	Rediseño de procesos clínicos o de gestión mediante herramientas de análisis proactivo.
	10	Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.
	11	Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.
	12	Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.
	13	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.
	14	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.
	15	Análisis epidemiológico para el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.
	16	Análisis sistemático los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.
	17	Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.
	18	Implementación y consolidación de acciones de mejora.
	19	Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
	20	Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	21	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen.
	22	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio.
	23	Implementación de un programa de control de calidad en los servicios de anestesia y sedación.
	24	Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.
	25	Evaluación institucional de los resultados de la atención médica a distancia.
B. Sistema de salud	1	Conocimiento y ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).
	2	Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.
	3	Certificación del establecimiento como Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE).
	4	Participación y reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.
	5	Implementación de un programa institucional de atención centrada en la persona.
	6	Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

A. MEJORA CONTINUA

a. Estándar 1/25. Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El hospital debe desarrollar un plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente como instrumento estratégico que articule de forma sistémica y transversal los esfuerzos institucionales para consolidar una cultura de calidad, seguridad y mejora continua.

El gobierno y los líderes del establecimiento son responsables de analizar de manera integral la información generada por la implementación de los procesos clínicos y de gestión, con el objetivo de evidenciar y conducir las mejoras derivadas de estos procesos.

Este plan debe elaborarse mediante un enfoque de sistema, con liderazgo directivo y participación multidisciplinaria, e integrar tanto estrategias proactivas como reactivas:

i. El enfoque proactivo se basa en el proceso de gestión de riesgos, que incluye la identificación, priorización, análisis y toma de decisiones, con el propósito de disminuir la posibilidad que los riesgos identificados se materialicen. Para ello, el establecimiento puede emplear herramientas como análisis causa-raíz prospectivo, matrices de priorización, análisis de barreras, flujogramas u otros mecanismos definidos institucionalmente o alineados a proyectos de mejora.

ii. El enfoque reactivo no solo considera la información generada por el sistema de notificación de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, sino también los mecanismos de supervisión y monitoreo de los procesos clínicos y de gestión establecidos dentro de los estándares del modelo. Este enfoque permite aprender de las situaciones que ya han ocurrido y tomar decisiones basadas en evidencia.

El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente no debe concebirse como un documento aislado, sino como una herramienta activa que integra, organiza y dirige las acciones necesarias para alcanzar los objetivos institucionales de mejora continua.

El plan tiene un alcance organizacional y debe actualizarse anualmente. Para su efectividad, debe integrar al menos los siguientes seis elementos:

a) Evaluación integral de riesgos y problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

b) Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramientas de estandarización.
d) Evidencia de seguimiento y mejora de las prioridades mediante indicadores u otros mecanismos.
e) Análisis de un proceso de riesgo prioritario utilizando alguna herramienta proactiva o alineado a un proyecto institucional de mejora.
f) Programa de auditoría y supervisión de los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es el responsable final de la calidad y seguridad del paciente. Por ello, debe demostrar su compromiso y liderazgo aprobando, supervisando e impulsando la implementación del plan, asegurando su alineación con el MOCEBPASS y su integración efectiva en todos los niveles del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente se basa en la evaluación y priorización de riesgos y problemas institucionales.
(2) El plan incluye, al menos, los siguientes seis elementos presentados en los incisos a) al f) de la guía.
(3) El plan ha sido revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno o directivos.
(4) El documento del plan describe de forma clara cómo se desarrollan, articulan e implementan las acciones de calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Acta o constancia de revisión y aprobación por el cuerpo directivo.
- Informes de evaluación de riesgos, matriz de riesgos u otras herramientas de análisis proactivo.
- Sistema o registros de notificación y análisis de eventos adversos y cuasifallas.
- Protocolos clínicos o guías de práctica clínica implementadas en la institución.
- Indicadores utilizados para seguimiento de mejoras.
- Reportes periódicos de avance y resultados del plan de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/25. Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe contar con un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o su equivalente, conformado de manera multidisciplinaria, con el objetivo de coordinar, evaluar y dar seguimiento a las acciones institucionales relacionadas con la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Este comité es un órgano colegiado de carácter técnico consultivo, cuyas funciones incluyen el análisis de los problemas relacionados con la calidad, la formulación de acciones de mejora continua, la evaluación de resultados y el fortalecimiento de la cultura de calidad y seguridad, en concordancia con el MOCEBPASS.

El comité debe estar integrado al menos por el titular del establecimiento (quien lo preside), personal clínico, de calidad y de áreas relevantes para los procesos clínicos y de gestión. Debe sesionar de forma periódica, tener objetivos y funciones formalmente definidos, y contar con mecanismos documentados para:

a) Avalar, supervisar e impulsar el diseño y la implementación del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
b) Tomar decisiones basadas en evidencia, derivada de indicadores, análisis de eventos, resultados de auditorías y experiencia del paciente.
c) Articularse con otros comités clínicos y técnicos del establecimiento.
d) Asegurar el seguimiento puntual de los acuerdos adoptados.
e) Elaborar y presentar una memoria anual institucional.

Los temas por tratar en el COCASEP pueden incluir los siguientes aspectos, entre otros definidos por el establecimiento.

i. Avances respecto a las revisiones previas.
ii. Cambios que afecten la calidad y seguridad del paciente en el establecimiento.
iii. Resultados sobre las quejas y experiencia del paciente.
iv. Las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
v. Los resultados de la implementación de procesos y barreras de seguridad para mejorar el desempeño de los procesos y servicios.
vi. Los resultados de las evaluaciones realizadas, las inconsistencias identificadas y acciones tomadas.
vii. El desempeño de los proveedores.
viii. Las oportunidades de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.

(2)El comité cuenta con objetivos y funciones definidas, alineadas al MOCEBPASS.

(3)El comité es presidido por el titular del establecimiento o su equivalente en funciones de gobierno institucional.

(4)El comité sesiona de forma periódica y documenta sus sesiones mediante minutas, acuerdos y seguimiento.

(5)El comité realiza, al menos, las siguientes funciones enlistadas del inciso a) al e) de la guía.

(6)En caso de no contar con un comité formal, el establecimiento implementa mecanismos alternos documentados para el análisis periódico de la información y la toma de decisiones sobre calidad y seguridad.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que formaliza la conformación del COCASEP (acta de instalación, nombramientos).
- Actas de sesiones periódicas del comité con evidencia de acuerdos y seguimiento.
- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente avalado por el comité.
- Memoria anual del COCASEP.
- Calendario institucional de sesiones.
- Informes de subcomités vinculados (ej. expediente clínico, mortalidad, seguridad del paciente).
- Evidencia de decisiones tomadas con base en análisis de indicadores, eventos adversos o supervisiones.
- Documento alternativo con mecanismos de análisis si no existe comité formal.

c. Estándar 3/25. Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El hospital debe realizar una evaluación integral de riesgos y problemas como base para definir prioridades institucionales relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente. Esta evaluación permite identificar, priorizar y gestionar de forma estructurada aquellos factores que pueden afectar negativamente los procesos clínicos y de gestión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento que produzca consecuencias negativas. El análisis de riesgos parte del principio de que la seguridad nunca es absoluta. Los riesgos están presentes en todas las actividades, y si bien muchos no pueden eliminarse por completo, pueden ser gestionados para reducir su probabilidad, su impacto o ambos.

Esta evaluación se debe aplicar a todos los procesos relevantes del establecimiento, tanto clínicos como de gestión, que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e infraestructura. Es importante incluir no solo riesgos potenciales, sino también eventos que ya han ocurrido en el pasado y que pueden repetirse si no son gestionados adecuadamente.

La gestión de riesgos institucional debe incluir, al menos, los siguientes pasos:

a) Identificación de riesgos con la participación directa del personal involucrado en los procesos, a partir del análisis de sus actividades, reportes de eventos o inspecciones internas.
b) Priorización de los riesgos detectados conforme a una metodología previamente definida por el establecimiento.
c) Análisis y gestión de los riesgos para proponer intervenciones o acciones de mejora orientados a limitar el impacto de estos en el establecimiento.
d) Integración de los resultados de esta evaluación al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, asegurando que las prioridades institucionales reflejen las áreas de mayor vulnerabilidad y oportunidad.

Este proceso se vincula directamente con la función del comité o grupo responsable de la calidad, y debe ser documentado, trazable y actualizable de forma periódica.

i. Requerimiento auditable.

(1) La definición de prioridades para la calidad y seguridad del paciente se basa en una evaluación integral de riesgos y problemas institucionales.

(2) La identificación de riesgos considera todos los procesos clínicos y de gestión que impactan en la seguridad del paciente, del personal y de la infraestructura.

(3) El personal involucrado en los procesos participa en la identificación de los riesgos.

(4) Los riesgos son priorizados con base en la metodología definida por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Los riesgos son analizados y gestionados como parte integral del desarrollo del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(6)Se implementan acciones de mejora como resultado del análisis y priorización de riesgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento que describe la metodología institucional para la identificación y priorización de riesgos.
- Matrices de riesgos o reportes institucionales de evaluación por áreas o procesos.
- Evidencia de participación del personal operativo en la identificación de riesgos (actas, talleres, encuestas).
- Listados priorizados de riesgos con criterios definidos (probabilidad, impacto, recurrencia).
- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente con acciones alineadas a los riesgos evaluados.
- Registros de seguimiento y mejora derivados del análisis de riesgos (reportes de avance, indicadores, minutas de comités).

d. Estándar 4/25. Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe implementar un sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente como componente esencial del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este sistema debe permitir identificar, analizar y aprender de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, con el objetivo de prevenir su recurrencia, fortalecer la cultura de seguridad y mejorar los procesos institucionales. Su enfoque debe ser proactivo, no punitivo y orientado a la mejora.

Cada establecimiento debe establecer, documentar y difundir las definiciones operativas de los eventos que deben ser notificados, considerando su contexto clínico y organizacional, con el objetivo de facilitar su identificación por parte del personal operativo.

Si bien los eventos adversos con consecuencias graves afectan directamente a los pacientes, también impactan al personal involucrado y a la institución. Por ello, el sistema debe contemplar mecanismos para la atención integral de las víctimas, así como estrategias de comunicación y manejo institucional del impacto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El sistema debe estar alineado con los criterios establecidos por la AESP 7 y debe incluir, al menos, los siguientes componentes:

a) Las definiciones operativas de cuasifallas, evento adverso y evento centinela.
b) Un mecanismo accesible, confidencial y no punitivo para su notificación.
c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz de eventos centinela y el análisis periódico de patrones y tendencias de eventos adversos y cuasifallas.
d) El proceso para la atención del personal afectado por un evento adverso graves, que puede incluir apoyo psicológico o contención institucional.
e) Un protocolo de comunicación institucional y manejo de crisis en casos de eventos adversos con impacto reputacional o social.
f) Lineamientos claros para la gestión y confidencialidad de la información generada por el sistema.
g) Un mecanismo que asegure la toma de decisiones informadas, orientadas a la mejora.
h) Estrategias de retroalimentación periódica a las áreas, al COCASEP y a los líderes y al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento

Este sistema debe estar documentado, difundido, supervisado y vinculado directamente con el proceso de gestión de riesgos, el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y el comité correspondiente (COCASEP o equivalente).

i. Requerimiento auditable.

(1) El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente incluye la implementación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
(2) El sistema definido por el establecimiento incluye, al menos, los elementos enlistados de a) al h) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Definiciones operativas institucionales de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
- Reportes mensuales o acumulados de notificación, análisis y acciones derivadas.
- Registro de capacitaciones al personal sobre el sistema de notificación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de atención a segunda víctima (canales de apoyo, seguimiento psicológico, etc.).
- Informes de retroalimentación y análisis enviados al COCASEP o cuerpo de gobierno y/o alta dirección.
- Vínculo documental entre los eventos notificados y las decisiones institucionales de mejora.

e. Estándar 5/25. Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.

1. Guía.

El hospital debe asegurar que todos los eventos centinela notificados o identificados sean analizados a través de un proceso estructurado, con el propósito de implementar acciones que disminuyan la probabilidad de su recurrencia.

Un evento centinela se define como un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función, no atribuible al curso natural de la enfermedad o condición del paciente. La OMS lo define como "incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas" o "todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente".

Este análisis no necesariamente implica la existencia de un error clínico, pero exige una respuesta institucional inmediata y sistemática.

Cada establecimiento debe definir de manera operativa el concepto de evento centinela, considerando al menos los siguientes escenarios cuando correspondan a su contexto:

a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente.
b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente.
c) Cirugía en el lugar incorrecto, procedimiento incorrecto o paciente equivocado.
d) Muerte materna.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Transmisión de enfermedad crónica como resultado de transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
f) Suicidio.
g) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente dentro del establecimiento.

El análisis de cada evento centinela debe iniciarse tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del evento o su notificación. El desarrollo del análisis causa-raíz debe cumplir los siguientes criterios:

i. Enfoque multidisciplinario, incluyendo al personal involucrado directa o indirectamente.
ii. Participación de los líderes del establecimiento, como parte de su función de toma de decisiones en calidad y seguridad.
iii. Enfoque de mejora y no punitivo, orientado a encontrar fallas en los procesos y barreras institucionales.

Como resultado del análisis, el establecimiento debe implementar acciones correctivas y preventivas para reducir la probabilidad de recurrencia de eventos similares, fortaleciendo su sistema de gestión de riesgos y la seguridad del paciente.

Es importante notar que el término "evento centinela" no siempre hace referencia a un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido operativamente el concepto de evento centinela e incluye al menos los incisos a) al g) cuando correspondan a su contexto.
(2) Se realiza un análisis causa-raíz documentado para cada evento centinela notificado o identificado.
(3) El análisis se concluye dentro de un plazo no mayor a 45 días desde la ocurrencia o notificación del evento.
(4) El análisis se realiza con participación multidisciplinaria e involucra al personal relacionado con el evento.
(5) El análisis cuenta con la participación del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento para la toma de decisiones.
(6) Se implementan acciones preventivas y de mejora como resultado del análisis causa-raíz.
(7) Se da seguimiento documentado a la implementación de dichas acciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Definición operativa institucional de evento centinela.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de eventos centinela notificados o identificados.
- Formatos de análisis causa-raíz (ej. árbol de causas, diagrama de Ishikawa, 5 porqués).
- Actas o minutas de sesiones multidisciplinarias donde se haya realizado el análisis.
- Evidencia de participación del gobierno institucional en la validación del análisis.
- Planes de acción correctiva y preventiva derivados de los análisis.
- Registros de seguimiento a las acciones implementadas.

f. Estándar 6/25. Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.

1. Guía.

El hospital debe asegurar que todos los eventos adversos sean notificados, analizados e integrados dentro de un sistema estructurado que permita comprender su causa, implementar acciones correctivas inmediatas y prevenir su recurrencia.

Los eventos adversos son aquellos sucesos imprevistos, indeseados o potencialmente peligrosos en un establecimiento de atención médica que llegan al paciente. La OMS lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente”.

Cada establecimiento debe establecer definiciones operativas claras de evento adverso, difundidas al personal clínico y de apoyo, para facilitar su correcta identificación y notificación.

El análisis de eventos adversos debe realizarse tanto a nivel individual como agrupado:

a) A nivel individual, cada evento adverso notificado debe ser registrado y categorizado conforme al sistema definido por el establecimiento (ejemplo: por tipo de evento, área o servicio, impacto, etc.). Esta categorización tiene como propósito identificar de manera clara qué eventos requieren acciones correctivas inmediatas, mientras que aquellos de menor impacto se integran al análisis agrupado.
b) A nivel institucional, el establecimiento debe realizar un análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos al menos dos veces

SIN VALIDEZ OFICIAL

por año, con el fin de detectar recurrencias, áreas críticas o procesos vulnerables.

Ambos niveles de análisis deben generar evidencia documentada de decisiones y mejoras implementadas, y estar integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y difundido las definiciones operativas de eventos adversos.

(2) Se analiza eventos adversos reportados y se implementan acciones correctivas inmediatas cuando corresponde.

(3) Se realiza un análisis de patrones y tendencias de eventos adversos al menos dos veces al año.

(4) Como resultado del análisis de tendencias, se implementan acciones de mejora documentadas y trazables.

(5) El análisis de eventos adversos está documentado, vinculado con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y se presenta al COCASEP o mecanismo equivalente.

(A). Referencia de apoyo.

- Definiciones operativas institucionales de eventos adversos.
- Formatos de notificación y análisis de eventos adversos.
- Registros de eventos individuales con acciones correctivas implementadas.
- Informes semestrales de análisis de patrones y tendencias.
- Evidencia de medidas correctivas derivadas del análisis agrupado (actas, reportes, minutas).
- Indicadores de mejora relacionados con reducción de eventos adversos.
- Documentación presentada al COCASEP.

g. Estándar 7/25. Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.

1. Guía.

El hospital debe contar con un proceso definido para la identificación, notificación, análisis y seguimiento de las cuasifallas, como parte del sistema de seguridad del paciente. Este proceso forma parte esencial del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente incluido en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Una cuasifalla es un evento adverso que no llegó a afectar al paciente, pero que revela una desviación respecto a la práctica óptima y que podría haber ocasionado un daño, de no haber sido interrumpida por una acción planificada, una intervención oportuna o el azar. La OMS lo define como “Cuasi-incidente: desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión del establecimiento, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”.

El análisis de cuasifallas permite detectar vulnerabilidades tempranas en los procesos, identificar patrones de riesgo y prevenir eventos adversos.

Cada establecimiento debe:

a) Definir operativamente qué constituye una cuasifalla en su contexto clínico y organizacional.
b) Implementar un mecanismo de notificación accesible y no punitivo para que el personal pueda reportarlas con confianza.
c) Analizar individualmente las cuasifallas críticas y, además, realizar un análisis de patrones y tendencias al menos dos veces al año.
d) Documentar e implementar acciones de mejora derivadas del análisis, integrándolas al ciclo de mejora institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y difundido definiciones operativas de cuasifallas.

(2) Las cuasifallas se notifican y analizan conforme al proceso institucional documentado.

(3) Se realiza un análisis de patrones y tendencias de cuasifallas al menos dos veces por año.

(4) Se implementan acciones de mejora como resultado del análisis de patrones y tendencias.

(5) El análisis y seguimiento de cuasifallas se encuentra documentado y vinculado con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional con definiciones operativas de cuasifallas.
- Procedimiento documentado para la notificación y análisis de cuasifallas.
- Reportes de cuasifallas individuales y por unidad operativa.
- Informes semestrales de patrones y tendencias.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Actas del COCASEP donde se analicen cuasifallas.
- Evidencia de acciones de mejora derivadas del análisis (indicadores, cambios en procesos, protocolos).
- Comunicación institucional de resultados o lecciones aprendidas.

h. Estándar 8/25. Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.

1. Guía.

La estandarización de los procesos de atención clínica reduce los riesgos para los pacientes, en particular aquellos asociados con decisiones críticas; además, permite que la atención se brinde de manera oportuna y efectiva, utilizando en forma eficiente los recursos disponibles.

A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, el establecimiento identifica y selecciona un proceso de atención en el cual se haya detectado alta variabilidad, con el propósito de estandarizarlo y así reducir riesgos. Esta variabilidad no necesariamente se relaciona con alta frecuencia o morbimortalidad, sino con la falta de consistencia en su ejecución, lo que puede derivar en resultados impredecibles.

Para estandarizar el proceso seleccionado, se implementa una guía, vía clínica, lineamiento o protocolo de práctica clínica y se mide el apego del personal involucrado al mismo. La implementación sigue un proceso estructurado que abarca, al menos, los siguientes pasos:

a) Seleccionar un protocolo, guía, vía o lineamiento acorde al proceso que presenta alta variabilidad dentro del establecimiento.
b) Evaluar la aplicabilidad y respaldo científico de dicha guía, vía o protocolo.
c) Adaptarla, cuando sea necesario, a los recursos tecnológicos, terapéuticos, normativos o logísticos del establecimiento.
d) Aprobarla formalmente por parte del establecimiento.
e) Implementarla asegurando que su uso sea constante y efectivo en la atención clínica.
f) Evaluar el apego del personal involucrado, mediante el uso de herramientas como listas de verificación u otros instrumentos estructurados.
g) Actualizar el documento conforme a nueva evidencia o resultados operativos, según corresponda.

El establecimiento debe seguir este proceso para al menos una guía, vía o protocolo de atención por año.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Como resultado de la implementación y la medición del apego, se deben analizar los datos y tomar decisiones institucionales para fortalecer la seguridad del paciente y promover la mejora continua.
Esta buena práctica está respaldada por evidencia internacional. La OMS y múltiples estudios han demostrado que la estandarización clínica disminuye la variabilidad, reduce errores médicos, y mejora tanto los resultados de salud como la eficiencia institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1)A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, el establecimiento ha seleccionado un proceso de atención clínica con alta variabilidad.
(2)Para estandarizar el proceso seleccionado, se ha implementado una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los pasos mencionados del inciso a) al g) de la guía.
(3)Se evalúa el apego del personal mediante el uso de una herramienta.
(4)Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones institucionales.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional de evaluación de riesgos y procesos con alta variabilidad.
- Guía, vía, lineamiento o protocolo clínico con evidencia de evaluación, adaptación y aprobación.
- Instrumentos de medición del apego (listas de verificación, auditorías clínicas, etc.).
- Informes o actas de comité con resultados analizados y decisiones derivadas.
- Evidencia de implementación activa del protocolo (capacitaciones, indicadores, registros clínicos).

i. Estándar 9/25. Rediseño de procesos clínicos o de gestión mediante herramientas de análisis proactivo.

1. Guía.

El establecimiento debe integrar en su plan de calidad y seguridad del paciente un enfoque proactivo para la gestión de riesgos. Este enfoque consiste en seleccionar, al menos una vez por año, un proceso clínico o de gestión clasificado como prioritario por su nivel de riesgo, para analizarlo, rediseñarlo e implementarlo con mejoras que lo hagan más seguro y eficiente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para ello, el establecimiento puede utilizar la herramienta de análisis proactivo que considere más adecuada a su contexto, capacidad técnica y recursos disponibles, como pueden ser: análisis de tendencia de eventos sin daño, mapeo de procesos con identificación de puntos críticos, matriz de priorización de riesgos, Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF), revisión por pares, metodología Planear – Hacer – Estudiar – Actuar (PDSA), entre otros. Lo importante es que el análisis derive en un rediseño del proceso que incorpore acciones correctivas o preventivas para reducir el riesgo identificado.

Este análisis debe contar con la participación del personal clínico y operativo directamente involucrado en el proceso y considerar su alcance desde el inicio hasta el final de la atención. Una vez rediseñado, el establecimiento debe implementar las mejoras, monitorear su cumplimiento, evaluar su efectividad y, si corresponde, documentar el aprendizaje institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y priorizado anualmente los procesos con mayor riesgo para la seguridad del paciente, personal e infraestructura.

(2) El establecimiento selecciona, al menos una vez por año, un proceso de riesgo prioritario para su análisis y rediseño.

(3) Se utiliza una herramienta de análisis proactivo elegida por el establecimiento para examinar el proceso y diseñar mejoras.

(4) El proceso es rediseñado con base en los hallazgos del análisis y se implementan las mejoras propuestas.

(5) Se realiza seguimiento a la implementación del proceso rediseñado y se evalúa su efectividad.

(A). Referencia de apoyo.

- Matriz de priorización de procesos de riesgo definida por el establecimiento.
- Registro o informe del análisis proactivo aplicado (ej. mapeo de procesos, análisis de eventos, PDSA, etc.).
- Documento de rediseño del proceso y plan de implementación.
- Evidencia de participación del equipo multidisciplinario.
- Indicadores o métricas de evaluación posterior al rediseño.
- Plan de seguimiento y mejora continua vinculado al Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

j. Estándar 10/25. Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.

1. Guía.

El hospital cuenta con un programa de auditoría y supervisión formalmente estructurado como una herramienta para evaluar el cumplimiento, eficacia y seguridad de los procesos definidos en los sistemas clínicos y de gestión.

Este programa se integra al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y debe permitir identificar desviaciones, variaciones no deseadas, incumplimientos normativos u oportunidades de mejora que requieran acciones correctivas o ajustes institucionales.

El programa debe cumplir con las siguientes características:

a) Estar organizado y coordinado por el área de calidad del establecimiento o la persona responsable de las actividades de calidad y seguridad del paciente.
b) Incluir la participación multidisciplinaria del personal involucrado en los procesos auditados.
c) Establecer los criterios de priorización de auditorías (por ejemplo: criticidad del proceso, historial de incumplimiento, incidentes asociados, etc.).
d) Incluir auditorías tanto documentales como observacionales, con metodologías y herramientas estandarizadas (listas de verificación, guías, formatos validados) definidas y validadas por el establecimiento.
e) Documentar los resultados y establecer, en forma conjunta con las áreas auditadas, planes de acción derivados.
f) Informar tanto los resultados de la auditoría como el plan de acción al personal de área y al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

Posterior a la auditoría, y como parte del plan de acción, se diseñan e implementan mecanismos de supervisión que contribuyan a consolidar la mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de auditoría y supervisión como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) El programa se encuentra coordinado por el área de calidad y contempla la participación multidisciplinaria del personal involucrado en los procesos auditados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El programa define los criterios de priorización para la selección de procesos auditables.
(4)Se utilizan metodologías y herramientas estandarizadas para realizar las auditorías (listas de verificación, formatos de observación, entrevistas, etc.).
(5)Se documentan los resultados de las auditorías realizadas, y se establecen acciones de mejora derivadas de los hallazgos.
(6)Los resultados y acciones del programa se comunican a los responsables de área y cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento.
(7)Se cuenta con evidencia documental de auditorías realizadas, planes de mejora derivados y seguimiento a las acciones implementadas mediante mecanismos definidos de supervisión.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de auditoría y supervisión.
- Cronograma anual de auditorías con responsables asignados.
- Instrumentos utilizados (listas de verificación, guías de observación, actas de revisión).
- Evidencia de hallazgos documentados y planes de acción.
- Bitácoras o informes de recorridos o visitas supervisadas.
- Actas de comités o de las reuniones donde se analizaron los resultados.
- Registro fotográfico u observacional, si se utiliza.
- Documentación de los mecanismos de seguimiento y consolidación de mejora.

k. Estándar 11/25. Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.

1. Guía.

Cuando el hospital utiliza servicios de ambulancia (ya sean propios o subrogados) para el traslado de pacientes, debe garantizar que estos cumplan con la legislación aplicable vigente, así como con los criterios y especificaciones de calidad definidos por el establecimiento.

Las ambulancias deben contar con el equipamiento, medicamentos, insumos y dispositivos adecuados, de acuerdo a las necesidades y al estado del paciente, y contar con personal con las competencias necesarias para la atención y el monitoreo durante el traslado, acorde al tipo de unidad (básica, avanzada o especializada).

El establecimiento debe implementar un proceso de supervisión y control de los servicios de ambulancia que considere al menos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
b) La verificación de equipamiento, mantenimiento y disponibilidad operativa.
c) La integración de criterios relacionados con los procesos clínicos y de gestión sistemas del modelo: gestión segura del uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, gestión y seguridad de la infraestructura y gestión del talento humano.
d) La evaluación periódica del tiempo de respuesta y la calidad de atención durante el traslado.
e) La atención a quejas o incidentes relacionados con el servicio.

Cuando el servicio de ambulancia es subrogado, estas condiciones se integran como parte de la supervisión mediante criterios o especificaciones de calidad, de manera formal o informal con el proveedor, y deben ser auditadas periódicamente, dejando evidencia documental al menos una vez al año.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la supervisión de los servicios de ambulancia, propios o subrogados.
(2) Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios conforme al tipo de traslado y estado del paciente.
(3) Las ambulancias, y el personal que las opera, cumplen con la legislación aplicable vigente.
(4) En caso de servicios subrogados, se integran criterios o especificaciones de calidad que aseguren lo mencionado del inciso a) al e) de la guía.
(5) El establecimiento supervisa el tiempo de respuesta, la calidad de la atención durante el traslado y la atención a quejas relacionadas con el servicio.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado de supervisión de servicios de ambulancia.
- Contrato o convenio de subrogación que incluye especificaciones o criterios de calidad.
- Listado de verificación del cumplimiento normativo y del estado del equipo.
- Reportes de tiempo de respuesta, atención clínica y condiciones de traslado.
- Registros de capacitación del personal operativo de ambulancia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Auditorías o reportes de evaluación del servicio, incluyendo atención de quejas.

I. Estándar 12/25. Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.

1. Guía.

El hospital debe realizar de forma sistemática y periódica la supervisión, inspección, prueba y mantenimiento de todos los servicios prioritarios para la operación, con el fin de asegurar su disponibilidad, funcionalidad y seguridad. Estas acciones deben llevarse a cabo por personal con las competencias técnicas requeridas y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

La supervisión regular de los servicios públicos y clave (como agua, electricidad, gases medicinales, ventilación, comunicación y datos) es esencial para prevenir interrupciones operativas, identificar desviaciones y garantizar condiciones seguras de atención para pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes.

Los datos generados durante la implementación, supervisión y mantenimiento del programa deben ser organizados, analizados e interpretados para:

a) Detectar patrones de falla o eventos críticos.
b) Sustentar decisiones de mejora continua.
c) Planear la actualización, sustitución o expansión de los servicios.
d) Priorizar inversiones o recursos según criterios técnicos, clínicos y normativos.

Este enfoque de análisis contribuye a una gestión anticipada de riesgos, mejora de la eficiencia operativa y alineación con la estrategia institucional. El establecimiento debe contar con registros estructurados, indicadores y mecanismos de revisión técnica, que respalden la toma de decisiones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento realiza de forma periódica la supervisión, inspección, prueba y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.

(2) Estas actividades son ejecutadas por personal con las competencias técnicas necesarias, conforme a la legislación aplicable vigente.

(3) Los datos generados por la implementación y supervisión del programa son analizados de manera sistemática.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)La información obtenida se utiliza para tomar decisiones de mejora, actualización o sustitución de los servicios prioritarios.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros de inspección periódica de servicios prioritarios, incluyendo fechas, responsables, hallazgos y acciones derivadas.
- Bitácoras o reportes de prueba y mantenimiento de sistemas como: suministro de agua, energía eléctrica, gases medicinales, sistemas de ventilación, redes de datos y comunicación.
- Evidencia documental de la competencia técnica del personal responsable de la supervisión (constancias de formación, experiencia, perfiles de puesto).
- Indicadores o tableros de control con datos sobre disponibilidad, fallas, tiempos de respuesta, o frecuencia de mantenimiento de servicios prioritarios.
- Análisis o reportes técnicos internos donde se utilice la información generada para detectar tendencias, riesgos u oportunidades de mejora.
- Planes o proyectos institucionales de mejora, actualización o sustitución de infraestructura o servicios, sustentados en evidencia técnica y operativa.
- Minutas o actas de reuniones técnicas donde se revisen datos relacionados con el desempeño de servicios prioritarios y se tomen decisiones de mejora.
- Documentación de inversiones o ajustes operativos derivados del análisis de información técnica.

m. Estándar 13/25. Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos. – Indispensable –

1. Guía.

La tecnovigilancia es el proceso institucional mediante el cual se identifican, notifican, analizan y mitigan los eventos adversos y fallas relacionadas con el uso de dispositivos médicos, con el objetivo de proteger la seguridad del paciente, del personal y del entorno.

El hospital debe contar con un programa de tecnovigilancia estructurado y documentado, que permita dar cumplimiento a las disposiciones de la regulación aplicable vigente. Este programa debe vincularse directamente con los procesos de gestión del equipo médico, uso clínico, mantenimiento, capacitación, así como, vigilancia post-comercialización.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Los elementos clave del programa son:

a) Catálogo institucional de dispositivos médicos, actualizado y disponible, que incluya equipo propio, rentado, en comodato o suministrado por el paciente, con información como: denominación común y comercial, fabricante, fecha de fabricación, lote, número de serie, número de registro sanitario, historial de mantenimiento y eventos reportados.
b) Procedimiento formal de notificación de eventos adversos o fallas relacionados con dispositivos médicos, que defina responsabilidades, flujos de comunicación interna, criterios de gravedad y tiempos de respuesta.
c) Registro y análisis sistemático de los eventos adversos, que permita identificar causas, patrones, tendencias y factores contribuyentes. Este análisis debe derivar en acciones correctivas documentadas y, cuando aplique, en notificación a la autoridad regulatoria.
d) Consulta y revisión periódica de alertas sanitarias, boletines técnicos, retiros del mercado y actualizaciones técnicas emitidas por COFEPRIS, OMS, fabricantes y distribuidores autorizados, así como la documentación de la respuesta institucional a estos eventos.
e) Capacitación periódica al personal sobre tecnovigilancia, identificación de eventos, manejo seguro del equipo y reporte efectivo de incidentes.
f) Mecanismos de auditoría interna y mejora continua del programa, incluyendo evaluación de su efectividad, indicadores de desempeño y evidencia de correcciones implementadas.

El programa debe estar articulado con el sistema de calidad, los responsables del equipo médico y las direcciones técnicas y clínicas del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un programa institucional de tecnovigilancia definido, documentado, implementado, vigente y alineado con la normativa nacional.

(2) El establecimiento mantiene un catálogo actualizado de dispositivos médicos en uso, que incluye:

(2.1) Denominación común y comercial.

(2.2) Número de serie y ubicación.

(2.3) Registro sanitario.

(2.4) Historial de mantenimiento y eventos adversos (cuando aplique).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Existe un procedimiento formal de notificación interna de eventos adversos o fallas relacionadas con dispositivos médicos, que define responsables, flujos, tiempos y niveles de gravedad.

(4)Se cuenta con registros documentados de eventos adversos y fallas reportadas, con evidencia de:

(4.1) Análisis técnico o clínico del evento.

(4.2) Identificación de causa o factor contribuyente.

(4.3) Implementación de acciones correctivas.

(4.4) Notificación a la autoridad sanitaria, cuando corresponda.

(5)El personal clínico y técnico recibe capacitación periódica en temas de tecnovigilancia, reporte de eventos y manejo seguro del equipo médico.

(6)Se realiza una evaluación periódica del programa, y existen registros de auditoría interna o revisión de su desempeño, con mejoras implementadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de tecnovigilancia documentado, firmado por la dirección técnica o responsable del área.
- Catálogo actualizado de dispositivos médicos, con los siguientes datos por equipo:
  - Denominación común y comercial.
  - Fabricante y distribuidor.
  - Modelo, número de serie, ubicación.
  - Registro sanitario
  - Historial de mantenimiento y eventos asociados.
- Procedimiento interno de notificación de eventos adversos y fallas, que describa claramente:
  - Qué se debe reportar.
  - Quién debe reportarlo.
  - A quién se reporta.
  - Qué plazos deben cumplirse.
- Registros de eventos adversos reportados, incluyendo:
  - Descripción del evento o falla.
  - Fecha y área donde ocurrió.
  - Equipo involucrado (con número de serie).
  - Responsable que reporta.
  - Análisis técnico y/o clínico del evento.
  - Acciones correctivas implementadas.
- Evidencia de notificaciones realizadas a la autoridad sanitaria (COFEPRIS u otra) cuando aplique.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Minutas o actas de reuniones en las que se analicen eventos adversos y se tomen decisiones sobre acciones preventivas o correctivas.
- Constancias de capacitación al personal clínico y técnico sobre tecnovigilancia, identificación de eventos y procesos de notificación.
- Informe o acta de revisión periódica del programa, con hallazgos, mejoras implementadas y seguimiento.

n. Estándar 14/25. Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

La farmacovigilancia comprende todas las actividades destinadas a identificar, evaluar, comprender y prevenir los efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con el uso de medicamentos, incluyendo vacunas. En los hospitales, la detección temprana de reacciones adversas puede prevenir eventos graves y optimizar la farmacoterapia del paciente.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado e implementado para:

i. Monitorear la respuesta del paciente a nuevos tratamientos y ajustar la dosis o el medicamento cuando sea necesario.

ii. Identificar y reportar:
   - Sospechas de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM).
   - Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).
   - Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).
   - Efectos secundarios esperados, especialmente en poblaciones vulnerables.

El proceso debe incluir:

a) La capacitación del personal clínico y no clínico para detectar y documentar reacciones adversas y efectos inesperados.

b) La documentación de cualquier evento adverso en el expediente clínico del paciente.

c) La notificación oportuna a la autoridad sanitaria mediante los formatos oficiales de COFEPRIS, conforme a los tiempos establecidos:
   - SRAM o RAM grave: máximo 7 días naturales después de la identificación.
   - ESAVI o más de dos casos relacionados al mismo medicamento: dentro de las 48 horas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estas actividades deben ser coordinadas por el responsable del sistema de medicación, en colaboración con los líderes clínicos y no clínicos.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la identificación, documentación y notificación de SRAM, RAM y ESAVI, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2)El proceso de farmacovigilancia es multidisciplinario y cuenta con la participación activa del personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud.

(3)Todos los eventos adversos identificados son registrados en el expediente clínico.

(4)Los reportes oficiales de farmacovigilancia se envían dentro de los plazos establecidos por la normatividad aplicable.

(5)El personal clínico involucrado en la atención al paciente ha sido capacitado en farmacovigilancia y uso de los formatos oficiales de COFEPRIS.

(A). Referencia de apoyo.

- COFEPRIS – Manual del Usuario para la Notificación de RAM y ESAVI.
- Plataforma electrónica de notificación de farmacovigilancia: www.gob.mx/cofepris
- Registros de capacitación institucional sobre farmacovigilancia.
- Evidencia de reportes enviados al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) y seguimiento documental.
- Políticas institucionales de respuesta a eventos adversos relacionados con medicamentos.

o. Estándar 15/25. Análisis epidemiológico para el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

1. Guía.

El sistema para la prevención y control de infecciones establece que el análisis de datos epidemiológicos es una herramienta fundamental para reducir el riesgo de infecciones en los pacientes, el personal y los visitantes. Para lograr este objetivo, el establecimiento rastrea y analiza de forma sistemática las tasas, patrones y tendencias de las infecciones relacionadas a la atención sanitaria.

Este análisis permite identificar áreas de oportunidad, implementar intervenciones dirigidas y evaluar su efectividad. El uso efectivo de esta

SIN VALIDEZ OFICIAL

información incluye la comparación con otras organizaciones similares, con estándares nacionales e internacionales, y con la mejor evidencia científica disponible. Esta comparación permite al establecimiento identificar desviaciones, tomar decisiones basadas en evidencia y priorizar intervenciones.

Además, el establecimiento cumple con las obligaciones legales respecto a la notificación inmediata y reportes mensuales de infecciones, en concordancia con la legislación aplicable vigente. Estos procesos de notificación refuerzan la vigilancia epidemiológica, contribuyen al cumplimiento normativo y permiten la articulación con las autoridades de salud.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento rastrea de forma sistemática las tasas de infecciones relacionadas a la atención sanitaria.

(2) El establecimiento analiza los patrones y tendencias de las infecciones relacionadas a la atención sanitaria.

(3) El sistema para la prevención y control de infecciones emplea indicadores específicos para el monitoreo de infecciones relacionadas a la atención sanitaria.

(4) Los indicadores definidos miden infecciones relevantes desde el punto de vista epidemiológico.

(5) Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de infecciones se comparan con los datos de otras organizaciones de características similares.

(6) Las tasas, patrones, tendencias e indicadores se comparan con estándares nacionales, internacionales, buenas prácticas y evidencia científica vigente.

(7) El establecimiento elabora y conserva los reportes de notificación inmediata y notificación mensual de infecciones, conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Indicadores epidemiológicos institucionales (bitácoras, tableros, reportes).
- Documentos que muestren comparación con estándares nacionales e internacionales.
- Reportes de notificación inmediata y mensual enviados a las autoridades sanitarias, conforme a la legislación aplicable.
- Minutas o registros de comités de control de infecciones que documenten el uso de estos datos para toma de decisiones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documentación del sistema para la prevención y control de infecciones.

p. Estándar 16/25. Análisis sistemático de los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.

1. Guía.

La toma de decisiones basada en evidencia requiere que el establecimiento cuente con un proceso sistemático para agrupar, analizar e interpretar datos relevantes sobre sus procesos clínicos y de gestión.

El análisis de datos debe realizarse con la participación de personal con las competencias necesarias, ya sea clínico o no clínico, y debe apoyarse en herramientas adecuadas de análisis cualitativo o cuantitativo, como gráficos de control, histogramas, análisis de tendencias, indicadores clave, entre otros.

La frecuencia del análisis debe estar alineada con las características del proceso en estudio, el volumen de datos generado, la criticidad del indicador o la normativa vigente. Por ejemplo, los eventos relacionados con seguridad del paciente pueden requerir análisis inmediato, mientras que la evaluación de indicadores operativos puede realizarse mensual o trimestralmente.

La correcta interpretación de los datos y su transformación en información útil permite identificar patrones, detectar variaciones, priorizar áreas de mejora y evaluar el impacto de intervenciones implementadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el análisis de datos, que incluye responsables, herramientas y criterios para su agrupación, frecuencia y utilización.

(2) El personal clínico y de gestión con competencias, participa en el análisis de los datos según su área de responsabilidad.

(3) Los datos generados por los procesos se agrupan, categorizan y analizan sistemáticamente con base en metodologías adecuadas.

(4) La frecuencia del análisis de datos es proporcional a la naturaleza del proceso en estudio y permite una toma de decisiones oportuna.

(5) Los resultados del análisis de datos se utilizan para identificar áreas de mejora, tomar decisiones y retroalimentar al personal involucrado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para el análisis de datos e indicadores.
- Registros de reuniones de análisis de datos con participación multidisciplinaria.
- Reportes de indicadores clave de desempeño clínicos y operativos.
- Gráficas, informes de tendencia y reportes de evaluación periódica.
- Ejemplos documentados de decisiones o mejoras implementadas con base en el análisis de datos.
- Evidencia de capacitación del personal involucrado en el análisis de datos.

q. Estándar 17/25. Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.

1. Guía.

El hospital debe implementar un proceso que permita comparar sistemáticamente los resultados del análisis de datos obtenidos internamente con otras fuentes de referencia. Este proceso fortalece la capacidad de evaluación crítica y orienta las decisiones de mejora basadas en evidencia.

Estas comparaciones deben considerar, al menos, los siguientes cuatro enfoques:

a) Comparaciones internas a lo largo del tiempo, para identificar tendencias, fluctuaciones o impactos de intervenciones.

b) Comparaciones con otras unidades similares, a través de sistemas de benchmarking, bases de datos institucionales, regionales o nacionales, cuando estén disponibles.

c) Comparaciones con estándares de calidad reconocidos, como los definidos por leyes, normativas, guías oficiales o marcos internacionales de referencia.

d) Comparaciones con mejores prácticas identificadas en la literatura científica o en guías de práctica clínica actualizadas, para evaluar la alineación del desempeño del establecimiento con enfoques clínicos seguros y efectivos.

Estas comparaciones no solo permiten identificar áreas de oportunidad, sino también validar el impacto de estrategias implementadas, y fortalecer la cultura de análisis y toma de decisiones basada en evidencia dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado acciones para realizar comparaciones sistemáticas de sus datos de desempeño.

(2)El proceso de comparación incluye, al menos, los enfoques presentados del inciso a a) la d) de la guía.

(3)El personal responsable del análisis participa en la interpretación de estas comparaciones para orientar acciones de mejora.

(4)Las comparaciones se documentan y se integran en los procesos de toma de decisiones, seguimiento y mejora continua del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Reportes o tableros de control institucional con análisis de tendencias.
- Informes comparativos internos (mensuales, bimestrales, anuales).
- Participación en redes de benchmarking o bases de datos regionales.
- Comparación con estándares nacionales
- Revisión de literatura científica o guías de práctica clínica actualizadas.
- Minutas de reuniones donde se presenten comparaciones y sus implicaciones para la mejora.

r. Estándar 18/25. Implementación y consolidación de acciones de mejora.

1. Guía.

El hospital debe implementar acciones de mejora basadas en los hallazgos de sus procesos de evaluación, análisis de datos e información de calidad y seguridad del paciente. Estas acciones deben estar claramente planificadas, contar con responsables definidos, recursos asignados y mecanismos de seguimiento para evaluar su efectividad.

Las mejoras implementadas pueden ser resultado de iniciativas proactivas (por ejemplo, gestión de riesgos, rediseño de procesos) o reactivas (eventos adversos, cuasifallas, no conformidades, hallazgos de auditoría).

Una vez aplicadas, deben evaluarse mediante datos confiables que permitan verificar si los cambios introducidos generaron mejoras reales y sostenidas.

Para asegurar su permanencia, los cambios efectivos deben formalizarse en los procesos operativos del establecimiento, capacitar

SIN VALIDEZ OFICIAL

al personal involucrado y comunicarse ampliamente para facilitar su apropiación.
Estas acciones de mejora deben formar parte del ciclo sistemático de calidad y estar documentadas como evidencia del compromiso institucional con la mejora continua y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento planifica e implementa acciones de mejora en calidad y seguridad del paciente, utilizando metodologías de mejora continua que han sido definidas, autorizadas o alineadas por los líderes del establecimiento, de acuerdo con las características del proceso, los recursos disponibles y el alcance de la intervención.
(2)Las mejoras se derivan del análisis de datos confiables obtenidos mediante sistemas de medición, evaluación de riesgos, monitoreo o eventos notificados.
(3)Se asignan responsables y recursos necesarios (humanos, técnicos, tecnológicos, financieros, entre otros) para implementar cada mejora.
(4)Las acciones se prueban en un periodo definido antes de su implementación definitiva.
(5)Se recolectan datos para demostrar que las acciones implementadas han resultado en una mejora real y sostenible.
(6)Las mejoras efectivas se incorporan a los procesos operativos institucionales.
(7)El personal involucrado es capacitado sobre los cambios que forman parte de la mejora.
(8)Las mejoras sostenidas son documentadas y difundidas institucionalmente para fortalecer la cultura de calidad.

(A). Referencia de apoyo.

- Instructivos de metodologías autorizadas por el establecimiento (Planear – Hacer – Verificar – Actuar, 8D, just do it, entre otras).
- Reportes de proyectos de mejora documentados (metodología, hallazgos, resultados).
- Minutas de comités donde se validan los resultados de las mejoras.
- Indicadores que muestran tendencia positiva sostenida.
- Políticas o procesos actualizados como resultado de la mejora.
- Evidencia de capacitación o comunicación interna al personal.
- Documentación de replicabilidad o escalamiento institucional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

s. Estándar 19/25. Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

La implementación efectiva del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente en el hospital requiere la participación activa y competente de todo el personal, tanto clínico como no clínico. Esta participación incluye actividades como la identificación de riesgos, la recolección y análisis de datos, la implementación de mejoras, el seguimiento de indicadores y la vigilancia de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).

Dado que muchas de estas actividades implican conocimientos y habilidades específicas que pueden no formar parte de la formación habitual del personal, el establecimiento debe desarrollar e implementar un programa formal de capacitación, adaptado al rol, nivel de responsabilidad y funciones asignadas de cada integrante del equipo.

La capacitación debe considerar, al menos, los siguientes aspectos:

a) Principios básicos de gestión de calidad y seguridad del paciente.
b) Metodologías de mejora continua (por ejemplo, ciclo PHVA).
c) Herramientas para el análisis de riesgos, evaluación de procesos y seguimiento de resultados.
d) Definiciones operativas de evento adverso, evento centinela y cuasifalla.
e) Procesos para la identificación, reporte y análisis de eventos relacionados con la seguridad.
f) Participación en el diseño, implementación o evaluación de los procesos clínicos o de gestión del MOCEBPASS.

El programa de capacitación debe ser impartido por personal con conocimientos técnicos, experiencia profesional y habilidades docentes adecuadas. Cuando la capacitación es impartida por personal externo los líderes del establecimiento se aseguran de que cuenta con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

La capacitación debe realizarse de forma periódica, integrarse en los procesos de inducción y reanudarse cada vez que se rediseñen procesos, se identifiquen nuevas prioridades o se detecten patrones relevantes en los datos institucionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de capacitación para el personal, alineado a su rol en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2)La capacitación es impartida por personal con experiencia, conocimiento técnico y habilidades docentes, ya sea interno o externo.

(3)El personal clínico y no clínico participa en las capacitaciones como parte de sus responsabilidades laborales, con registro formal de su participación.

(4)El programa de capacitación se actualiza periódicamente e incorpora los hallazgos, patrones o tendencias derivados del análisis de datos de calidad y seguridad.

(5)La capacitación contempla, al menos, la identificación y reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, y todo el personal cuenta con su constancia de capacitación de AESP.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de capacitación vigente aprobado por el establecimiento.
- Materiales didácticos utilizados: presentaciones, guías, videos, hojas de trabajo.
- Listas de asistencia o certificados de participación por capacitación.
- Currículo o constancias del personal capacitador (interno o externo).
- Registros de retroalimentación o evaluación de las sesiones impartidas.
- Informes institucionales de eventos adversos o análisis de tendencias que hayan motivado sesiones específicas.
- Manuales de inducción que incorporen calidad y seguridad del paciente como eje formativo.

t. Estándar 20/25. Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El hospital debe asegurar la difusión sistemática de los avances, resultados y aprendizajes generados a partir del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, como parte del fortalecimiento de una cultura de seguridad y aprendizaje continuo.

Esta comunicación debe estar orientada a:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Hacer partícipe al personal clínico y no clínico de los logros obtenidos, decisiones tomadas y áreas en mejora continua.
b) Promover el aprendizaje organizacional, compartiendo tanto buenas prácticas como lecciones derivadas de eventos o riesgos identificados.
c) Fortalecer el compromiso institucional con la calidad y la seguridad, integrando a todo el equipo en la implementación de cambios.

La comunicación se realiza de forma periódica y documentada, a través de canales institucionales adecuados, como reuniones clínicas, boletines, carteles informativos, medios digitales, sesiones de retroalimentación, materiales visuales, acorde a los recursos del establecimiento.

El contenido debe contemplar, al menos:

i. Proyectos de mejora nuevos o concluidos.
ii. Avances en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
iii. Resultados del análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
iv. Actualizaciones sobre los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para comunicar al personal los avances y resultados del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) La comunicación se realiza de manera periódica, utilizando canales institucionales adecuados según el perfil del personal y la cultura organizacional.

(3) El contenido de la comunicación incluye, al menos, lo definido en el inciso i) a la iv) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define las acciones de comunicación interna de resultados del plan de mejora.
- Materiales de difusión utilizados: boletines impresos o digitales, carteles, pantallas informativas, comunicados por intranet, minutas de sesiones clínicas o técnicas, etc.
- Evidencia de sesiones informativas realizadas: registros de asistencia, convocatorias, agendas, presentaciones o minutas (clínicas, operativas, comités, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Copias o archivos de comunicados oficiales, boletines electrónicos o físicos dirigidos al personal sobre avances del plan.
- Registro fotográfico o evidencia visual (si se usan medios gráficos en el área clínica o administrativa).
- Actas de comités o reuniones donde se aprueban o presentan los avances del plan y se acuerda su comunicación institucional.
- Registro de encuestas de retroalimentación, cuando se hayan aplicado para evaluar la utilidad de la información compartida.

u. Estándar 21/25. Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe definir e implementar un programa de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen, de acuerdo con su contexto operativo, los estudios que realiza y los recursos disponibles.

Este programa debe tener como propósito garantizar la precisión, reproducibilidad y seguridad en la realización, procesamiento, interpretación y entrega de los estudios de imagen, fortaleciendo la confianza diagnóstica y la trazabilidad clínica.

Aplica a todos los servicios propios, y en el caso de servicios subrogados, los criterios deben formar parte de las especificaciones de calidad definidas formalmente.

El programa de control de calidad debe incluir:

a) Control interno: pruebas diarias o periódicas para asegurar el correcto funcionamiento del equipo, exactitud de parámetros técnicos, cumplimiento de protocolos, verificación de calidad de imagen, revisión de condiciones de operación, etc.
b) Control externo: participación en evaluaciones externas de desempeño, auditorías cruzadas, comparación con centros acreditados o mecanismos de evaluación técnica reconocidos en imagenología (por ejemplo: pruebas fantoma, dosimetría externa, etc.).

El programa debe contemplar:

i. Documentación de los resultados de las pruebas y validaciones realizadas.
ii. Análisis de desviaciones o fallas identificadas.
iii. Implementación de medidas correctivas, con seguimiento verificable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de control de calidad interno y externo aplicable a sus servicios de radiología e imagen.

(2)El programa incluye acciones específicas para los procesos críticos según el tipo de estudio (calidad de imagen, calibración de equipos, tiempo de exposición, dosimetría, etc.).

(3)Se documentan los resultados de las validaciones, controles y pruebas técnicas realizadas como parte del control de calidad.

(4)Cuando se identifican desviaciones o fallas, se documentan las medidas correctivas implementadas.

(5)En servicios subrogados, las acciones de control de calidad están incluidas en las especificaciones de calidad contractuales.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de control de calidad en servicios de imagen.
- Registros de pruebas internas de funcionamiento, calibración o verificación de imagen.
- Evidencia de participación en controles externos o evaluaciones técnicas.
- Informes de auditoría técnica o revisión cruzada.
- Bitácoras de acciones correctivas aplicadas por fallas identificadas.
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados.
- Indicadores institucionales relacionados con calidad de imagen y seguridad técnica.

v. Estándar 22/25. Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El hospital debe asegurar la implementación de un sistema completo de control de calidad en los servicios de laboratorio, que abarque tanto el control interno como el control externo (ensayo de aptitud) para garantizar la confiabilidad de los resultados, la seguridad del paciente y la mejora continua de los procesos diagnósticos.

Este estándar aplica a los laboratorios propios del establecimiento. En el caso de laboratorios subrogados, los requisitos deben ser considerados dentro de las especificaciones de calidad contractuales.

El programa de control de calidad interno debe incluir al menos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Validación de métodos analíticos: exactitud, precisión y rangos reportables.
b) Monitoreo de todas las etapas del proceso: preanalítica, analítica y postanalítica.
c) Supervisión diaria de resultados por personal competente del laboratorio.
d) Aplicación de medidas correctivas ante desviaciones detectadas.
e) Evaluación de reactivos .
f) Registros documentados de resultados y acciones tomadas.

El control de calidad externo permite comparar el desempeño del laboratorio con otros que utilizan metodologías similares. El establecimiento debe participar en programas reconocidos de ensayo de aptitud o, en su ausencia, establecer mecanismos de colaboración de intercambio de muestras con otro laboratorio de otro establecimiento, a fin de realizar pruebas de comparación (estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio.

Cuando el laboratorio ofrece estudios especializados (por ejemplo: toxicología, inmunología, biología molecular), el control externo debe extenderse a dichos estudios siempre que exista un programa disponible.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de control de calidad interno, que incluye al menos, del inciso a) al f) de la guía.

(2)Se documentan los resultados del control interno y las medidas correctivas aplicadas.

(3)El laboratorio participa al menos en un programa externo de control de calidad o ensayo de aptitud, para todos los estudios realizados, incluyendo especialidades cuando sea aplicable.

(4)En ausencia de un programa formal disponible, se ha establecido un mecanismo alternativo confiable (por ejemplo: intercambio de muestras con otro laboratorio).

(5)En servicios subrogados, las acciones de control de calidad están incluidas en las especificaciones de calidad contractuales.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional de aseguramiento de la calidad en los servicios de laboratorio clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Procedimientos documentados para el control de calidad interno en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.
- Registros de validación de métodos analíticos.
- Bitácoras de supervisión diaria y acciones correctivas aplicadas.
- Evidencia de participación en programas externos (boletines, reportes de aptitud, certificados).
- Contratos o convenios con laboratorios subrogados que integren requisitos de calidad, incluyendo participación en control externo.
- Convenios o acuerdos de intercambio para estudios interlaboratorio, cuando aplique.

w. Estándar 23/25. Implementación de un programa de control de calidad en los servicios de anestesia y sedación.

1. Guía.

La anestesia y la sedación son intervenciones clínicas que conllevan riesgos importantes para el paciente, especialmente cuando se produce un desplazamiento no intencionado dentro del continuo de sedación mínima hasta anestesia general. Esto puede comprometer la vía aérea, la ventilación espontánea o la respuesta hemodinámica. Por ello, es indispensable asegurar que estos servicios sean monitoreados sistemáticamente bajo criterios de calidad y seguridad clínica.

El establecimiento debe definir un programa de control de calidad para los servicios de anestesia y sedación, ya sean prestados directamente o a través de subrogación. Dicho programa debe permitir la supervisión continua, la revisión técnica, la identificación de desviaciones y la mejora del servicio en beneficio de la seguridad del paciente.

Este programa incluye, al menos, los siguientes elementos:

a) Definición formal del programa de control de calidad para anestesia y sedación, con enfoque preventivo y correctivo.
b) Establecimiento de especificaciones de calidad para los servicios subrogados, cuando aplique.
c) Asignación de responsabilidades claras al personal que coordina y gestiona el servicio, incluyendo la implementación y seguimiento del programa de control de calidad.
d) Supervisión continua del cumplimiento de las especificaciones de calidad, con base en criterios técnicos, normativos y clínicos previamente definidos.

Este estándar es aplicable a servicios que utilicen anestesia o sedación como parte de procedimientos quirúrgicos, endoscópicos, intervencionistas u otros que lo requieran. Aporta evidencia sobre el

SIN VALIDEZ OFICIAL

compromiso institucional con la seguridad anestésica y con la mejora continua en servicios de apoyo clínico críticos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un programa de control de calidad para los servicios de anestesia y sedación, con lo mencionado del inciso a) al d) de la guía.

(2) El establecimiento ha definido especificaciones de calidad para los servicios subrogados de anestesia y sedación, cuando corresponda.

(3) El personal que coordina y gestiona los servicios de anestesia y sedación tiene la responsabilidad de implementar el programa de control de calidad.

(4) El personal responsable supervisa el cumplimiento de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el programa de control de calidad de anestesia y sedación.
- Registros de evaluación de cumplimiento de especificaciones de calidad (propios y subrogados).
- Protocolos de supervisión de servicios clínicos subrogados.
- Registro de actividades de mejora implementadas a partir del control de calidad.
- Actas de revisión clínica o técnica del funcionamiento del servicio.
- Evidencia de evaluación de riesgos o eventos adversos relacionados con sedación o anestesia.

x. Estándar 24/25. Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.

1. Guía.

El hospital debe implementar un proceso institucional documentado para la medición de Resultados Reportados por los Pacientes (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs), como parte de su estrategia para fortalecer la calidad de la atención, la efectividad clínica, la atención centrada en la persona y la equidad.

Los PROMs permiten conocer, desde la voz del paciente, el impacto real de los tratamientos recibidos en su salud física, emocional, funcional y social, y constituyen una herramienta clave para el diseño de intervenciones centradas en necesidades reales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La evaluación debe realizarse mediante instrumentos validados (preferentemente estandarizados para la población mexicana o avalados internacionalmente) como los instrumentos del sistema PROMIS. El instrumento seleccionado debe aplicarse a una muestra representativa de pacientes del establecimiento, considerando el tipo de atención brindada y las condiciones sociodemográficas de la población.

El proceso debe considerar al menos:

a) La definición institucional de objetivos, periodicidad y método de aplicación, asegurando que sean comprensibles y accesibles de acuerdo con las características del paciente, incluyendo su nivel educativo, idioma y marco cultural.
b) La capacitación del personal responsable en la aplicación del instrumento.
c) El análisis participativo y multidisciplinario de los resultados, identificando brechas y áreas críticas.
d) El análisis de los resultados debe realizarse de forma multidisciplinaria. Este análisis debe enfocarse en identificar patrones, tendencias, brechas en la calidad percibida y áreas críticas que requieran intervención.
e) Se planean e implementan acciones de mejora que impacten directamente en los resultados en salud de los pacientes.
f) La comunicación de los resultados al paciente, cuando corresponda, promoviendo su participación activa en el cuidado.

El proceso de medición y uso de PROMs es supervisado de forma periódica, mediante mecanismos de mejora continua, con participación activa del COCASEP o de la instancia responsable definida por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado un proceso institucional para la medición de PROMs, que incluye objetivos, periodicidad, responsables y metodología.
(2) Se ha seleccionado, validado y documentado el uso de al menos un instrumento PROMs adecuado al contexto del establecimiento.
(3) El instrumento se aplica a una muestra representativa de pacientes de forma periódica, considerando su perfil clínico y características individuales.
(4) Los resultados se analizan de forma multidisciplinaria y se implementan acciones de mejora derivadas de los hallazgos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del proceso de PROMs.
- Registro del instrumento seleccionado.
- Reporte de los resultados analizados.
- Actas de comités que evidencian su uso.
- Registros de consentimiento informado cuando aplique.
- Evidencia de capacitación del personal.
- Informes de supervisión o auditoría del proceso.

y. Estándar 25/25. Evaluación institucional de los resultados de la atención médica a distancia.

1. Guía.

El hospital que ofrece servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe contar con un sistema formal y estructurado para monitorear y evaluar su desempeño, como parte de sus procesos de gestión clínica, liderazgo y gobernanza y mejora continua. Esta evaluación permite comprobar que la AMD cumple con los objetivos de calidad, seguridad, eficiencia, continuidad y experiencia centrada en la persona.

La AMD tiene el potencial de fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos, reducir tiempos de espera, facilitar el acceso a servicios especializados, evitar traslados innecesarios y optimizar el trabajo en red. No obstante, su efectividad depende de su implementación rigurosa y su evaluación sistemática mediante indicadores que reflejen su impacto real en la atención.

Los establecimientos deben definir indicadores alineados con sus metas institucionales, que midan variables como la oportunidad, continuidad operativa, experiencia del usuario, funcionalidad tecnológica, eficacia clínica y competencia técnica del personal. Estos indicadores deben analizarse periódicamente, ser utilizados para tomar decisiones basadas en evidencia y generar mejoras en el servicio.

La implementación de este estándar refuerza la institucionalización de la AMD como un servicio clínico formal, sujeto a control de calidad y evaluaciones periódicas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento evalúa sistemáticamente el desempeño de los servicios de AMD mediante indicadores definidos y alineados con sus objetivos institucionales.

(2) La batería de indicadores incluye, al menos, variables relacionadas con:

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.1) Usabilidad del servicio.
(2.2) Continuidad operativa.
(2.3) Percepción de calidad por parte de los usuarios.
(2.4) Eficacia clínica de la atención remota.

(3)Se generan y difunden reportes periódicos con los resultados del desempeño de la AMD, dirigidos a las áreas directivas y operativas responsables.

(4)Se documentan acciones de mejora específicas que se derivan del análisis de los resultados obtenidos en la evaluación del servicio.

(A). Referencia de apoyo.

- Reporte de evaluación del servicio de AMD, que incluya indicadores como:
  - Tasa de interconsultas a distancia atendidas en el periodo evaluado.
  - Tiempo promedio de espera entre solicitud y realización de la AMD.
  - Porcentaje de sesiones de AMD completadas sin incidentes tecnológicos.
  - Nivel de satisfacción de pacientes y profesionales.
  - Frecuencia de interrupciones por causas técnicas o de conectividad.
- Documentos operativos de evaluación del servicio de AMD:
  - Encuestas de experiencia del paciente y del profesional de la salud.
  - Registros de incidencias tecnológicas y resolución.
  - Actas o evidencias de acciones de mejora implementadas.

B. SISTEMA DE SALUD

a. Estándar 1/6. Conocimiento y ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).

1. Guía.

El hospital implementa, de acuerdo a su contexto y alcance, los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs) que resulten aplicables a sus procesos clínicos y operativos, en cumplimiento con los lineamientos establecidos por el Sistema Nacional de Salud y en coherencia con el modelo de atención primaria a la salud.

Los PRONAMs son instrumentos normativos y técnicos que estandarizan la atención médica para enfermedades comunes o prioritarias, garantizando que esta se base en la mejor evidencia

SIN VALIDEZ OFICIAL

científica disponible. Su aplicación busca asegurar una atención de calidad, homogénea entre distintos tipos de establecimientos (públicos, privados, comunitarios), y con un enfoque preventivo y resolutivo, fundamental en el contexto de la atención primaria a la salud.

La adopción de estos protocolos contribuye a mejorar el establecimiento del cuidado, reducir la variabilidad clínica injustificada, prevenir errores, optimizar el uso de recursos y favorecer la toma de decisiones clínicas informadas. Su implementación debe incluir procesos para su adopción contextualizada, capacitación al personal involucrado, monitoreo de su cumplimiento y evaluación de su impacto en la práctica clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica e implementa los PRONAMs que son aplicables a su ámbito clínico y poblacional.

(2) Se cuenta con evidencia documental de la adopción institucional de los PRONAMs, incluyendo su incorporación en guías clínicas internas o procesos operativos.

(3) El personal involucrado ha sido capacitado en los contenidos y uso de los PRONAMs implementados.

(4) Existen mecanismos definidos para el monitoreo de cumplimiento y seguimiento de los PRONAMs.

(5) Los resultados del monitoreo son utilizados para realizar ajustes o mejoras en la atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de PRONAMs aplicables.
- Lineamientos de implementación adaptados al establecimiento.
- Registros de capacitación del personal.
- Documentos clínicos o administrativos actualizados conforme a los PRONAMs.
- Reportes de auditoría o supervisión relacionados con su cumplimiento.
- Comunicados, actas o minutas que documenten decisiones clínicas alineadas a los PRONAMs.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/6. Certificación del establecimiento como Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE).

1. Guía.

Los establecimientos de salud que deseen fungir como Centros de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE) deben cumplir con los requisitos establecidos en la NOM-039-SSA-2023. Esta norma establece los criterios, procesos y metodología para la certificación de la discapacidad bajo el modelo integrador biopsicosocial, alineado a los tratados internacionales en materia de derechos humanos suscritos por México.

La certificación como CEVADECE permite al establecimiento expedir el Certificado Electrónico de Discapacidad (CEDIs), documento oficial que acredita la discapacidad de una persona y facilita su acceso a servicios y apoyos esenciales para su plena inclusión en la sociedad.

Para obtener la certificación, el establecimiento debe contar con:

a) Personal médico especializado en rehabilitación capacitado en la aplicación del modelo biopsicosocial.
b) Infraestructura y equipamiento adecuado para la valoración de la discapacidad.
c) Procesos documentados que aseguren la calidad y confidencialidad de la información.

Una vez certificado, el establecimiento debe mantener registros actualizados de los certificados emitidos y participar en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS), contribuyendo así a la generación de estadísticas nacionales sobre discapacidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento presenta el certificado vigente que lo acredita como CEVADECE, conforme a la NOM-039-SSA-2023.
(2) Existe evidencia documental de la emisión de Certificados Electrónicos de Discapacidad (CEDIs) por parte del establecimiento.
(3) El personal médico encargado de la valoración de la discapacidad cuenta con la capacitación y acreditación correspondiente en el modelo biopsicosocial.
(4) El establecimiento participa activamente en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS), asegurando la integridad y confidencialidad de los datos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Presenta la certificación que avala al establecimiento como CEVADECE.
- Registros de capacitación del personal médico en el modelo biopsicosocial.
- Evidencia de participación en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS).
- Evidencia del uso de formatos accesibles y de los mecanismos de apoyo implementados para personas con discapacidades sensoriales o cognitivas.

c. Estándar 3/6. Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.

1. Guía.

El hospital promueve, desarrolla y documenta el 10% de las investigaciones al año que realizan los estudiantes de pregrado y posgrado son orientadas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La investigación en este ámbito permite identificar causas raíz de errores, implementar mejores prácticas basadas en evidencia, optimizar procesos clínicos y reducir la ocurrencia de eventos adversos.

Esta actividad debe formar parte del compromiso institucional con la mejora continua y puede desarrollarse bajo enfoques cualitativos, cuantitativos o mixtos, respetando los principios bioéticos y la regulación aplicable vigente en materia de investigación en salud.

La investigación en calidad y seguridad genera evidencia útil para el diseño de intervenciones alineadas con las dimensiones de la calidad en salud, contribuyendo a las dimensiones:

a) Efectividad: contribuye a mejorar los resultados en salud mediante evidencia que respalde intervenciones eficaces en la atención clínica.
b) Eficiencia: identifica oportunidades para optimizar procesos y maximizar el uso de recursos disponibles.
c) Seguridad: permite reducir riesgos y prevenir eventos adversos en la atención directa al paciente.
d) Centrada en la persona/población: incorpora la perspectiva del paciente y su familia, promoviendo la toma de decisiones compartida y una atención sensible a su contexto.
e) Sostenibilidad: genera conocimientos que pueden aplicarse para reducir costos sociales, financieros y ambientales en la atención.
f) Equidad: aporta datos que permiten reconocer y disminuir desigualdades en el acceso o la calidad de los servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g) Integración: promueve la coordinación entre niveles de atención mediante estudios sobre continuidad asistencial.
h) Oportunidad: contribuye a reducir tiempos de espera y mejorar el acceso a tratamientos adecuados en el momento preciso.

Entre las líneas de investigación recomendadas se incluyen:

i. Reducción de daños a los pacientes: La investigación puede revelar áreas de riesgo y permitir la implementación de medidas preventivas para evitar errores y daños innecesarios a los pacientes.
ii. Mejora continua de la calidad de la atención: Al identificar las debilidades en los procesos de atención, la investigación contribuye a la mejora continua de la calidad de la atención médica.
iii. Optimización de recursos: Al identificar áreas de mejora, la investigación permite una utilización más eficiente de los recursos disponibles en los sistemas de salud.
iv. Mejora de la experiencia del paciente: La seguridad y la calidad en la atención pueden generar una experiencia más positiva para los pacientes y sus familias.
v. Reducción de costos asociados a eventos adversos: Al prevenir complicaciones y eventos adversos, la investigación contribuye a la reducción de los costos a largo plazo.

Los protocolos pueden desarrollarse a nivel interno, en colaboración interinstitucional o como parte de proyectos multicéntricos. Sus resultados deben ser considerados para el diseño o ajuste de estrategias institucionales de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con protocolos de investigación en curso o concluidos, alineados a una o más dimensiones de la calidad, y son al menos 10% de la totalidad de los protocolos en curso.
(2) Los protocolos incluyen una metodología definida y respetan los principios bioéticos y la regulación aplicable vigente.
(3) La evidencia generada es utilizada para orientar decisiones o estrategias institucionales vinculadas a una o más dimensiones de la calidad.
(4) Se cuenta con registros o productos derivados de las investigaciones (por ejemplo: reportes, artículos, presentaciones, análisis de datos, propuestas de mejora).

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos de investigación institucional documentados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de aprobación del comité ética, investigación o evidencia de cumplimiento normativo.
- Reportes técnicos, resultados o publicaciones derivadas.
- Actas de comités o planes institucionales que demuestren uso de resultados.

d. Estándar 4/6. Participación y reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.

1. Guía.

Los reconocimientos nacionales a la calidad institucional son una herramienta clave para impulsar la mejora continua en los establecimientos de atención médica. Su participación permite someter el desempeño organizacional a una evaluación técnica, externa y homologada, promoviendo el aprendizaje organizacional, la transparencia y la rendición de cuentas.

El establecimiento que cuente con alguno de los reconocimientos a la calidad promovidos por instituciones del sector salud, organismos gubernamentales o entes de competitividad nacional:

a) Premio Nacional de Calidad en Salud (PNCS) – Secretaría de Salud / DGCES (si fue finalista o ganador en los últimos tres años).
b) Premio Nacional de Calidad (ganador en los últimos tres años).
c) Premio IMSS a la Competitividad – IMSS (ganador en el año).

Estos reconocimientos no solo aportan prestigio institucional, sino que también consolida el compromiso con la excelencia, la transparencia y la rendición de cuentas en los servicios públicos de salud.

La participación en estos procesos fortalece la cultura de calidad, permite detectar fortalezas y áreas de oportunidad, y visibiliza el compromiso del establecimiento con la mejora de la atención.

El establecimiento debe documentar su participación, resultados y seguimiento, integrándolo como parte del ciclo de mejora continua. La evidencia generada (reportes de autoevaluación, diagnósticos institucionales, recomendaciones) debe integrarse en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, difundirse entre el personal como parte de la cultura organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha participado formalmente en una convocatoria vigente de alguno de los reconocimientos mencionados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento ha sido reconocido como finalista o ganador en algún reconocimiento nacional relacionado con la calidad institucional en salud, conforme a los criterios de la convocatoria vigente.

(3)El establecimiento ha integrado los hallazgos del proceso de evaluación a su plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(4)La participación y resultados han sido difundidos entre el personal del establecimiento, como parte de una estrategia institucional de reconocimiento, motivación y mejora continua.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos de inscripción a convocatorias de premios nacionales de calidad o desempeño institucional.
- Oficios, constancias o reconocimientos emitidos por la institución convocante.
- Reportes institucionales entregados en el marco del proceso de evaluación.
- Actas o registros donde se analizaron los hallazgos y se propusieron acciones de mejora.
- Plan de mejora actualizado que incluya las recomendaciones derivadas del reconocimiento.
- Evidencia de difusión interna (boletines, carteles, sesiones informativas, etc.) sobre la participación y resultados obtenidos.

e. Estándar 5/6. Implementación de un programa institucional de atención centrada en la persona.

1. Guía.

La atención centrada en la persona reconoce a cada paciente como un ser humano integral, con historia, valores, creencias, emociones y derechos que deben ser respetados en cada interacción con el sistema de salud. Esta atención va más allá del cumplimiento técnico de los procesos clínicos: se construye sobre la empatía, el respeto, la comunicación efectiva y la construcción de confianza entre profesionales de la salud y las personas usuarias.

Para lograrlo, el establecimiento debe implementar un programa institucional formal que promueva esta visión en todas las áreas, en todos los turnos, con todo el personal. Este programa debe integrar elementos como:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) La definición explícita de principios, comportamientos y prácticas esperadas en la interacción humana con pacientes, familias y compañeros.
b) La sensibilización, capacitación e inducción del personal, incluyendo personal en formación, para el desarrollo de competencias relacionales.
c) La medición y mejora continua de la experiencia de los pacientes y del personal.
d) La gestión estructurada de quejas, sugerencias, felicitaciones y reconocimientos.
e) La participación del personal directivo y de gobierno institucional en la promoción del modelo.
f) La existencia de líderes o referentes en atención centrada en la persona, identificados por área o servicio.
g) La incorporación de los resultados del programa en la toma de decisiones estratégicas.

El establecimiento debe asegurar que este enfoque sea transversal, permanente y medible, con evidencia documentada de su implementación, evaluación y mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa institucional de atención centrada en la persona, que incluye lo mencionado del inciso a) al g) de la guía.
(2) El equipo directivo supervisa el programa, y establece estrategias de mejora con base en los resultados obtenidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual o política institucional sobre atención centrada en la persona.
- Materiales de capacitación, inducción y sensibilización.
- Evidencia de campañas internas y materiales de difusión a pacientes y familias.
- Encuestas de experiencia del paciente y del personal.
- Registros de sesiones de análisis de resultados y propuestas de mejora.
- Nombramientos o actas de designación de líderes por área.
- Minutas del cuerpo directivo y del órgano de gobierno que documenten la revisión de resultados relacionados con este programa.
- Reportes de mejoras implementadas y su evaluación de impacto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f. Estándar 6/6. Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente.

1. Guía.

El entorno ambiental influye directamente en la salud de la población. La contaminación del aire, el mal manejo de residuos, la escasez de agua limpia, el uso excesivo de energías no renovables y la degradación ambiental son factores que contribuyen a enfermedades respiratorias, gastrointestinales, cardiovasculares y dermatológicas, entre otras.

Por ello, los hospitales deben participar en acciones comunitarias que promuevan la protección ambiental y la sostenibilidad, como parte de su compromiso con la salud pública y la prevención de enfermedades. Estas acciones pueden realizarse directamente o en colaboración con actores sociales, instituciones educativas, organizaciones ambientales o autoridades locales.

El establecimiento identifica los principales riesgos ambientales que afectan a la comunidad que atiende y desarrolla o colabora en actividades que contribuyan a su mitigación, tales como:

a) Promoción del uso racional del agua y la energía.
b) Educación ambiental dirigida a la población.
c) Apoyo a jornadas comunitarias de limpieza, reforestación o reciclaje.
d) Manejo adecuado de residuos peligrosos y comunes.
e) Sensibilización sobre el cambio climático y su relación con la salud.
f) Participación en campañas o foros sobre salud y medio ambiente.
g) Apoyo a estrategias para entornos saludables (alimentos locales, transporte activo, diseño urbano verde).

Estas acciones deben formar parte de la planeación institucional, responder a necesidades reales del entorno y documentarse como parte del ciclo de mejora continua del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica los principales riesgos ambientales que afectan a la comunidad que atiende, y ha implementado acciones para su mitigación.

(2) Participa de manera activa y documentada en actividades comunitarias orientadas a la protección del medio ambiente, de forma directa o en coordinación con actores locales.

(3) Cuenta con evidencia de planeación, ejecución y seguimiento de al menos una actividad ambiental comunitaria durante el último año.

(4) Evalúa los resultados de las acciones ambientales implementadas y utiliza los hallazgos para mejorar su participación en futuras actividades.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)El personal ha sido sensibilizado sobre la relación entre medio ambiente y salud, y participa conforme a sus funciones en las actividades comunitarias programadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Diagnóstico comunitario o registros de riesgos ambientales prevalentes.
- Informes o evidencias de participación del establecimiento en actividades comunitarias ambientales.
- Convenios, actas de colaboración o convocatorias interinstitucionales en temas ambientales.
- Cronogramas, materiales, campañas o listas de asistencia de eventos ambientales realizados.
- Evidencia de capacitación al personal en temas de salud y medio ambiente.
- Reportes de evaluación de impacto o seguimiento de las acciones implementadas.
- Planes operativos que integren objetivos relacionados con sostenibilidad ambiental o promoción del entorno saludable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XI. DEFINICIONES OPERATIVAS

Para fines del presente MOCEBPASS, las siguientes definiciones operativas deberán considerarse como referencia para la interpretación y aplicación de los estándares, lineamientos y el proceso de certificación. Estas definiciones han sido desarrolladas en el marco del modelo y no sustituyen términos jurídicos o clínicos definidos en otras normativas

A

Actitud: manifestación externa del estado de ánimo o disposición de una persona ante determinados estímulos, hechos o personas. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas.

Alta dirección: autoridad ejecutiva o administrativa con capacidad de liderazgo operativo dentro del establecimiento (ej. dirección general, jefaturas estratégicas).

Alta médica: declaración formal realizada por el profesional tratante que certifica que una persona ha completado su atención médica en un establecimiento de salud; es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con un establecimiento o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona. Ver: Alta definitiva y Alta hospitalaria.

a. Alta definitiva: se refiere al cierre completo del episodio de atención médica, cuando el paciente puede reincorporarse a su vida ordinaria sin requerir seguimiento activo del programa o servicio. Puede darse tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio.
b. Alta hospitalaria: declaración del médico que atestigua la capacidad de un paciente ingresado para salir del hospital o de otro establecimiento de atención médica, con independencia del motivo que ponga fin a su estancia, ya sea la curación o una mejoría clínica, la posibilidad de continuar con el tratamiento o con las medidas paliativas en régimen domiciliario o ambulatorio, el traslado a otro establecimiento sanitario, el rechazo del enfermo a seguir ingresado, su fuga, su fallecimiento o cualquier otro.

Análisis de causa raíz (ACR): método estructurado y retrospectivo utilizado para identificar causas subyacentes y factores contribuyentes de eventos adversos, incidentes o cuasifallas en los procesos de atención. Su propósito es comprender por qué ocurrió un evento y prevenir su recurrencia mediante acciones correctivas o de mejora sistémica. El ACR no busca culpables, sino mejorar procesos a partir de una comprensión profunda de los errores o fallos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF): también conocido por sus siglas en inglés FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), es una herramienta de mejora de procesos, sistemática y proactiva, que permite identificar, priorizar y prevenir fallas potenciales en procesos, productos o sistemas antes de que ocurran, evaluando sus causas, efectos y criticidad.

Anestesia y sedación: la administración de medicamentos a una persona, en cualquier entorno y por cualquier vía, para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, diagnóstico, terapéutico, paliativo o de otro tipo

a. Sedación: estado de conciencia, inducido por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos potencialmente molestos, conservando la capacidad de responder a órdenes verbales o estímulos táctiles.
b. Anestesia General: conjunto de técnicas utilizadas para inducir hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos clínicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.

Aprendizaje: modificación habitual y relativamente permanente del comportamiento de las personas, que ocurre como resultado de la experiencia. Proceso significativo orientado al cambio, mediante el cual un individuo o conjunto de individuos interactúan con su medio ambiente modificando su conducta como resultado de la realización de actividades que producen conocimientos, hábitos, habilidades, actitudes y aptitudes.

Aptitudes: atributos relacionados con la percepción, coordinación motriz, destreza manual o capacidad intelectual, esenciales en el desempeño de una tarea o de una competencia. Representan capacidades innatas o desarrolladas que influyen en la ejecución efectiva de actividades técnicas, cognitivas o relacionales en entornos clínicos y administrativos.

Asignación de recursos: proceso técnico y administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos (humanos, materiales, financieros, tecnológicos, etc.) del establecimiento conforme a las necesidades de atención, nivel de complejidad, carga de trabajo y criterios de seguridad, calidad y equidad.

Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Atención médica continua: servicio que atiende todos aquellos problemas de salud que no pueden esperar al día siguiente para ser atendidos por la consulta ambulatoria. Se manejan situaciones de urgencias relativas pero dado su carácter de atención 24 horas contempla la atención de urgencias calificadas hasta su estabilización o traslado.

Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.

Auditoría del Establecimiento: proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares del Modelo de Certificación, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento del establecimiento y orientar la adopción de buenas prácticas vinculadas a las áreas de oportunidad identificadas.

Aviso de Funcionamiento: trámite mediante el cual se hace del conocimiento de la autoridad sanitaria, del inicio de actividades de los establecimientos para la atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos.

B

Buena Práctica: experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria y que se sostiene en el tiempo. Es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan, y que puede servir como modelo para otras organizaciones.

Bundle: anglicismo que significa "atar" o "agrupar". Es utilizado como sinónimo de paquete de seguridad en las Buenas Prácticas. En el ámbito de la calidad en salud, se utiliza para describir un conjunto estructurado de intervenciones basadas en evidencia, que, al aplicarse de forma conjunta, consistente y simultánea, han demostrado mejorar los resultados clínicos, especialmente en la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Cada intervención por sí sola puede tener un efecto positivo, pero el enfoque de "todo o nada" exige que todas las acciones del bundle se implementen juntas para que se considere su cumplimiento. Esta estrategia estandariza prácticas clínicas críticas y mejora la confiabilidad en los procesos de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

C

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

La calidad de la atención incluye las siguientes dimensiones:

a. Efectividad: Atención basada en evidencia que produce mejores resultados de salud para individuos.
b. Eficiencia: Maximiza el uso de recursos y evita desperdicios.
c. Seguridad: Minimiza riesgos y daños a los usuarios.
d. Centrada en paciente/población: Tiene en cuenta preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales del servicio, sus familias y las culturas de sus comunidades.
e. Sostenibilidad: Protege y mejora la salud ahora y para las generaciones futuras minimizando el impacto ambiental y los costos sociales y financieros.
f. Equidad: Atención que no varía en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.
g. Integración: Atención coordinada entre niveles y proveedores y que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo de la vida.
h. Oportunidad: Atención oportuna, reduciendo los tiempos de espera y retrasos perjudiciales.

Calificación: a la realización de las pruebas específicas basadas en conocimiento científico, para demostrar que los equipos, sistemas, instalaciones, personal y proveedores cumplen con los requisitos previamente establecidos, la cual debe ser concluida antes de validar los procesos.

Capacidades: son atributos psico-cognitivos de los individuos, que se desarrollan por la integración y acumulación de aprendizajes significativos. El desarrollo de capacidades es la base del despliegue y del crecimiento de las habilidades o competencias. En las capacidades se integran y perfeccionan los conocimientos, las destrezas, y las habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que luego se pondrán en juego en situaciones reales de actuación social o productiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Capacitación: actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos, buscando desarrollar las aptitudes de las personas, con el propósito de prepararlos para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto de trabajo. Su cobertura abarca atención, memoria, análisis, actitudes y valores de los individuos, respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognoscitiva y afectiva. Es un proceso metodológico de actividades encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano con la finalidad de mejorar su desempeño profesional.

Carta de Consentimiento Informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Cirugía Mayor Ambulatoria: a los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso al establecimiento de cirugía mayor ambulatoria.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Competencia: conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea o dicho de otra forma determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas por el establecimiento, en, por ejemplo, un perfil de puesto. Dicho de otra manera, es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos.

Conciliación de medicamentos. es la actividad profesional centrada en la seguridad del paciente en el que el personal realiza una comparación formal y sistematizada de la historia farmacoterapéutica antes y después de una

SIN VALIDEZ OFICIAL

transición asistencial, que permite identificar, clasificar, analizar, documentar y resolver con el médico tratante las posibles discrepancias en el tratamiento farmacológico.

Consentimiento informado: es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Consultorio: todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios.

Consultorio de Atención Médica Especializada: establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un hospital, que tiene la finalidad de prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios.

Control: revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación. Además, es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control también puede utilizarse para evaluar la eficacia del resto de las funciones administrativas: la planeación, el establecimiento y la dirección.

Credencialización: procedimiento por el cual un organismo autorizado reconoce o acredita, formalmente, que otro organismo o persona es competente para desarrollar funciones específicas.

Cuasifalla: son aquellos eventos adversos que ocurren en el establecimiento, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como “Cuasi incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión del establecimiento, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”. Así mismo, la Joint Commission International lo define como “Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave”.

Cuidador primario: persona designada formal o informalmente por el paciente para acompañar, asistir o tomar decisiones compartidas durante el proceso de

SIN VALIDEZ OFICIAL

atención. Puede ser un familiar, representante legal, tutor o acompañante significativo, dependiendo de las condiciones del paciente y el contexto de atención.

Cultura organizacional: conjunto de valores, creencias, actitudes, normas y comportamientos compartidos por el personal de un establecimiento, que influyen en su forma de trabajar, tomar decisiones, resolver problemas y relacionarse dentro de la organización.

D

Datos: hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan “datos en bruto”.

Desastre: Al resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Descripción de puesto: explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo, dicho de otro modo, es la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado el resultado de análisis del puesto de trabajo. Es, en definitiva, un inventario escrito de los principales hechos más significativos del puesto de sus deberes y responsabilidades.

Destreza: característica de soltura en los movimientos que un individuo posee para realizar una actividad manual con rapidez y precisión. Es la precisión motora del individuo para realizar ciertas operaciones o manejar instrumentos o equipo es el complemento de los conocimientos, puede deberse al proceso normal de maduración, acompañado de la práctica, o al aprendizaje específico.

Dispositivo médico: al instrumento, aparato, utensilio, máquina, *software*, producto o material implantable, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto similar, para ser empleado, solo o en combinación, directa o indirectamente en seres humanos. Y cuya finalidad de uso principal no es a través de mecanismos farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, sin embargo, pueden ser asistidos por estos medios para lograr su función. Los dispositivos médicos incluyen a los Insumos para la salud de las siguientes categorías: equipo médico, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de

SIN VALIDEZ OFICIAL

diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.

E

Efecto secundario: efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico.

Eficacia: nivel de consecución de metas y objetivos. La eficacia hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos.

Eficiencia: la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Por ejemplo, cuando dos programas de vacunación utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

Ejes Estructurales del MOCEBPASS: representan los pilares para el funcionamiento, la gestión y la mejora continua de los establecimientos de atención médica. Cada eje se subdivide en componentes, que permiten un análisis más detallado y operativo de los procesos institucionales.

Eje estructural Liderazgo y Gobernanza: analiza el compromiso de la alta dirección, los principios de gobernanza institucional, la comunicación organizacional, la participación de los grupos de interés y la alineación con los valores y misión institucional.

Eje estructural Administración de la Información: evalúa la gestión efectiva de los datos clínicos, administrativos y estratégicos, el uso de tecnologías de la información, la protección de la confidencialidad y la disponibilidad oportuna de la información para la toma de decisiones.

Eje estructural Planificación y Gestión de Recursos: examina el diseño e implementación de procesos institucionales, la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos, así como la identificación, evaluación y mitigación de riesgos organizacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Eje estructural Atención Clínica y de Apoyo: valora el establecimiento y calidad de los servicios de salud, la atención centrada en el paciente, la práctica clínica basada en evidencia, la prevención de eventos adversos y la garantía del respeto a los derechos de los pacientes.

Eje estructural de Mejora Continua y Sistema de Salud: Considera los mecanismos de evaluación del desempeño institucional, la aplicación de auditorías internas y externas, la medición de la satisfacción de usuarios y trabajadores, así como la implementación de estrategias de mejora continua e innovación.

Emergencia: Situación de peligro o desastre que requiere atención inmediata (Real Academia Española). Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador.

Entrenamiento: serie sistemática de actividades que tiene por objeto, que el individuo desarrolle, con un máximo de eficiencia, ciertas habilidades y destrezas. Entendida también como la preparación de personas para la realización de actividades específicas.

Equipo médico: los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica.

Establecimiento de atención médica: Todo aquél, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos.

Estándar: De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, “estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia”, así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad. La International Society for Quality in Health Care (ISQua) define un estándar en el ámbito de la atención sanitaria como un nivel de desempeño deseado y alcanzable contra el cual se mide el desempeño real. Para el modelo es: la declaración general que expresa el resultado de alto nivel que se espera alcanzar; representa un criterio

SIN VALIDEZ OFICIAL

explícito, medible y alcanzable que permite evaluar el cumplimiento del establecimiento con base en evidencia, normativa vigente y mejores prácticas.

Estandarización de Procesos: Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por el establecimiento para el desarrollo de un Estándar.

Estructura: Es una de las tres dimensiones clave del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, la cual, se refiere a los recursos físicos, humanos, tecnológicos y normativos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de Salud.

Evacuación: Desplazamiento que como medida precautoria se realiza para salvaguardar la integridad física y la vida de las personas, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre.

Evaluación de Competencias: es el proceso por el cual un evaluador reúne signos de evidencia de la competencia que detenta una persona para el ejercicio de un determinado rol laboral. El piso de los signos de evidencia que el evaluador utiliza está enunciado en la norma de competencia, de la cual deben ser tomados los signos de evidencia para elaborar los instrumentos de evaluación.

Evento adverso: un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela. La Organización Mundial de la Salud lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas.”

Evento centinela: un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que

SIN VALIDEZ OFICIAL

haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente"

Expediente clínico: conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

F

Familia: la o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

Formación: proceso académico formal en el que la persona o participante desarrolla e integra elementos técnicos o profesionales que determinarán el estilo y forma de lo que se produzca en el futuro. Siempre implica un nivel académico, es decir, diplomado, técnico, bachiller, licenciado, máster, doctorado, entre otros.

G

Gestión de recursos: conjunto de acciones orientadas a garantizar la disponibilidad, eficiencia, mantenimiento, mejora y sostenibilidad de los recursos institucionales, incluyendo procesos de evaluación, reestructuración, uso racional y control.

Gestión de riesgos: proceso institucional, estructurado y sistemático mediante el cual se identifican, analizan, priorizan, controlan, monitorean y comunican los riesgos que puedan afectar la calidad, seguridad, legalidad, sostenibilidad y funcionamiento del establecimiento, incluyendo riesgos clínicos, operativos, financieros, tecnológicos, de infraestructura y de continuidad de servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobernanza institucional: conjunto de procesos mediante los cuales se dirige, supervisa y rinde cuentas sobre el desempeño del establecimiento. Incluye normas internas, estructuras organizacionales y decisiones estratégicas.

Gobierno: la persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Instancia de máxima decisión y responsabilidad institucional, que puede ser una dirección local o a través de instancias superiores de la misma institución o grupo, como puede ser un órgano estatal, jurisdiccional, central o corporativo, según la estructura organizativa definida.
Otros nombres para este grupo incluyen “junta”, “junta de administración”, “junta de gobierno”, “junta de comisionados” y “cuerpo de gobierno”.

Guía: dentro del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, la guía explica y amplía los conceptos contenidos dentro del estándar. Describe su propósito, alcance y fundamentos técnicos, proporciona orientación para las organizaciones sobre los factores que deben considerarse al implementar el estándar. Se proporciona con fines explicativos, tratándose de texto enunciativo, pero no limitativo. El cumplimiento del estándar se puede demostrar de diferentes maneras a las que se pueden llegar a describir.

Guía de Práctica Clínica: son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor prueba científica existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos,

SIN VALIDEZ OFICIAL

sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".
- The New Zealand Guidelines Group (NZGG): "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

H

Habilidad: capacidad, disposición para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento determinado, de acuerdo con el grado de exactitud requerido. Está relacionada con la inteligencia y la destreza de la persona.

Hallazgo: resultado documentado de la comparación entre las evidencias observadas durante la auditoría y los requisitos establecidos en los estándares del MOCEBPASS. Cada hallazgo refleja el nivel de cumplimiento de un requerimiento auditable y constituye la base objetiva para la toma de decisiones en el proceso de certificación.
Los hallazgos pueden clasificarse como:
- Cumplimiento: Cuando el establecimiento presenta evidencias suficientes y consistentes que demuestran que el requerimiento auditable se ha implementado de forma adecuada.
- No cumplimiento: Cuando no existen evidencias o estas son insuficientes, contradictorias o inexistentes respecto al requisito evaluado.
- Cumplimiento parcial: Cuando se identifican avances o elementos implementados, pero de manera incompleta, incipiente o con desviaciones que requieren acciones correctivas para alcanzar el cumplimiento total.

Cada hallazgo debe ser trazable, verificable y registrado de manera clara y objetiva, sin juicios personales, y puede generar recomendaciones o acciones de mejora.

Hospital: establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación.

Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

I

Idoneidad de la prescripción: barrera de seguridad que consiste en la revisión y análisis de la prescripción de medicamentos, a partir del perfil farmacoterapéutico u otras herramientas, integrando las necesidades clínicas, características individuales y farmacoterapia del paciente, cuyo objetivo es identificar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos contribuyendo al uso racional de los medicamentos

Impacto: es el conjunto de consecuencias que origina un riesgo si llegará a presentarse.

Indicador: variable cuantitativa cuyos valores son susceptibles de interpretación en un campo de conocimiento, respecto a determinados valores de referencia, establecidos en forma teórica o empírica. Podemos decir que un indicador es una estadística que ha sido procesada con el fin de entregar información específica o como una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

Indicador de Calidad: son herramientas que permiten la medición, tangible y cuantificable de un proceso o de una parte de un proceso, su análisis permite evaluar la calidad de los procesos, productos o servicios para asegurar la satisfacción o desempeño de estos. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Miden de manera global, el resultado final de las actividades.

Interconsulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
Internar: Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión. Véase Hospitalización.

L

Lesiones en la piel por presión: es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros . Ver “Úlcera por Presión.”

Licencia Sanitaria: autorización emitida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios que permite a una persona pública o privada, el realizar en un establecimiento una actividad relacionada con la salud humana.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Líder: son aquellas personas que, por medio de la motivación, el ejemplo y la empatía, logran la implicación y el compromiso de un grupo de personas para alcanzar un objetivo concreto.

Liderazgo: capacidad de influir, guiar y coordinar equipos para lograr objetivos organizacionales con base en principios de calidad, ética, participación y sostenibilidad.

M

Manual del Modelo de Certificación de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud: documento técnico-normativo que forma parte del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, en el que se integran de manera estructurada los estándares, guías, requerimientos auditables, referencias de apoyo y lineamientos metodológicos que rigen la evaluación de los establecimientos de atención médica. Su propósito es servir como referencia oficial para la preparación, implementación, auditoría y mejora continua de los procesos relacionados con la calidad y seguridad en la atención, bajo los principios y estructura definidos por el modelo.

Matriz de riesgo: es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y calidad en los procesos y actividades que define una organización. Permite identificar rápidamente qué riesgos deben recibir la mayor atención.

Medicamento: toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Medicamentos de alto riesgo: son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Medición: puede definirse acorde al contexto como la recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se “mide”) o como una herramienta cuantitativa para determinar un valor.

Metodología trazadora: es un proceso que se emplean durante la evaluación del establecimiento para analizar sus sistemas, mediante el seguimiento de

SIN VALIDEZ OFICIAL

pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por estos. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples establecimientos de atención, departamentos o áreas dentro del establecimiento o una única unidad de atención para “rastrear” la atención prestada a un paciente:

- Rastreo de un paciente: proceso que se emplea para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular dentro de un establecimiento de atención médica.
- Rastreo del sistema: sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, entre otros.

Multidisciplinario: que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

Organigrama: representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas.

Otorgamiento de privilegios: proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

P

Paciente: todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

Paciente ambulatorio: todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.

Paciente de Alto Riesgo: que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos

SIN VALIDEZ OFICIAL

tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros.

Paciente Vulnerable: es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación.

Participación institucional: involucramiento activo y estructurado del personal, pacientes o comunidad en procesos de planeación, mejora y evaluación.

Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos: es el permiso que emite la COFEPRIS para construir nuevos establecimientos o para remodelar los existentes, en caso de que en éstos se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos.

Personal clínico: el que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.).

Personal no clínico: el que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.).

Plan: método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas de atención o una combinación de estos.

Política: declaraciones generales que establecen los límites dentro de los cuales los mandos del establecimiento toman las decisiones y, por lo tanto, aseguran un desempeño consistente.

Probabilidad: posibilidad de que ocurra un riesgo, tomando en cuenta los controles actuales y su efectividad.

Procedimiento invasivo: procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo, es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

Proceso: una serie de acciones interrelacionadas (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Proceso Básico - se refiere a los procesos cotidianos que se realizan en los establecimientos de atención médica.
- Proceso Medianamente Complejo - Es un proceso nuevo que requiere de financiamiento y/o competencias específicas.
- Proceso Altamente Complejo - Es un proceso nuevo que requiere recursos financieros y competencias especializadas.

Proceso de certificación: es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a Estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de certificación implica la autoevaluación del establecimiento, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos.

Programa: serie ordenada de actividades u operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

Profesional de la salud: toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención de la salud. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

Protocolo: documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

Proveedor: persona física o moral que suministra productos, materiales, dispositivos médicos, insumos o tecnologías necesarias para el funcionamiento del establecimiento de salud. Su relación con el establecimiento implica acuerdos de suministro, compra o distribución, y se encuentra sujeta a requisitos de calidad, trazabilidad, cumplimiento normativo y vigilancia sanitaria.

R

Referencia Médica: el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Referencia de apoyo: para el Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General son ejemplos ilustrativos de tipos de evidencia que las organizaciones pueden proporcionar para demostrar el cumplimiento del estándar. Se incluyen elementos orientadores que pueden ser útiles al momento de implementar. Estas referencias pueden contener ejemplos ilustrativos, documentación sugerida, así como referencia bibliográfica y bases normativas relevantes. Su finalidad es facilitar la comprensión y aplicación de los requisitos auditables. El establecimiento puede demostrar el cumplimiento de diversas maneras y puede presentar evidencia alternativa o adicional, siempre que sea válida, pertinente y verificable.

Requerimiento auditable: conjunto de criterios obligatorios cuya verificación permite determinar si el estándar se cumple. Cada requisito tiene el mismo peso dentro del estándar. Los auditores deben determinar el cumplimiento con base en evidencia objetiva.

Residuo Peligroso: residuos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad, o que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio.

Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso (RPBI): el que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se generan en establecimientos de atención médica.

Resultado: el o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

Riesgo: es la probabilidad de ocurrencia de un evento que afecta negativamente los resultados , también definido como la incertidumbre en los resultados

S

SIN VALIDEZ OFICIAL

Seguridad: es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y del establecimiento.

Seguridad del Paciente: un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en los procesos y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud

Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: son los tienen como objetivo contribuir y proporcionar información de la evaluación del paciente, como apoyo diagnóstico, seguimiento en el tratamiento de enfermedades y proporcionan datos para el control epidemiológico para la salud pública, a través de la realización de análisis que se ajusten a los estándares de calidad y seguridad del paciente. los servicios incluidos como de apoyo al diagnóstico para el Consejo de Salubridad General son:

- Laboratorio Clínico: establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud.
- Servicios de Radiología e Imagenología: Son los servicios profesionales para brindar diagnósticos oportunos y certeros mediante el uso de imágenes como una herramienta necesaria para un tratamiento idóneo.

Servicio de Atención Médica: conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

Servicios de Salud: prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Estos no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, también abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Servicios Subrogados: persona física o moral que sustituye total o parcialmente al establecimiento en la prestación de un servicio de salud, ya sea directo (como laboratorio clínico, imagenología o hemodiálisis) o indirecto (como lavandería

SIN VALIDEZ OFICIAL

o mantenimiento). El prestador subrogado opera dentro o fuera del establecimiento. Estos servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, patología, servicios de ambulancia, mantenimiento de equipos biomédicos, limpieza y desinfección especializada, recolección de residuos peligrosos, recolección y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, servicios de esterilización, lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, control de plagas, tecnologías de la información o soporte de sistemas.

Servicio de Urgencias: conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

Sistema de servicios básicos: sistema y equipo de todo el establecimiento que respalda lo siguiente cuando así lo requiere el establecimiento: distribución de energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

Sistematización de Procesos: seguimiento e inclusión uniforme en todos los niveles, áreas o estructuras que conforman el universo de aplicación del proceso definido por el establecimiento para el desarrollo de un Estándar. Por ejemplo, el establecimiento define un proceso para el egreso de pacientes el cual los médicos especialistas deberán realizar y firmar la nota de egreso antes de la salida del paciente. En la operación, solo los médicos especialistas de staff realizan y firma sus notas, los médicos externos no conocen siquiera el proceso. La implementación del proceso no es sistemática al no incluir a los médicos externos dentro del universo de implementación de este.

Sostenibilidad operativa: capacidad del establecimiento para mantener en el tiempo sus operaciones esenciales, servicios prioritarios y condiciones mínimas de seguridad y calidad, mediante una planificación estratégica, eficiente uso de recursos y adaptabilidad ante riesgos o cambios en el contexto

Suficiencia y cobertura: condición en la que los recursos disponibles son cuantitativa y cualitativamente adecuados para cubrir la demanda real del establecimiento, garantizando continuidad operativa, atención segura y cumplimiento normativo

SIN VALIDEZ OFICIAL

T

Transferencia de Paciente: proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, pudiéndose llevar a cabo entre un establecimiento de atención a otra, un servicio clínico a otro, un facultativo calificado a otro, o una organización a otra.

Transparencia: práctica de comunicar y documentar decisiones, recursos y resultados institucionales de forma abierta, verificable y accesible.

Triage: derivado de la palabra francesa cuyo significado es “clasificar”. En urgencias se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Sin embargo, puede ser utilizado para determinar niveles de atención en diversas áreas o procesos.

U

Úlcera por presión: es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

Unidad de Hemodiálisis: establecimiento dedicado al tratamiento de pacientes que requieren de hemodiálisis.

Urgencia: todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

V

Variabilidad: son cambios que modifican el proceso que afectan al producto que se produce o al servicio que se ofrece.

Verificación de la fuente original: verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XII. HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

A. ANTECEDENTES

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentran fundamentadas en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente de la persona titular de la Presidencia de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria en el país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El Consejo de Salubridad General tiene como atribución la emisión de disposiciones en materia de salubridad general, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en el artículo 17, fracción VI de la Ley General de Salud se encuentra la correspondiente a certificar la calidad de los establecimientos de atención médica y determinar los instrumentos y criterios para tal efecto.

Dentro de su Reglamento Interior, aprobado por la persona titular de la Presidencia de la República, se encuentra prevista la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica a través de la cual da cumplimiento a su atribución.

Los antecedentes de la Certificación de Establecimientos de Atención Médica son:

a. En 1983 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud crearon las “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, mismas que fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 1983 y 1985.
b. En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), emitiendo el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” siendo autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaria de Salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. En 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), con la finalidad de poder intercambiar servicios se tomaría en cuenta la Certificación del personal médico dentro de sus Consejos o "Boards" de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.
d. Además, establecía que existieran organizaciones responsables de la certificación de las instituciones de atención médica, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que estuvieran financiando. México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica.
e. Ante la necesidad de una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá.
f. Se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Sin embargo, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.
g. En 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, para diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, publicándose en el Diario Oficial de la Federación:
    1. El 1 de abril de 1999 el acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.
    2. El 25 de junio de 1999 los criterios para la certificación de hospitales, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
    3. El 21 de julio de 1999 la convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación

SIN VALIDEZ OFICIAL

de Hospitales, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

h. En 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, publicándose en el Diario Oficial de la Federación:
   1. El 20 de septiembre de 2002: Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Unidades de Establecimientos de Atención Médica.
   2. El 22 de octubre de 2003: Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud.

i. El 13 de junio de 2008 el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación:
   1. El Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); como fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación.

j. La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General Adjunta de Articulación que elaborara una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones.
   Con la opinión y consenso de expertos en el tema, representativos de las instituciones que brindaban atención médica, se publicaron los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis vigentes a partir del 1 de julio de 2012. Estos siguieron vigentes en 2015.

k. El 29 de junio 2023 se publicó en el DOF el ACUERDO por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad en el cual se establece la obligatoriedad de la implementación para las para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local que presten servicios de salud.

l. El 20 de julio 2023 aprobado por la 2ª. Sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica se publicó el Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) Criterios y Estándares Anexo A y B de los Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC), el cual contenía los criterios y estándares para la certificación de Unidades de Hemodiálisis.

m. El 31 de octubre 2024 la publicación del Acuerdo CCEAM 298/31.10/2024/5S aprobado en la 5ª sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica donde se suspende la recepción de solicitudes de registro al MUEC.

SIN VALIDEZ OFICIAL

n. El presente modelo es producto de un trabajo consensado con instituciones públicas, sociales y privadas convencidas del beneficio de la mejora continua en los establecimientos, entre los que se encuentran aquellos que fueron certificados, los que tienen acreditaciones internacionales y participación de especialistas de diferentes ramas del área médica que describieron buenas prácticas en hospitales.

B. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN

La obtención de la certificación les da a los establecimientos, las siguientes ventajas competitivas:

a. Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la normatividad vigente, la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención y la seguridad hospitalaria.
b. Fortalecimiento del liderazgo institucional.
c. Uso más eficiente de los recursos y procesos organizacionales.
d. Incremento en la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales de la salud.
e. Reconocimiento público del compromiso con la calidad en salud. Evidenciando el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal, del establecimiento y la sociedad.
f. Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de calidad.
g. Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

a. Formar parte de una Institución de Seguros en el ramo salud.
b. Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
c. Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por la Administración Pública en cualquier orden de gobierno.
d. Podrán ser incorporados a la estrategia nacional de Turismo Médico.

C. SOBRE LA PORTADA DEL MANUAL DEL MOCEBPASS

En el centro se ubica la figura que representa al tipo de establecimiento de atención médica al que corresponde el manual, mientras que a su alrededor se disponen armónicamente las imágenes alusivas a los otros tipos de establecimientos integrados en el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en la Atención de Servicios de Salud. Esta configuración

SIN VALIDEZ OFICIAL

circular simboliza la interdependencia, complementariedad y continuidad entre los diferentes niveles y tipos de atención.

La cadena que une a cada uno de estos elementos representa la integración funcional del Sistema Nacional de Salud, y el candado que la cierra alude al compromiso con la seguridad para las personas usuarias, sus familias, los profesionales de la salud y las propias instalaciones.

Los estándares del modelo —conceptualizados como la llave que asegura esta cadena— constituyen el mecanismo que da solidez y trazabilidad a los servicios otorgados orientando hacia la mejora continua.

Su uso se encuentra regulado por las Reglas de uso del logotipo que identifica a los establecimientos de atención médica certificados por el Consejo de Salubridad General.

D. MODELO DE MEJORA CONTINUA (PHVA)

El sistema de evaluación se apoya en el modelo cíclico Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA), promoviendo un aprendizaje organizacional constante. Este enfoque permite:

a. Planificar: Establecer objetivos, políticas y procesos de calidad.
b. Hacer: Implementar las acciones planificadas.
c. Verificar: Medir, analizar y evaluar los resultados.
d. Actuar: Ajustar e innovar para mejorar continuamente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XIII. AUTORES

A

Aglae Díaz Pérez Luz del Carmen	CCINSHAE
Alcántar Bautista Adrián Nayar	Fundación Teletón México
Alvarado González Luis	Servicios de Salud de Veracruz
Álvarez Barajas Jorge Estanislao	Secretaría de Salud Jalisco
Arvizu Adriana Italy	IMSS
Arvizu García Laura Magali	CMECAC
Avendaño Aquino B. Marisol Rusel	AMENAC, A.C.

B

Becerra Bañales Elizabeth	ISESALUD
Broissin Alvarado Diana Estefanía	DGMoSS

C

Colin Cruz M. Enevy	CSG
Colmenares Vásquez Ariadna Marcela	IMSS BIENESTAR
Cruz García Verónica	Servicios de Salud de Nayarit
Cruz Gaviño Víctor Manuel	AMENAC, A.C.

D

De Anda Aguilar Leticia	CONAMED
De la Fuente Mercado Jorge Luis	Secretaría de Marina
De los Ríos López Jesús	AMIS
Delgado Herrera Ileana Rosalía	Servicios de Salud de Veracruz

F

Flores Castellanos Elías	IMSS BIENESTAR
Flores Martínez Mercedes Alejandra	CSG

G

Galván García Ángel Fernando	Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management, A.C.
García Meraz María Guadalupe	IMSS
García Yáñez Elizabeth	CSG
Garduño Crespo Andrea	CCINSHAE
Godínez Beristáin María Fátima	Servicios de Salud de Veracruz
González de Jesús Cristina	CSG
González Hirata Luis Manuel	Consorcio Mexicano de Hospitales
Gómez Gaytán Heriberto	CCINSHAE

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gómez Muñoz Celedonio	CSG
Gómez Torres Patricia	AMENAC, A.C.
González Manzano Esther	IMSS
González Soriano Alan	CONAMED
Guerra López Marisol Xanat	CCINSHAE

H

Hernández Montoya Yibran Alejandro	DGMoSS
Hernández Puente Felipe	Servicios de Salud de Zacatecas
Hernández Torres Gustavo	Comité Estatal de Evaluación del Programa Hospital Seguro CDMX
Herrera Kiengelher Esperanza Loredmy	PEMEX

L

Lastra Jiménez Zaira	IMSS BIENESTAR
Lázaro Márquez Guadalupe	SOMECASA
Lepe Moreno Verónica	Servicios de Salud de Chihuahua
Lima Gómez Virgilio	CCINSHAE
Luna de León Luis Alfredo	IMSS

M

Maldonado Cubas Juan	CSG
Martínez Domínguez Gustavo	IMSS BIENESTAR
Martínez Gutiérrez Rosalba	Servicios de Salud de Chihuahua
Martínez Sánchez Javier Edgard	IMSS BIENESTAR
Mayorga González Karla Selene	CSG
Méndez Hurtado Olga Lydia	Secretaría de Salud de Baja California
Meza Chávez Abigail	IMSS BIENESTAR
Mijangos Marcos Audon	Secretaría de Salud de Veracruz
Monroy López Juan Armando	ANHP
Morales Gordillo Walverly	CMECAC
Morales Olivares Matilde	CCINSHAE
Moreno Juárez Gloria	DGCES
Moya Sánchez Sandra Guadalupe	DGCES
Munguía Viera Miriam Rosario	Servicios de Salud de Nayarit

N

Navarro Almaraz Minerva Minely	CCINSHAE

SIN VALIDEZ OFICIAL

O

Olivera Carrasco Héctor	CCINSHAE
Olvera Arreola Sandra Sonalí	COMLE, A.C.

P

Pérez Calatayud Ángel Augusto	Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management, A.C.
Pérez Olguín José Enrique	DGMoSS

R

Rabadán Rodríguez Graciela	Servicios de Salud de Guerrero
Ramos Gordillo Jesús Manolo	Colegio de Nefrólogos de México, A.C.
Reyes Hernández Tania	IMSS
Rico Domínguez Patricia	Servicios de Salud de Nayarit
Rivas Ubaldo Oliver Saud	CCINSHAE
Rodríguez Enríquez Sthefanie Karolina	Servicios de Salud de Nayarit
Rodríguez Guerra Eduardo	IPN
Ruíz Sánchez Luis Evaristo	CSG

S

Sánchez Cisneros Noé	IMSS BIENESTAR
Sánchez Merino Beatriz	IMSS BIENESTAR
Sánchez Pérez Jesús Giovanni	CCINSHAE
Sánchez Zavala Marcela	DGCES
Santos Carrillo Alva Alejandra	IMSS
Sarabia González Odet	CONAMED
Silva López Yefté Efraín	CSG
Sosa Hernández Oscar	CCINSHAE

T

Tapia Garza Andrea	PEMEX

V

Valle López Imelda	Servicios de Salud de Zacatecas
Vázquez Curiel Evangelina	Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente
Vázquez Repizo Francisco Emmanuel	DGMoSS
Villarruel López Raquel	CCINSHAE
Vinalay Domínguez María Esther	Servicios de Salud de Guerrero

SIN VALIDEZ OFICIAL

Y

Yáñez Hernández Manuel	DGIS

Z

Zaragoza Jiménez Christian Arturo	DGIS
Zárate Grajales Rosa Amarilis	UNAM
Zárate Sánchez Luis Gustavo	SMSP

XIV. BIBLIOGRAFÍA

Briceño, T., Suárez, M. P., & Toloza Cano, D. C. (s.f.). Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS. [PDF]. Recuperado de https://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2018). Guía Metodológica para la Construcción de Proyectos de Telemedicina. México: Secretaría de Salud, [Recurso electrónico].

Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2023). Propuesta Técnica de Equipamiento para un Teleconsultorio. México: Secretaría de Salud, [Recurso electrónico].

Charfuelan-Laguna, Y., Hidalgo-Bolaños, D., Acosta-Franco, L., Espejo-Quiroga, D., Tibaquicha-Bernal, D., Montaña-Vásquez, J., & Henao-Castaño, A. (2019). Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. Enfermería universitaria, 16(3), 313-321. Epub 11 de febrero de 2020. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689

KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. Am J Kidney Dis 2020; 75(4S2): S1–S164.

Leibowitz A, Oren-Grinberg A, Matial R. Ultrasound guidance for central venous access: current evidence and clinical recommendations. J Intensive Care Med 2020; 35: 303–321.

Mira, J. J. (2023). Errores honestos y segundas víctimas: Hacia una cultura justa para la seguridad del paciente. Journal of Healthcare Quality Research, 38(5), 259–261. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.08.001

SIN VALIDEZ OFICIAL

Modelo CAHUSA https://cahusa.lat/cahusa/

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación del daño evitable en la atención de salud. Revista Española de Salud Pública, 95, e202112189. https://doi.org/10.35627/2211-5115.2021.1.189

Organización Mundial de la Salud. (2022). Guía AWaRe (Acceso, Precaución y Reserva) de la OMS para el uso de antibióticos. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02

Organización Mundial de la Salud. (2024). Salud mental, derechos humanos y legislación: orientación y práctica [Mental health, human rights and legislation: guidance and practice]. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Guía AWaRe de la OMS para el uso de antibióticos: infografías en anexo web. https://www.paho.org/es/documentos/guia-aware-acceso-precaucion-reserva-oms-para-uso-antibioticos-infografias-anexo-web

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Curso mhGAP Humanitario. Campus Virtual de Salud Pública. https://campus.paho.org/es/curso/mhGAP-humanitario

Organización Panamericana de la Salud (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Campus Virtual de Salud Pública: Acercando el conocimiento a la práctica [Folleto institucional]. https://iris.paho.org/handle/10665.2/56203

Palomino Taquire, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 3(1), 27–36. https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750

Sistema Educativo de Salud para el Bienestar. (s.f.). Guía de Intervención mhGAP en Salud Mental. https://educacion.imssbienestar.gob.mx/siesabi-

SIN VALIDEZ OFICIAL

aulavirtual/course/search.php?areaids=core_course-course&q=Gu%C3%ADa+de+Intervenci%C3%B3n+mhGAP+en+Salud+Mental

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality and Safety in Health Care, 18(5), 325–330. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

Secretaría de Salud. (octubre 2023). Modelo de Recursos para la planeación de Unidades Médicas con Telemedicina. México. Edición digital.

Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management (PBM). (2025). Estándares para la implementación de la Gestión de la Sangre del Paciente.

Urruela Mora, A. (2025). Hacia la integración en derecho positivo de la noción «cultura justa» con base en consideraciones bioéticas y normativas fundadas en la seguridad del paciente. Revista de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada, (60), 99–117. https://doi.org/10.1387/rdgh.27361

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. BMJ, 320(7237), 726–727. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726

SIN VALIDEZ OFICIAL

XV. ANEXOS

ANEXO 1. AUTOEVALUACIÓN

Salud | CSG
Secretaría de Salud

Autoevaluación - Hospitales

La presente herramienta tiene como propósito apoyar al establecimiento en la identificación de fortalezas y áreas de mejora a través de una revisión estructurada y autogestionada de los estándares definidos en el modelo de certificación. Este ejercicio de autoevaluación constituye el primer paso hacia la mejora continua, la preparación para el proceso de auditoría externa y la consolidación de una cultura organizacional basada en la calidad y la seguridad del paciente.

Los estándares del modelo han sido clasificados en tres niveles según su naturaleza y peso en el proceso de evaluación:

- **Indispensables:** Condiciones mínimas críticas. Su cumplimiento es obligatorio y no admite niveles intermedios.
- **Necesarios:** Estándares que fortalecen la estructura y los procesos, cuya implementación es altamente recomendable para el desarrollo institucional.
- **Deseables:** Estándares que reflejan un nivel avanzado de madurez en la gestión y promueven la innovación y sostenibilidad.

Instrucciones de llenado

La autoevaluación se realizará exclusivamente dentro de la **plataforma SIMOCE** (Sistema Informático del Modelo de Certificación), en la cual el establecimiento registrará su nivel de cumplimiento para cada estándar. **Esta valoración es autogestionada** y se basa en el análisis objetivo de la situación actual del establecimiento frente a los estándares del modelo.

1. **Revisión del estándar.**

Antes de registrar la autoevaluación, es necesario:

- Leer detenidamente el enunciado del estándar, su guía y los requerimientos auditables descritos en el Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para Hospitales.

2. **Registro del cumplimiento (autoevaluación)**

Por cada estándar el establecimiento seleccionará una de las siguientes opciones en la plataforma SIMOCE:

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.
- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **No aplica (NA):** el estándar no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y documentarse, y será validada por el equipo auditor.

Consideraciones adicionales

- El símbolo ( ) indica que el estándar contiene un requerimiento auditable que deberá evidenciar de forma documental (proceso, listado, bitácora, entre otros).
- En los **estándares indispensables,** solo se permite seleccionar: Cumple, No cumple o No aplica.
- En los **estándares necesarios y deseables,** se puede seleccionar: Cumple, Cumple parcialmente, No cumple o No aplica.
- El **incumplimiento de al menos un estándar indispensable impide el registro del establecimiento dentro de la plataforma SIMOCE** para continuar con el proceso de certificación. Estos estándares representan condiciones mínimas críticas que deben estar plenamente implementadas y evidenciadas antes de avanzar.
- En esta herramienta, el campo de **"autoevaluación"** corresponde a una **valoración interna** que el propio establecimiento realiza con base en su nivel de cumplimiento de cada requisito auditable.

3. **Evidencia**
   Es recomendable que cada valoración registrada en la autoevaluación esté respaldada con evidencia verificable, ya sea documental, observacional o testimonial, la cual podrá ser revisada durante el proceso de auditoría. Esta evidencia debe estar organizada y disponible en el momento de la visita.

EJE: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Compromiso de la alta dirección	Necesario	1	Elaboración del plan estratégico del establecimiento.		
	Necesario	2	Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Necesario	3	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.		
	Necesario	4	Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	5	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las		

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

			necesidades de la población atendida.		
Gobernanza institucional	Necesario	1	Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.		
	Necesario	2	Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.		
	Indispensable	3	Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.		
	Deseable	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Deseable	5	Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.		
	Necesario	6	Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.		
	Necesario	7	Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.		
	Deseable	8	Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.		
	Deseable	9	Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Necesario	10	Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.		
	Necesario	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.		
Transparencia	Necesario	1	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

Transparencia	Indispensable	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.		
	Deseable	3	Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.		
	Deseable	4	Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.		
Participación y comunicación institucional	Necesario	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.		
	Indispensable	2	Medición de la cultura de seguridad del paciente.		
	Deseable	3	Implementación de un programa de cultura justa.		
	Necesario	4	Evaluación del clima organizacional.		
	Deseable	5	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.		
	Deseable	6	Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.		
	Necesario	7	Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.		
	Indispensable	8	Supervisión ética de la investigación con participación de seres humanos.		
	Necesario	9	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

EJE: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Gestión de datos e información institucional	Necesario	1	Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.		
	Necesario	2	Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.		
	Necesario	3	Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.		
	Indispensable	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	5	Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.		
	Necesario	6	Conservación de los datos e información institucional.		
	Necesario	7	Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.		
	Necesario	8	Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.		
	Deseable	9	Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.		
Gestión documental y sistemas de información	Necesario	1	Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.		
	Necesario	2	Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.		
	Indispensable	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.		
	Necesario	4	Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.		
	Necesario	5	Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.		

5

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión documental y sistemas de información	Indispensable	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.		
Monitoreo y análisis de información	Necesario	1	Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.		
	Deseable	2	Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.		
	Necesario	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.		
	Deseable	4	Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.		
Comunicación y acceso a la información	Necesario	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.		
	Necesario	2	Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.		
	Necesario	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.		
	Deseable	4	Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.		
	Necesario	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.		
	Necesario	6	Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.		

EJE: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Planeación y definición de procesos	Indispensable	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).		
	Indispensable	2	Comunicación efectiva (AESP 2).		

6

SIN VALIDEZ OFICIAL

Planeación y definición de procesos	Indispensable	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).		
	Indispensable	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).		
	Indispensable	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).		
	Indispensable	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).		
	Indispensable	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.		
	Indispensable	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.		
	Necesario	9	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	10	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen.		
	Necesario	11	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.		
	Indispensable	12	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de laboratorio.		
	Necesario	13	Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.		
	Indispensable	14	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.		
	Necesario	15	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.		
	Indispensable	16	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento.		
	Indispensable	17	Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo.		

7

SIN VALIDEZ OFICIAL

Planeación y definición de procesos	Indispensable	17	Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo.		
	Necesario	18	Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.		
	Necesario	19	Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.		
	Necesario	20	Atención integral y segura a la persona gestante.		
	Necesario	21	Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.		
	Necesario	22	Fomento a la lactancia materna en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.		
	Indispensable	23	Proceso que guía la atención para pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Indispensable	24	Proceso que guía la atención para pacientes oncológicos.		
	Necesario	25	Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.		
	Indispensable	26	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.		
	Indispensable	27	Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio.		
	Indispensable	28	Proceso que guía la atención de pacientes a quienes se administra anestesia o sedación.		
	Deseable	29	Proceso que guía la atención segura de pacientes con riesgo relacionado a la sangre.		
	Indispensable	30	Definición de criterios de ingreso y alta en servicios especializados.		
	Deseable	31	Estructura y funcionamiento de los servicios de telemedicina.		
Gestión de recursos	Indispensable	1	Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas.		

8

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de recursos	Necesario	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.		
	Indispensable	3	Otorgamiento de privilegios clínicos.		
	Necesario	4	Reclutamiento y selección de personal.		
	Necesario	5	Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.		
	Necesario	6	Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.		
	Necesario	7	Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.		
	Necesario	8	Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.		
	Indispensable	9	Formación del personal médico de primer contacto en servicios de hemodiálisis.		
	Indispensable	10	Formación del personal de enfermería en servicios de hemodiálisis.		
	Indispensable	11	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.		
	Necesario	12	Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.		
	Indispensable	13	Personal con competencias en soporte vital avanzado.		
	Indispensable	14	Programa de salud y seguridad para el personal.		
	Indispensable	15	Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.		
	Deseable	16	Programa académico para recurso humano en formación.		
	Deseable	17	Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.		

9

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de recursos	Necesario	18	Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.		
	Necesario	19	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.		
	Necesario	20	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.		
	Indispensable	21	Coordinación y cumplimiento normativo en los servicios de anestesia y sedación.		
	Indispensable	22	Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos.		
	Indispensable	23	Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos.		
	Deseable	24	Gestión del personal involucrado en la atención médica a distancia.		
	Indispensable	25	Programa para la gestión integral del equipo médico.		
	Deseable	26	Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.		
	Necesario	27	Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.		
	Indispensable	28	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.		
	Necesario	29	Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.		
	Necesario	30	Acceso oportuno a medicamentos no disponibles en el inventario.		
	Necesario	31	Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.		
	Necesario	32	Almacenamiento seguro de medicamentos especiales.		

10

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de recursos	Necesario	33	Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.		
	Necesario	34	Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.		
	Necesario	35	Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.		
	Necesario	36	Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.		
	Deseable	37	Gestión del equipamiento médico y tecnológico para la atención médica a distancia.		
	Deseable	38	Condiciones de infraestructura y mobiliario para la atención médica a distancia.		
Gestión de riesgos	Indispensable	1	Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión.		
	Indispensable	2	Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.		
	Indispensable	3	Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento.		
	Indispensable	4	Protección contra agresiones físicas a los pacientes.		
	Necesario	5	Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.		
	Necesario	6	Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.		
	Deseable	7	Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.		
	Indispensable	8	Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.		

11

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de riesgos	Necesario	9	Programa para el manejo de emergencias externas.		
	Indispensable	10	Programa Hospital Seguro en el establecimiento.		
	Indispensable	11	Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control.		
	Indispensable	12	Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención.		
	Indispensable	13	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos.		
	Indispensable	14	Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso.		
	Necesario	15	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.		
	Necesario	16	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.		
	Necesario	17	Reducción del riesgo de infección mediante el mantenimiento y control de ingeniería de infraestructura crítica.		
	Necesario	18	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los alimentos para la prevención de infecciones.		
	Necesario	19	Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.		
	Necesario	20	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.		
	Necesario	21	Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y		

12

SIN VALIDEZ OFICIAL

			desinfección de instalaciones y medios de transporte.		
	Indispensable	22	Control de la calidad del agua para terapia de hemodiálisis.		
	Necesario	23	Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.		
	Deseable	24	Programa de gestión segura de la sangre.		

EJE: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Valoración	Necesario	1	Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.		
	Necesario	2	Priorización clínica para pacientes en situación de urgencia.		
	Necesario	3	Comunicación de la información en el proceso de admisión.		
	Indispensable	4	Reducción de barreras para el acceso a la atención.		
Valoración	Indispensable	5	Valoración inicial del paciente.		
	Necesario	6	Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	7	Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	8	Valoración del dolor en pacientes.		
	Necesario	9	Valoración del riesgo de lesiones por presión en la piel.		
	Necesario	10	Valoración de los factores de riesgo social.		
	Necesario	11	Valoración del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes hospitalizados.		
	Necesario	12	Valoración nutricional del paciente hospitalizado.		

13

SIN VALIDEZ OFICIAL

Valoración	Necesario	13	Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.		
	Necesario	14	Valoración de factores de riesgo psicológico.		
	Necesario	15	Identificación de la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales durante la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	16	Identificación de pacientes que requieren una planeación temprana del alta hospitalaria.		
	Necesario	17	Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.		
	Necesario	18	Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.		
	Necesario	19	Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.		
	Indispensable	20	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.		
	Necesario	21	Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.		
	Necesario	22	Valoración previa a la administración de sedación.		
	Necesario	23	Valoración preanestésica y preinducción.		
Diagnóstico	Necesario	1	Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.		
	Indispensable	2	Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio.		
	Necesario	3	Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.		
	Necesario	4	Manejo, preparación y entrega de resultados de biopsias transoperatorias.		
	Deseable	5	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.		

14

SIN VALIDEZ OFICIAL

Diagnóstico	Necesario	6	Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	7	Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen.		
	Deseable	8	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.		
Evaluación	Necesario	1	Reevaluación clínica periódica de los pacientes.		
	Indispensable	2	Monitorización clínica de pacientes en terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Indispensable	3	Monitorización del paciente durante la sedación y el periodo de recuperación.		
	Indispensable	4	Monitorización continua del estado fisiológico durante la administración de anestesia.		
	Indispensable	5	Monitorización y alta del paciente en el periodo postanestésico.		
	Indispensable	6	Monitorización clínica continua del paciente durante la atención quirúrgica.		
Intervención o tratamiento	Necesario	1	Planeación individualizada de la atención al paciente.		
	Necesario	2	Participación activa del paciente en los procesos de atención.		
	Necesario	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.		
	Deseable	4	Participación de terceros en el proceso educativo.		
	Necesario	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.		
	Necesario	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.		
	Necesario	7	Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.		
	Necesario	8	Protección de la privacidad del paciente durante la atención.		

15

SIN VALIDEZ OFICIAL

Intervención o tratamiento	Necesario	9	Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.		
	Necesario	10	Documentación de indicaciones clínicas .		
	Necesario	11	Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.		
	Necesario	12	Registro clínico completo para pacientes que reciben atención médica continua.		
	Indispensable	13	Proceso para la obtención del consentimiento informado.		
	Necesario	14	Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.		
	Necesario	15	Obtención del consentimiento informado al ingreso del paciente al establecimiento.		
	Necesario	16	Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.		
	Necesario	17	Obtención del consentimiento informado para anestesia y sedación.		
	Indispensable	18	Información y consentimiento informado para la participación en investigaciones clínicas.		
	Necesario	19	Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.		
	Necesario	20	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.		
	Necesario	21	Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.		
	Necesario	22	Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.		
	Necesario	23	Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.		

16

SIN VALIDEZ OFICIAL

Intervención o tratamiento	Indispensable	24	Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad.		
	Indispensable	25	Prevención de errores en la transcripción de medicamentos.		
	Necesario	26	Conciliación de medicamentos.		
	Necesario	27	Revisión de la idoneidad de la prescripción de medicamentos.		
	Indispensable	28	Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos.		
	Indispensable	29	Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos.		
	Indispensable	30	Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas.		
	Indispensable	31	Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración.		
	Indispensable	32	Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales.		
	Indispensable	33	Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis.		
	Necesario	34	Nutrición a los pacientes acorde a su estado y necesidades clínicas.		
	Necesario	35	Prescripción dialítica en pacientes con terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Necesario	36	Manejo seguro de accesos vasculares.		
	Deseable	37	Colocación segura de catéteres de acceso vascular guiada por ultrasonido.		
	Necesario	38	Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.		
	Necesario	39	Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.		
	Necesario	40	Manejo de pacientes seropositivos para prevenir infecciones cruzadas.		

17

SIN VALIDEZ OFICIAL

Intervención o tratamiento	Indispensable	41	Reprocesamiento seguro de filtros en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.		
	Necesario	42	Planificación y registro de la atención anestésica en el expediente clínico.		
	Necesario	43	Planificación y registro de la atención quirúrgica en el expediente clínico.		
	Indispensable	44	Registro de la nota postquirúrgica en el expediente clínico.		
	Indispensable	45	Planificación y documentación de la atención postoperatoria individualizada.		
	Necesario	46	Práctica clínica segura de la acupuntura.		
Egreso	Necesario	1	Definición del proceso que guía el egreso del paciente.		
	Indispensable	2	Documentación de la nota de egreso.		
Continuidad de la atención	Necesario	1	Identificación del médico responsable de la atención del paciente.		
	Necesario	2	Definición del proceso de interconsulta entre servicios del establecimiento.		
	Indispensable	3	Comunicación estructurada durante las transiciones en la atención.		
	Indispensable	4	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.		
	Necesario	5	Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.		
	Necesario	6	Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.		
	Necesario	7	Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.		
	Deseable	8	Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

Continuidad de la atención	Necesario	9	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico al egreso.		

EJE: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Mejora continua	Necesario	1	Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	2	Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.		
	Necesario	3	Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	4	Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		
	Necesario	5	Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.		
	Necesario	6	Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.		
	Necesario	7	Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.		
	Deseable	8	Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.		
	Deseable	9	Rediseño de procesos clínicos o de gestión mediante herramientas de análisis proactivo.		
	Deseable	10	Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.		
	Necesario	11	Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.		
	Necesario	12	Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.		
	Indispensable	13	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.		

19

SIN VALIDEZ OFICIAL

Mejora continua	Indispensable	14	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.		
	Necesario	15	Análisis epidemiológico para el control de infecciones asociadas a la atención sanitaria.		
	Necesario	16	Análisis sistemático de los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.		
	Deseable	17	Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.		
	Necesario	18	Implementación y consolidación de acciones de mejora.		
	Necesario	19	Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Deseable	20	Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	21	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	22	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio.		
	Necesario	23	Implementación de un programa de control de calidad en los servicios de anestesia y sedación.		
	Deseable	24	Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.		
	Deseable	25	Evaluación institucional de los resultados de la atención médica a distancia.		
Sistema de salud	Deseable	1	Conocimiento y ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).		
	Deseable	2	Certificación del establecimiento como Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del		

20

SIN VALIDEZ OFICIAL

			Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE).		
Sistema de salud	Deseable	3	Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.		
	Deseable	4	Participación y reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.		
	Deseable	5	Implementación de un programa institucional de atención centrada en la persona.		
	Deseable	6	Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 2. GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Salud | CSG

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – Hospitales

1 Recepción

Se debe de contar, al menos, con 1 año de funcionamiento, 6 meses de haber implementado el MOCEBPASS y atender los siguientes **lineamientos:**

A. Contar con los siguientes **documentos:**

- Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
- Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- **4 Documentos firmados**, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en los cuales manifiesta que:
  1. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, administrativas y/o fiscales.
  2. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
  3. El establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
  4. El establecimiento **acepta** ser sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio registrado serán objeto de auditoría y que el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares hasta que concluya el proceso de certificación.
- Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
- Registro de generadores de residuos peligrosos.
- Evidencia de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
- Constancia de situación fiscal.
- Aprobación del registro del contrato de prestación de servicios ante la PROFECO.

B. Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.

C. Datos de contacto de las siguientes personas:

- Titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
- Responsable sanitario del establecimiento.
- Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
- Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
- Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.

D. Datos de operación del establecimiento.

Además de los lineamientos enlistados en los apartados A, B, C y D, deberá requisitar la **autoevaluación** a través del SIMOCE.

2 Registro

El establecimiento que cumpla con el total de los requisitos de la etapa de Recepción, previa validación, recibirá un **folio de su expediente** y continuará con la **Validación Normativa.**

- En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en la Recepción, se le prevendrá **por una sola ocasión** para que, en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención, presente los documentos que le sean requeridos.
- En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

3 Validación normativa

De manera aleatoria, se validarán los avisos y licencias sanitarias, para comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable.

- **Se verificará** que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo CSG, ante los órganos administrativos desconcentrados (COFEPRIS, CONAMED); que cuente con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la PROFECO.
- En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá Constancia de participación en el proceso de Certificación.**
- Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.
- Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solitud y **no** podrá continuar con su proceso de certificación.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses, contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

Salud | CSG

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – Hospitales

4 Preauditoría

La preauditoría se divide en **documental** que se llevará a cabo de manera remota para corroborar de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada previamente y **virtual** en la cual, una de las personas auditoras válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.

Se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que **deberá contar con la infraestructura TIC** que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; cuando alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del secretariado técnico de la comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

La persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoría del Anexo 5, que consisten en:

- Firmar la **carta compromiso (A)** autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría.
- Contar con la **infraestructura tecnológica requerida (B)**.
- Que se encuentre en capacidad para realizar las **pruebas de conectividad previas (C)**.
- Realizar las actividades que le corresponden para el **desarrollo** de la preauditoría **(D)**.

Si el establecimiento no cumple los requisitos, el resultado de las pruebas de conectividad previas determina que no es posible realizar la preauditoría o el establecimiento decide no continuar, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada; las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

5 Auditoría

El establecimiento debe cumplir con lo siguiente:

- Equipo de cómputo con internet
- Dispositivo para escanear
- Impresora y hojas blancas
- Bolígrafo con tinta azul
- Sobres tamaño carta
- Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él)
- Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos

La auditoría es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares, para determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas y puede ser virtual o presencial.

La persona titular de la secretaría técnica la CCEAM notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

6 Dictamen

La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida, emitirá el dictamen que corresponda (procedente o no procedente) y el resultado se hará del conocimiento del EAM a través del SIMOCE.

La vigencia de la certificación será de **tres años.**

7 Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continua cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será **cancelado** y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.

Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse **auditorias aleatorias** durante el mismo periodo de tiempo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 3. LINEAMIENTOS PARA LA REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, (A) DOCUMENTOS, (B) AVISOS Y LICENCIAS SAITARIAS, (C) DATOS DE CONTACTO Y (D) DATOS DE OPERACIÓN

Para iniciar el proceso de Certificación deberá apegarse a los presentes **"Lineamientos para la remisión de documentación en la recepción del proceso de certificación:"**

Para la carga de los archivos deberá atender las siguientes indicaciones:

1. Los archivos deberán ser perfectamente legibles y escaneados directamente del documento original
2. En formato PDF a color
3. Cuando se requiera la firma, esta deberá ser con tinta azul
4. Cuando aplique, deberá resaltar en cada archivo los siguientes datos:
   a. Fechas en color amarillo (incluyendo el término "indeterminado")
   b. Nombre/Razón social en color verde
   c. Nombre de las personas en color naranja

I. A continuación, se enlistan los **documentos** que todo establecimiento **público o social** deberá de cargar en el Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE) para su certificación; asegúrese de que cada uno de los archivos se nombra como se indica al final de la descripción.

A. Documento que acredite la representación legal del establecimiento, el nombre del archivo será el siguiente: **representación_legal**.

B. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), el nombre del archivo será el siguiente: **CLUES**.

C. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, autoridades administrativas y/o autoridades fiscales, el nombre del archivo será el siguiente: **documento_no_sanciones**.

D. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras), el nombre del archivo será el siguiente: **documento_no_procedimientos**.

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que el establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento, el nombre del archivo será el siguiente**: documento_no_remodelación**.

F. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que **acepta** que el establecimiento que sea sometido al proceso del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio que ampara la dirección registrada serán objeto de auditoría; además de que se compromete a mantener o mejorar los estándares alcanzados hasta que concluya el proceso de certificación, el nombre del archivo será el siguiente**: documento_aceptación_auditoría**.

G. Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.), el nombre del archivo será el siguiente**: acreditación_personalidad.**

H. Registro de generadores de residuos peligrosos, el nombre del archivo será el siguiente: **residuos_peligrosos.**

I. Evidencia por parte del establecimiento de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente, el nombre del archivo será el siguiente: **protección_civil**.

II. Los establecimientos **privados** deberán cargar los siguientes documentos:

A. Los documentos enlistados en la fracción I, inciso "A" al inciso "I".
B. Constancia de Situación Fiscal del establecimiento con una vigencia no mayor a 3 meses, el nombre del archivo será el siguiente: **CSF**.
C. Aprobación de registro del contrato de prestación de servicios ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), el nombre del archivo será el siguiente: **contrato_PROFECO.**

En el proceso de certificación únicamente se considerarán documentos en los que coincidan el nombre y la dirección del establecimiento de atención médica que presenta la solicitud, los cuales deberán encontrarse vigentes (no se podrá continuar con el registro si alguno de estos documentos se encuentra en trámite).

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. A continuación, se enlistan los **avisos y las licencias sanitarias**, asegúrese de contar con todas las que amparan las áreas y/o servicios (propios y subrogados) con que cuenta su establecimiento y de que cada uno de los archivos se nombra como se indica al inicio de la descripción, para el caso de documentos emitidos por la autoridad federal, el nombre del documento deberá de iniciar con la letra **"F"**, en el caso de que la emisión haya sido por una autoridad estatal, el nombre del documento deberá iniciar con la letra **"E"**, en ambos casos seguido de la codificación indicada.

A. **_AFyRS_Est** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud).
B. **_LS_Est_actos_Qx/Obs** (Licencia sanitaria para establecimientos en que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos).
C. **_RS_Est_actos_Qx/Obs** (Responsable sanitario del establecimiento en que se practiquen actos quirúrgicos y/u obstétricos).
D. **_AFyRS_Lab_clin** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (laboratorio clínico)).
E. **_LS_Rayos_x** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (rayos X)).
F. **_RS_Rayos_x** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (rayos X)).
G. **_AFyRS_ultrasonido** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (ultrasonido)).
H. **_LS_Med_nuc** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (medicina nuclear)).
I. **_RS_Med_nuc** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (medicina nuclear)).
J. **_LS_Radioterapia** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (radioterapia)).
K. **_RS_Radioterapia** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (radioterapia)).
L. **_LS_Banco_sangre** (Licencia sanitaria para establecimientos de salud con servicios de sangre (banco de sangre)).
M. **_LS_Transfusion** (Licencia sanitaria para establecimientos de salud con servicios de sangre (servicio de transfusión hospitalario)).
N. **_RS_Banco_sangre** (Responsable sanitario del establecimiento de salud con servicios de sangre.
O. **_LS_Far_hosp** Licencia sanitaria de farmacia hospitalaria).
P. **_AFyRS_Far_hosp** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud (modalidad farmacia)).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Q. **_LS_almacen_farmacia** (Licencia sanitaria para almacén de depósito y distribución de medicamentos controlados o productos biológicos para uso humano).
R. **_LS_Hemodiálisis** (Licencia sanitaria para establecimientos en que se presten servicio de hemodiálisis).
S. **_RS_Hemodiálisis** (Responsable sanitario del establecimiento en que se preste servicio de hemodiálisis).
T. **_AFyRS_terapia_fisica_y_otros** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario para consultorios de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje).
U. **_AFyRS_ambulancia** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario por cada ambulancia).
V. **_LS_Ctro_mez** (Licencia sanitaria para establecimiento de insumos para la salud (centros de mezcla para la preparación de mezclas parenterales nutricionales y medicamentosas)).
W. **_RS_Ctro_mez** (Responsable sanitario del centro de mezclas).
X. **_LS_Ext/ana/con_org_tej_cel** (Licencia sanitaria para establecimientos de salud con servicio de extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células).
Y. **_RS_Ext/ana/con_org_tej_cel** (Responsable sanitario del establecimiento de salud con servicio de extracción, análisis, conservación, preparación y suministro de órganos, tejidos y células).
Z. **_RS_Tras_org_tej_cel** (Responsable sanitario del establecimiento de salud con servicio de trasplantes de órganos, tejidos y células).
AA. **_LS_Tras_org_tej_cel** (Licencia sanitaria para establecimientos de salud con servicio de trasplantes de órganos, tejidos y células).
BB. **_LS_Ctro_cel_tron** (Licencia sanitaria para establecimientos de salud con disposición de células troncales (centro de colecta de células troncales)).
CC. **_RS_Dis_cel_troncales** (Responsable sanitario del establecimiento de salud con disposición de células troncales).
DD. **_LS_Med_reg** (Licencia sanitaria para establecimientos de medicina regenerativa).
EE. **_RS_Med_reg** (Responsable sanitario del establecimiento de medicina regenerativa).
FF. **_Otros** (Avisos y/o Licencias sanitarias que no se encuentren descritas previamente).

Nota: los avisos y/o licencias sanitarias que terminen su vigencia en los 9 meses siguientes a la presente fecha deberán notificarlo y comprometerse a iniciar su trámite de renovación de manera inmediata en cuanto venza el documento respectivo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. Datos de contacto de las siguientes personas **(si una misma persona desempeña dos cargos repita la información en los dos apartados):**

A. Titular de la dirección, apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

B. Responsable sanitario del establecimiento

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

C. Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

D. Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

E. Correo electrónico institucional para recibir notificaciones

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. Datos de operación del establecimiento, divididos en los siguientes 6 apartados: identificación, características, infraestructura, personal, atención médica y comités, asegúrese de contar con toda la información que le aplique a su establecimiento.

A. Identificación del establecimiento

a. Con base en el **Anexo 4. Guía para la elección del Manual del MOCEBPASS**, identifique cual es el Manual que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

b. Datos de registro del establecimiento de atención médica

1. Tipo de establecimiento
2. Nombre comercial
3. Razón Social
4. Registro Federal de Contribuyentes
5. Fecha de inicio de funcionamiento
6. Fecha de inicio de implementación del MOCEBPASS
7. Domicilio
   - i. Tipo de vialidad:
   - ii. Nombre de la vialidad:
   - iii. Número exterior:
   - iv. Número interior:
   - v. Colonia:
   - vi. Tipo de localidad:
   - vii. Nombre de la localidad:
   - viii. Nombre del municipio o alcaldía:
   - ix. Nombre de la entidad federativa:
   - x. Código Postal:

c. Sector al que pertenece

1. Público (IMSS-Bienestar/Institutos Nacionales de Salud/Hospitales de Alta Especialidad/Secretaría de Salud/etc.)
2. Social (IMSS/ISSSTE/PEMEX/Defensa/Marina/etc.)
3. Privado
   - i. No lucrativo
   - ii. Persona moral
   - iii. Pertenece a un corporativo
     - No
     - Si, Nombre y número de unidades

SIN VALIDEZ OFICIAL

4. ¿Existe una persona responsable a nivel central para el seguimiento de los procesos de certificación?
   - No
   - Si, datos de contacto (nombre y correo)

5. ¿El establecimiento cuenta con alguna certificación previa por parte del Consejo de Salubridad General?
   - No
   - Si, vigencia de su último certificado

6. ¿Algún personal de su establecimiento ha participado en algún curso o taller organizado por el Consejo de Salubridad General?
   - No
   - Si, especifique nombre, fecha y sede

B. Características

a. Subclasificación del establecimiento (por ejemplo, materno infantil, pediátrico, etc.)
b. Nivel de atención que proporciona
c. Días en que el establecimiento presta atención
d. Horario en que el establecimiento presta atención
e. Distribución de turnos
f. ¿El establecimiento cuenta con personal clínico y/o no clínico en formación?

En caso de que cuente con personal **clínico** en formación, ¿Cuenta con la Opinión Técnico Académica favorable y vigente por parte de la CIFRHS de cada uno de los planes de estudio de este personal?
- No
- Si, suba el documento

g. ¿En el establecimiento se realiza investigación clínica?
- No
- Si, ¿Cuenta con registro vigente ante la COFEPRIS de su comité de investigación?
  - No
  - Si, suba el documento

- ¿Cuenta con registro vigente ante la CONBIOETICA de su comité de ética en investigación?
  - No
  - Si, suba el documento

7

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. Infraestructura instalada

a. Servicios y recursos

1. Número total de metros cuadrados de la superficie
2. Número total de metros cuadrados de construcción
3. ¿Dispone de red municipal de agua?
4. ¿Dispone de pozo de agua?
5. ¿Dispone de cisterna de agua?
6. ¿Dispone de otra fuente de abastecimiento de agua?
7. ¿Cuenta con drenaje?
8. ¿Cuenta con planta de emergencia de energía eléctrica?
9. ¿Cuenta con tierra física?
10. ¿Cuenta con paneles solares (sistema de generación de energía)?
11. ¿Cuenta con pararrayos?
12. ¿Cuenta con servicio de gas (tanque estacionario, natural, otro)?
13. ¿Cuenta con internet?
14. ¿Cuenta con sistema de telemedicina?
15. ¿Cuenta con expediente clínico electrónico?
    - No
    - Si, nombre del expediente clínico electrónico
16. ¿Cuenta con área de consulta externa?
17. ¿Cuenta con área de hospitalización?
18. ¿Cuenta con área de urgencias?
19. ¿Cuenta con unidad quirúrgica?
20. ¿Cuenta con área de tocología y tococirugía?
21. ¿Cuenta con unidad de cirugía ambulatoria?
22. ¿Cuenta con unidad de cuidados intensivos?
23. ¿Cuenta con unidad de cuidados intensivos neonatales?
24. ¿Cuenta con unidad de cuidados coronarios?
25. ¿Cuenta con área de medicina física y rehabilitación?
26. ¿Cuenta con servicio de acupuntura?
27. ¿Cuenta con sala de hemodiálisis?
28. ¿Cuenta con área de radioterapia (incluye teleterapia y braquiterapia)?
29. ¿Cuenta con área de quimioterapia?
30. ¿Cuenta con laboratorio clínico?
31. ¿Cuenta con laboratorio de anatomía patológica?
32. ¿Cuenta con banco de sangre?
33. ¿Cuenta con área de imagenología (incluye rayos x, resonancia magnética, tomografía, ultrasonografía)?

8

SIN VALIDEZ OFICIAL

34. ¿Cuenta con sala de hemodinamia?
35. Número de quirófanos
36. Número de salas de expulsión
37. Número de salas de curaciones
38. Número de ambulancias
39. Aplica procedimientos anestésicos (anestesia general, anestesia regional, sedación, etc.) en área periféricas (fuera de quirófanos)
    - No
    - Si, especifique

b. Consultorios

1. Número total de consultorios
2. Número de consultorios de medicina general y familiar
3. Número de consultorios de alergología
4. Número de consultorios de oftalmología
5. Número de consultorios de ortopedia
6. Número de consultorios de otorrinolaringología
7. Número de consultorios de otras especialidades
8. Número de consultorios de estomatología
9. Número de consultorios en área de urgencias
10. Número de consultorios de valoración

c. Camas

1. Número total de camas en el establecimiento
2. Número de camas en área de hospitalización (especificar cuantas son para aislados)
3. Número de camas en otras áreas (no se considera hospitalización)
4. Número de camas/camillas en recuperación postquirúrgica (incluye cirugía ambulatoria)
5. Número de camas en la unidad de cuidados intensivos (incluye pediátricas y de adulto)
6. Número de camas en la unidad de cuidados coronarios
7. Número de camas en la unidad de trasplante de médula ósea
8. Número de camas en el área de urgencias
9. Número de salas de expulsión
10. Número de cunas para recién nacido sano (incluye tocología, neonatología y cuneros)
11. Número de cunas de calor radiante

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Equipamiento

1. Número de aceleradores lineales
2. Número de cámaras hiperbáricas
3. Número de equipos de rayos x fijos
4. Número de equipos de rayos x móviles
5. Número de equipos de tomografía computada
6. Número de mastógrafos (incluye analógicos y digitales)
7. Número de equipos de resonancia magnética
8. Número de equipos PET-CT
9. Número de equipos SPECT-CT
10. Número de ultrasonidos
11. Número de máquinas de hemodiálisis (incluye con ósmosis inversa y pediátrica)
12. Número de sistemas de endoscopía para cirugía asistida por robot
13. Número de torres de video para endoscopia alta
14. Número de torres de video para endoscopia baja
15. Algún otro aspecto de infraestructura que considere importante mencionar

D. Personal

a. Médicos especialistas, generales y odontólogos

1. Número de médicos especialistas
2. Número de médicos generales
3. Número de odontólogos

b. Personal de enfermería

1. Número de personal de enfermería especialista
2. Número de personal de enfermería general
3. Número de personal de enfermería auxiliar

c. Número de personal profesional de la salud de otras áreas (Q.F.B., trabajo social, nutrición, ingenieros biomédicos, psicólogos, etc.)

d. Número de personal profesional técnico de la salud (técnico en odontología, dietista, laboratorista, de electrocardiografía, etc.)

10

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Personal del área de la salud en formación

1. Número de médicos residentes
2. Número de internos de pregrado
3. Número de pasantes de medicina
4. Número de pasantes de odontología
5. Número de personal de enfermería pasante
6. Otros

f. Total de otro personal (administrativo, mantenimiento, lavandería, etc.)

E. Atención médica

a. Número de atenciones médicas otorgadas en el último año
b. Promedio de días de estancia
c. Porcentaje de ocupación del establecimiento
d. Registro de los 10 diagnósticos más comunes

Diagnóstico	Cantidad	CIE-10

SIN VALIDEZ OFICIAL

e. Registro de los 10 procedimientos más comunes

Procedimiento	Cantidad	CIE-9-MC

F. Comités

A continuación, se enlistan los comités, asegúrese de contar con fecha de instalación, vigencia y registro ante la autoridad respectiva, en los casos que aplique, de los comités que se encuentren instalados en su establecimiento:

a. Comité de investigación
b. Comité de ética en investigación
c. Comité hospitalario de bioética
d. Comité de bioseguridad
e. Comité de medicina transfusional
f. Comité interno de coordinación para la donación de órganos y tejidos
g. Comité interno de trasplantes
h. Comité de calidad y seguridad del paciente
i. Comité del expediente clínico
j. Comité para la detección y control de las IAAS
k. Subcomité para la optimización del uso de antimicrobianos
l. Comité de mortalidad hospitalaria
m. Comité de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal
n. Comité de farmacia y terapéutica
o. Comité de farmacovigilancia
p. Comité de tecnovigilancia
q. Comité de prevención, seguridad y atención médica en casos de desastre
r. Comité de enseñanza y capacitación
s. Otro (algún comité que no se encuentren descrito previamente)

12

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 4. GUÍA PARA LA ELECCIÓN DEL MANUAL DEL MOCEBPASS

Con base en la definición y los ejemplos que se muestran a continuación, identifique cual es el Manual del MOCEBPASS que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

Manual del MOCEBPASS	Definición	Ejemplos
Hospital	Establecimiento que tenga como finalidad la atención de usuarios que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.	Clínicas, sanatorios, hospitales generales, de segundo nivel, de tercer nivel e institutos, hospitales especializados (materno-infantil, oncológico, etc.), entre otros.
Unidad de hemodiálisis	Establecimiento **NO ligado** a un hospital dedicado al tratamiento de pacientes que requieren hemodiálisis.	Clínicas de extramuros, unidades independientes.
1er. nivel de atención	Establecimiento **NO ligado** a un hospital que otorga atención medica general o especializada, que realiza acciones de prevención y promoción a la salud, así como detección temprana y seguimiento de enfermedades, que se sujeten a la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica.	Unidades médicas familiares y de consulta externa, centros de salud, clínicas de atención primaria, consultorios médicos de medicina general o familiar, de especialidades, de acupuntura, de estomatología, de homeopatía, de medicina preventiva, de nutriología, de optometría, de psicología, incluidos los consultorios adyacentes a farmacias y los ubicados en cadenas comerciales, entre otros.
Unidad de atención ambulatoria	Establecimiento que otorga atención medica continua, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados, pudiendo realizar procedimientos quirúrgicos que no requieran de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y que el paciente pueda ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir de su ingreso.	Centros de cirugía ambulatoria, centros oncológicos, centros de procedimientos especializados, establecimientos con licencia de actos quirúrgicos para cirugía de corta estancia, entre otros.

1

Salud | CSG
Proceso de certificación
Guía para la elección del Manual del MOCEBPASS

Unidad de diagnóstico y tratamiento	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea complementar el diagnóstico clínico, la evaluación terapéutica o el seguimiento a los pacientes.	Gabinetes de laboratorios de análisis clínicos, de patología clínica y/o bancos de sangre, gabinetes de imagenología (rayos X, tomografía, resonancia magnética y/o ultrasonido), unidades de endoscopía, entre otros.
Unidad de rehabilitación	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea proporcionar un conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.	Clínicas externas especializadas, clínicas de fisioterapia, de terapia ocupacional y/o psicosocial, unidades básica de rehabilitación, unidades de medicina del deporte, entre otras.
Unidad de salud mental y adicciones	Establecimiento cuya finalidad sea ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.	Hospitales psiquiátricos, centros de día, hogares protegidos, hospitales de día, villas de transición hospitalaria, unidades de atención a la salud mental, centros comunitarios de salud mental y adicciones, centros para la prevención y tratamiento en adicciones, entre otros.
Unidad móvil	Establecimiento **móvil** para la atención médica, ya sea aéreos, marítimos o terrestres, destinados a realizar una o más de las actividades enunciadas para los EAM descritos previamente.	Caravanas, quirófanos móviles, unidades médicas móviles, unidades de promoción a la salud, ambulancias de cuidados intensivos y de urgencias, entre otras.
Establecimiento que presta atención domiciliaria	Establecimiento que presta servicios de salud proporcionados en el hogar del paciente, incluyendo cuidados paliativos y atención a poblaciones vulnerables.	Clínicas de servicios médicos a domicilio, servicios de atención geriátrica domiciliaria, establecimientos de cuidados paliativos domiciliarios, programas de cuidado infantil vulnerable, empresas de atención médica y/o de enfermería domiciliaria, entre otras.

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 5. REQUISITOS DE PREAUDITORÍA

Carta compromiso para otorgar las facilidades y cubrir los gastos por concepto de preauditoría y/o auditoría para el proceso de certificación del establecimiento de atención médica con razón social_____ y folio_____.

Yo _____(nombre), que actualmente me desempeño como _____ (cargo), me comprometo a otorgar las siguientes facilidades y recursos a fin de llevar a cabo de manera adecuada el proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General:

I. Preauditoría:

A. Firmar la presente **carta compromiso**.
B. Contar con la **infraestructura tecnológica** descrita en el apartado B de este anexo.
C. Realizar las **pruebas de conectividad previas** descritas en el apartado C de este anexo.
D. Realizar las actividades para el **desarrollo** de la preauditoría descritas en el apartado D de este anexo.

II. Auditoría:

A. Cubrir los gastos de transporte (aéreo y/o terrestre), hospedaje individual y de alimentación de las personas auditoras designadas para llevar a cabo el proceso de auditoría del establecimiento de atención médica.
B. Gestionar y realizar el traslado de las personas auditoras durante toda la estancia.
C. Destinar un área exclusiva y privada dentro del establecimiento para que el equipo de auditores cuente con lo siguiente:
   a. Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
   b. Dispositivo para escanear documentos en formato PDF.
   c. Impresora y, al menos, 50 hojas blancas tamaño carta.
   d. Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
   e. Acceso a internet inalámbrico (**en caso de contar con él**).
   f. Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos que manifestó al presentar su solicitud.

Atentamente

_____

Firma la persona que legalmente representa al establecimiento de atención médica que autoriza se lleve a cabo la preauditoría y/o auditoría del proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. El establecimiento supervisará que se cuente con la siguiente **infraestructura tecnológica** para realizar la preauditoría:

A. Cuenta de correo institucional.
B. Conexión a Internet.
C. Internet de 1 Mbps por cada equipo conectado.
D. Se recomienda utilizar la combinación de redes fijas, Wi-Fi de banda ancha, redes móviles de celular o tipo de BAM (Banda Ancha Móvil) de acuerdo a las posibilidades del establecimiento.
E. Sala de juntas que permita la interacción de las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento.
F. Dispositivos de apoyo para recorridos.
G. Teléfonos celulares con red móvil, Wi-Fi y cámaras para enfocar documentos y lugares de difícil acceso durante los recorridos con transmisión de video, audio y datos.
H. Audífonos o manos libres alámbricos o inalámbricos para los recorridos a las áreas donde existe ruido que dificulta la comunicación.
I. Equipo de cómputo portátil tipo Laptop o tableta para transmitir video con audio, presentaciones o documentos.
J. Acceso a la plataforma de videoconferencia que indique el Consejo de Salubridad General, la cual deberá estar disponible en, al menos, cinco equipos.

   En caso de que el establecimiento no pueda utilizar la plataforma indicada por el Consejo, deberá informar de las opciones disponibles y con características similares que puede utilizar, haciéndose responsable de los mecanismos de seguridad, así como de programar y ejecutar todo el proceso con base en la agenda, debiendo garantizar:

   a. La comunicación sin interrupciones por videoconferencia.
   b. La transferencia de información con seguridad y confidencialidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. Se programarán **pruebas de conectividad previas** por lo menos una semana antes de la fecha informada para la realización de la preauditoría, la cual será realizada por una de las personas auditoras.

Los motivos por los cuales se podrá suspender la preauditoría son:

A. Que el establecimiento considere que no cumple con los requisitos.
B. Que el resultado de la prueba preliminar determine que no es posible realizar el proceso de preauditoría remota.
C. Que el propio establecimiento decida no continuar con la preauditoría programada.

En cualquiera de estos casos ya no se realizará la preauditoría y la participación del establecimiento en el proceso de certificación quedará cancelada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. Para el desarrollo de la preauditoría

A. La persona titular de la Presidencia de la CCEAM:

a. Informará de manera oficial mediante un comunicado el número de personas auditoras y la duración.
b. Definirá y proporcionará el ingreso a la plataforma, liga y claves de acceso.

B. El establecimiento deberá:

a. Enviar al correo electrónico cceam@csg.gob.mx el listado de las personas que participarán en la preauditoría las cuales serán dirigidas por 1 de las 4 personas del establecimiento que ingresaron sus datos durante la recepción.
b. Preparar al personal que participará en los recorridos para realizar la preauditoría virtual y garantizar su presencia durante toda esta etapa.
c. Preparar al personal de apoyo técnico, con experiencia en el uso y manejo de las TIC que se aplicarán en el proceso de preauditoría.
d. Preparar las evidencias del cumplimiento de los procesos.

C. Durante la preauditoría

a. Deberá estar presente una persona por parte de CSG que fungirá como acompañante o guía del proceso para asegurar que el desarrollo del mismo se realiza de manera adecuada.
b. Las personas auditoras podrán abordar al personal operativo y/o dueños de los procesos para verificar el cumplimiento de los estándares definidos por el establecimiento.
c. En caso de fallas técnicas (energía eléctrica, internet, fallo de equipo, etc.), las personas auditoras en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento establecerán las alternativas de comunicación para mantener la continuidad de la preauditoría.
d. Las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento identificarán las situaciones que pueden llevar a la suspensión de la preauditoría, notificando inmediatamente a la persona titular de la Presidencia de la CCEAM.
e. Al final de la preauditoría las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento integrarán el reporte respectivo mediante la plataforma.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobierno de México | Salud Secretaría de Salud | CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SIN VALIDEZ OFICIAL

Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para

1er. Nivel de Atención

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobierno de México | Salud Secretaría de Salud | CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para 1er. Nivel de Atención

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido de este documento, siempre que se cite la fuente conforme a la siguiente referencia:

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica. *Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para 1er. Nivel de Atención*. 1a. Edición. Ciudad de México, México, 2025.

CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

Presidente del Consejo de Salubridad General
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

Secretaria del Consejo de Salubridad General
Dra. Patricia Elena Clark Peralta

Vocales Titulares:
Secretaría de la Defensa Nacional
Secretaría de Marina
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría del Bienestar
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Servicios de Salud del Instituto Mexicano de Seguro Social para el Bienestar
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Petróleos Mexicanos
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ÍNDICE

I. PRÓLOGO 6

II. MARCO JURÍDICO 7

III. ABREVIATURAS 13

IV. INTRODUCCIÓN 15
A. PROPÓSITO DEL MANUAL 15
B. ALCANCE DEL MANUAL 15
C. ENFOQUE DE AUDITORÍA Y NIVELES DE MADUREZ 15
D. EJES ESTRUCTURALES Y ESTÁNDARES 16
E. CRITERIOS DE AUDITORÍA 18
F. DISTINCIONES POR BUENAS PRÁCTICAS CON IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD 20

V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN 22
A. RECEPCIÓN 22
B. REGISTRO 24
C. VALIDACIÓN NORMATIVA 25
D. PREAUDITORÍA 26
E. AUDITORÍA 28
F. DICTAMEN 29
G. SEGUIMIENTO 30
H. SITUACIONES NO PREVISTAS 30

VI. EJE ESTRUCTURAL: LIDERAZGO Y GOBERNANZA 31
A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN 33
B. GOBERNANZA INSTITUCIONAL 41
C. TRANSPARENCIA 56
D. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL 62

VII. EJE ESTRUCTURAL: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN 78
A. GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN INSTITUCIONAL 80
B. GESTIÓN DOCUMENTAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN 93
C. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN 102
D. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN 107

VIII. EJE ESTRUCTURAL: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS 117
A. PLANEACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROCESOS 121
B. GESTIÓN DE RECURSOS 185
C. GESTIÓN DE RIESGOS 244

IX. EJE ESTRUCTURAL: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO 283
A. VALORACIÓN 286
B. DIAGNÓSTICO 313
C. EVALUACIÓN 323
D. INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO 324
E. EGRESO 377

SIN VALIDEZ OFICIAL

F. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN 379

X. EJE ESTRUCTURAL: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD 391
A. MEJORA CONTINUA 393
B. SISTEMA DE SALUD 429

XI. DEFINICIONES OPERATIVAS 440

XII. HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN 463
A. ANTECEDENTES 463
B. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN 466
C. SOBRE LA PORTADA DEL MANUAL DEL MOCEBPASS 466
D. MODELO DE MEJORA CONTINUA (PHVA) 467

XIII. AUTORES 468

XIV. BIBLIOGRAFÍA 471

XV. ANEXOS 473
ANEXO 1. AUTOEVALUACIÓN 473
ANEXO 2. GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN 497
ANEXO 3. LINEAMIENTOS PARA LA REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, (A) DOCUMENTOS, (B) AVISOS Y LICENCIAS SANITARIAS, (C) DATOS DE CONTACTO y (D) DATOS DE OPERACIÓN. 499
ANEXO 4. GUÍA PARA LA ELECCIÓN DEL MANUAL DEL MOCEBPASS 511
ANEXO 5. REQUISITOS DE PREAUDITORÍA 512

SIN VALIDEZ OFICIAL

I. PRÓLOGO

El Proceso de Certificación a lo largo de 25 años ha tenido una participación relevante de instituciones públicas, sociales y privadas; con cambios importantes en los procesos, siempre tomando de base las mejores prácticas documentales de procesos o de resultados que permitan guiar a las instituciones hacia la excelencia.

Desde la primera edición, con la creación del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM), pasando por la homologación con los estándares de Joint Commission International (JCI) en 2009 y posteriormente con la fusión del proceso de acreditación que creó el Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC), hasta la fecha se logró la certificación de 2,179 establecimientos y se condicionó una oportunidad para tomar buenas prácticas no solo de los modelos, sino también de lo publicado a nivel mundial.

El Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud (MOCEBPASS) es el resultado de la participación de instituciones públicas, sociales y privadas que tienen en su vida diaria buenas prácticas implementadas y replicables a nivel nacional; de aquellas que cada modelo ha heredado y como proceso de mejora continua del mismo modelo.

Esperamos desde el Consejo de Salubridad General que aquellas instituciones que no puedan inscribirse de inmediato, les sirva para mejorar la atención médica de los pacientes que reciben en sus instalaciones.

Dra. Patricia Clark

SIN VALIDEZ OFICIAL

II. MARCO JURÍDICO

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917 y sus reformas.

LEYES

- Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de febrero de 1984 y sus reformas.
- Ley Federal de Procedimiento Administrativo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de agosto de 1994 y sus reformas.
- Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2025 y sus reformas.
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de marzo de 2025 y sus reformas.
- Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011 y sus reformas.

REGLAMENTOS

- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986, y sus reformas.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 27 de febrero de 2025 y sus reformas.
- REGLAMENTO Interior del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de diciembre de 2023 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 de enero de 1987 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 26 de marzo de 2014 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de febrero de 1985 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de abril de 2004 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus reformas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- REGLAMENTO de la Ley General para la Prevención y Gestión Integral de los Residuos, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2006 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley Federal de Protección al Consumidor, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 diciembre de 2019 y sus reformas.
- REGLAMENTO de la Ley General de Protección Civil, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de mayo 2014 y sus reformas.

ACUERDOS

- ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 08 de septiembre de 2017, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 06 junio 2023 y sus actualizaciones.
- ACUERDO por el que se crea la Comisión lnterinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de octubre de 1983 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se establece el Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 05 de septiembre de 2012 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional por la Calidad en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de diciembre de 2007 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se crea el Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008 y sus reformas.
- ACUERDO por el que se establece el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud publicado en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 2025.

NORMAS

- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 25 de septiembre de 2025.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-002-STPS-2010, Condiciones de seguridad-Prevención y protección contra incendios en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de diciembre de 2010 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-003-SSA3-2010, Para la práctica de la hemodiálisis, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de julio 2010 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de julio de 2020 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de marzo de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 27 de marzo de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-010-STPS-2014, Agentes químicos contaminantes del ambiente laboral-Reconocimiento, evaluación y control, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de abril de 2014 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA-2023, Para la atención médica integral a personas con discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de mayo de 2023 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 08 de enero de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de febrero de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-017-STPS-2024, Equipo de protección personal-Selección, uso y manejo en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de marzo de 2025 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-018-STPS-2015, Sistema armonizado para la identificación y comunicación de peligros y riesgos por sustancias químicas peligrosas en los centros de trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de octubre de 2015 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-STPS-2011: Constitución de comisiones de seguridad e higiene, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 13 de abril de 2011 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA3-2013, Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de septiembre de 2015 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-026-SSA3-2012, Para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 07 de agosto de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud, Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica, publicada en el Diario Oficial de la Federación 4 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009: Servicios preventivos de seguridad y salud en el trabajo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 22 de diciembre de 2009 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de septiembre de 2013 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-033-SSA3-2022, Educación en salud. Criterios para la utilización de los establecimientos para la atención médica como campos clínicos para ciclos clínicos e internado de pregrado de la licenciatura en medicina, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de junio de 2022 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-STPS-2018, Factores de riesgo psicosocial en el trabajo-Identificación, análisis y prevención, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de octubre de 2018 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de noviembre de 2012 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-1-STPS-2018, Factores de riesgo ergonómico en el Trabajo-Identificación, análisis, prevención y control. Parte 1: Manejo manual de cargas, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 23 de noviembre de 2018 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de septiembre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-037-SSA3-2016, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios de anatomía patológica, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 21 de febrero de 2017 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-039-SSA-2023, En materia de Certificación de la Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 02 de febrero de 2024 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 20 de noviembre de 2009 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de febrero de 2003 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-137-SSA1-2008, Etiquetado de dispositivos médicos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 12 de diciembre de 2008 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-220-SSA1-2016, Instalación y operación de la farmacovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 19 de julio de 2017 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-229-SSA1-2002, Salud ambiental. Requisitos técnicos para las instalaciones, responsabilidades sanitarias, especificaciones técnicas para los equipos y protección radiológica en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de septiembre de 2006 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-240-SSA1-2012, Instalación y operación de la tecnovigilancia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de octubre de 2012 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-249-SSA1-2010, Mezclas estériles: nutricionales y medicamentosas, e instalaciones para su preparación, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 04 de marzo 2011 y sus actualizaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- NORMA Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 01 de marzo de 2010 y sus actualizaciones.
- NORMA Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 26 de octubre de 2012 y sus actualizaciones.

OTRAS

- Manual para la implementación de los paquetes de acciones para prevenir y vigilar las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS), publicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2019 y sus actualizaciones.
- Programa Hospital Seguro, publicado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en 2016 y sus actualizaciones.
- Lineamientos Técnicos Operativos del Comité de Calidad y Seguridad En El Paciente (COCASEP), emitidos por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, en la Ciudad de México, México, 2022.
- Instrucción 197/2009 Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC), SI Calidad, emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Modelo de Gestión de la Calidad en Salud. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- Sistema Unificado de Gestión, emitido por la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.
- AVISO por el que se dan a conocer las ligas electrónicas para consulta de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs), publicado en el Diario Oficial de la Federación el 03 de julio de 2025.
- Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias con consultorio adyacente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. ABREVIATURAS

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
ACR	Análisis de Causa Raíz
AESP	Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente
AMD	Atención Médica a Distancia
ARCO	Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición
CCEAM	Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica
CCINSHAE	Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad
CDC	Centros para el Control y Prevención de Enfermedades
CEDis	Certificados Electrónicos de Discapacidad
CEVADECE	Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad
CIFRHS	Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud
CLUES	Clave Única de Establecimientos en Salud
CNFV	Centro Nacional de Farmacovigilancia
COCASEP	Comité de Calidad y Seguridad del Paciente
COFEPRIS	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
CONAMED	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
CSG	Consejo de Salubridad General
CUNCEEC	Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad
DGCES	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
EAM	Establecimiento de Atención Médica
ECE	Expediente Clínico Electrónico
EPNI	Establecimientos de Primer Nivel Independientes
EPP	Equipo de Protección Personal
ESAVI	Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización
HDS	Hojas de Datos de Seguridad
IAAS	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
ISMP	Institute for Safe Medication Practices
ISQua	International Society for Quality in Health Care
JCI	Joint Commission International
LASA	Medicamentos con aspecto o nombre parecido (Look-Alike /Sound-Alike)

SIN VALIDEZ OFICIAL

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
mHGAP	Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental
MOCEBPASS	Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud
MTBF	Tiempo medio entre fallas
MUEC	Modelo Único de Evaluación de la Calidad
NAFTA	North American Free Trade Agreement
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PBM	Patient Blood Management
PHVA	Planear – Hacer – Verificar – Actuar
PDSA	Planear – Hacer – Estudiar – Actuar
PNCS	Premio Nacional de Calidad en Salud
PNC	Premio Nacional de Calidad
PNO	Procedimiento Normalizado de Operación
PRN	Por Razón Necesaria
PROFECO	Procuraduría Federal del Consumidor
PROMIS	Sistema de Información de Medición de Resultados Reportados por el Paciente
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
PRONAMs	Protocolos Nacionales de Atención Médica
PVM	Previa Valoración Médica
RAM	Reacción Adversa a Medicamento
RCP	Reanimación Cardiopulmonar
SAER	Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación
SE	Secretaria de Economía
SEP	Secretaría de Educación Pública
SIDIS	Subsistema de Información sobre Discapacidad
SIMOCE	Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización
SiNaCEAM	Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica
SRAM	Sospechas de Reacción Adversa a Medicamento
SVB	Soporte Vital Básico
TFS	Tiempo fuera de servicio
TIC	Tecnologías de la Información y Comunicaciones

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. INTRODUCCIÓN

A. PROPÓSITO DEL MANUAL

La certificación representa un reconocimiento formal de que un Establecimiento de Atención Médica (EAM) cumple con criterios previamente definidos, validados y alineados con mejores prácticas nacionales e internacionales. Promueve una cultura de la organización centrada en las personas, en la gestión de riesgos, en la información basada en evidencia, en la búsqueda de resultados y en la corresponsabilidad de todos los actores del sistema de salud.

El presente Manual tiene como finalidad establecer los principios, lineamientos y requisitos que rigen el proceso de certificación que otorga el Consejo de Salubridad General (CSG), a los EAM de 1er Nivel de Atención; mismos que en lo sucesivo se les referirá como establecimiento.

B. ALCANCE DEL MANUAL

Este Manual está dirigido a todos los EAM que proporcionen servicios de 1er Nivel de Atención de forma independiente a un hospital, que no cuenten con áreas de hospitalización ni servicios de infusiones, que requieren y que deseen acceder al proceso de certificación del CSG, sin distinción de su tamaño, complejidad, carácter público, social o privado y excluye aquellas que están dentro o adyacentes a otro EAM.

Dentro de este Manual se reconocen también a los Establecimientos de Primer Nivel Independientes (EPNI**)**. Los estándares aplicables para este tipo de establecimientos están identificados mediante una señal visual (Ver Imagen A) que delimita su aplicabilidad y alcance.

C. ENFOQUE DE AUDITORÍA Y NIVELES DE MADUREZ

El MOCEBPASS opera bajo un esquema de auditoría, que reconoce las distintas etapas de desarrollo institucional y promueve la mejora continua de los EAM. Este enfoque no sólo verifica el cumplimiento de requisitos normativos, sino que valora la madurez de la organización a través de un análisis integral y estructurado de sus procesos, resultados y cultura institucional.

a. Niveles de Madurez del MOCEBPASS

El modelo establece dos niveles de madurez que permiten clasificar el grado de avance de los establecimientos hacia la mejora:

SIN VALIDEZ OFICIAL

1. Nivel Básico
   i. Representa el cumplimiento de los requisitos mínimos indispensables, legales y regulatorios, establecidos por las autoridades competentes.
   ii. Denota la implementación de prácticas que favorezcan la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la gestión eficiente de los recursos.
   iii. Refleja el compromiso inicial con la formalización de procesos, la trazabilidad documental y el desarrollo de capacidades básicas para la mejora continua.

2. Nivel Avanzado
   i. Se enfoca en la consolidación de una cultura de la organización orientada a la excelencia, con prácticas institucionalizadas, sistemáticas y sostenibles.
   ii. Acredita la innovación, el uso efectivo de tecnologías, la gestión basada en evidencia, y la alineación de los objetivos de la organización con políticas públicas de salud.
   iii. Requiere demostrar resultados sostenibles en el tiempo, impacto en la población atendida, y mecanismos maduros de participación, evaluación y rendición de cuentas.

D. EJES ESTRUCTURALES Y ESTÁNDARES

Los estándares del MOCEBPASS para los establecimientos se agrupan en cinco ejes estructurales, los cuales representan los pilares para el funcionamiento, la gestión y la mejora continua de los mismos. Los ejes estructurales del modelo son:

Eje 1. Liderazgo y gobernanza
Eje 2. Administración de la información
Eje 3. Planificación y gestión de recursos
Eje 4. Atención clínica y de apoyo
Eje 5. Mejora continua y sistema de salud

Dentro de los ejes estructurales existen componentes y estos agrupan a los estándares de acuerdo con la siguiente tabla:

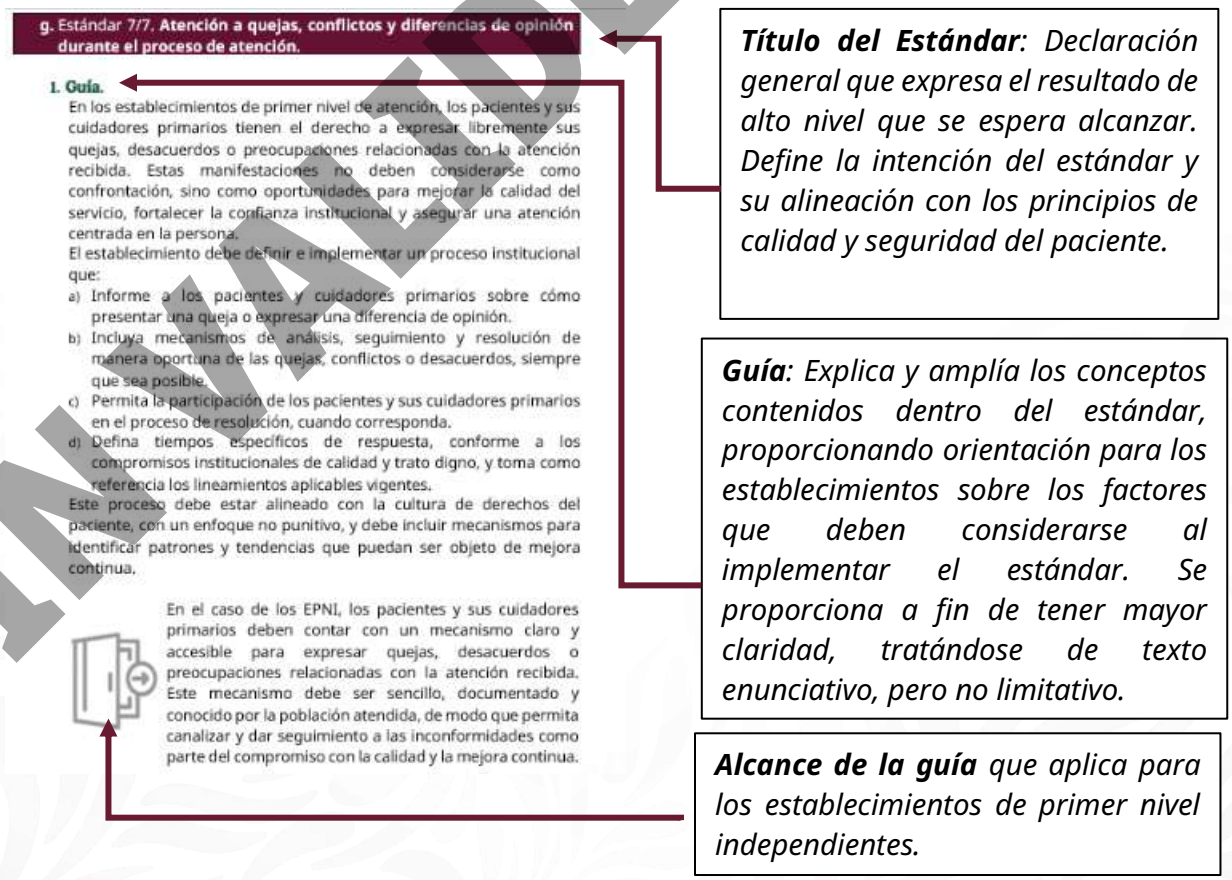
Eje estructural	Componente	Estándares
Liderazgo y gobernanza	A. Compromiso de la alta dirección	4
	B. Gobernanza institucional	11
	C. Transparencia	4
	D. Participación y comunicación institucional	7

SIN VALIDEZ OFICIAL

Administración de la información	A. Gestión de datos e información institucional	9
	B. Gestión documental y sistemas de información	6
	C. Monitoreo y análisis de información	4
	D. Comunicación y acceso a la información	6
Planificación y gestión de recursos	A. Planeación y definición de procesos	29
	B. Gestión de recursos	32
	C. Gestión de riesgos	19
Atención clínica y de apoyo	A. Valoración	17
	B. Diagnóstico	7
	C. Evaluación	1
	D. Intervención o tratamiento	33
	E. Egreso	1
	F. Continuidad de la atención	8
Mejora continua y sistema de salud	A. Mejora continua	22
	B. Sistema de salud	6

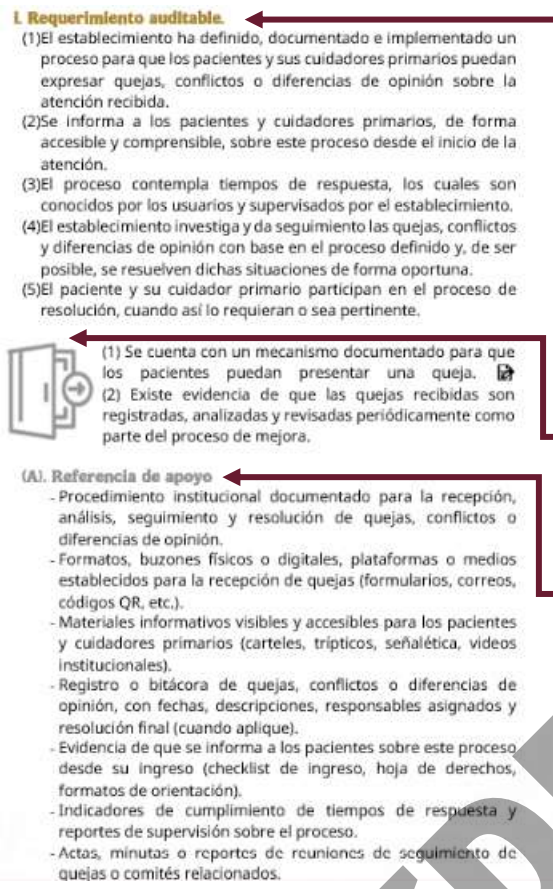
Cada componente define el nivel de desempeño esperado en aspectos específicos del funcionamiento institucional. La estructura de cada estándar incluye los siguientes elementos (ver imágenes):

Imagen A. Representación de ubicación de título y guía.



SIN VALIDEZ OFICIAL

Imagen B. Representación de ubicación de requerimientos auditables y referencias de apoyo.



***Requerimientos auditables**: Conjunto de criterios obligatorios cuya verificación permite determinar si el estándar se cumple. Cada requisito tiene el mismo valor dentro del estándar. Los auditores deben determinar el cumplimiento con base en evidencia objetiva.*

***Alcance de los requerimientos** auditables que aplica para los establecimientos de primer nivel independientes.*

***Referencias de apoyo**: Se incluyen elementos orientadores que pueden ser útiles al momento de implementar y demostrar el cumplimiento del estándar. Estas referencias pueden contener ejemplos ilustrativos, documentación sugerida, así como referencia bibliográfica y bases normativas relevantes. Su finalidad es facilitar la comprensión y aplicación de los requerimientos auditables. Las organizaciones pueden presentar evidencia alternativa, siempre que sea válida, pertinente y verificable.*

E. CRITERIOS DE AUDITORÍA

El cumplimiento de los requerimientos auditables será verificado mediante procedimientos estandarizados definidos por el CSG. Los EAM serán evaluados conforme al nivel de madurez (básico o avanzado) al que aspiren, considerando la implementación documentada, la aplicación práctica comprobable y la evidencia objetiva presentada en cada requerimiento.

Para efectos de la auditoría, cada estándar será valorado de acuerdo con la siguiente escala:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.
- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.
- **No aplica (NA):** el requerimiento no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y registrarse en la autoevaluación, la cual será validada por el equipo auditor.

Los estándares establecidos en este manual se clasifican en tres tipos, según su nivel de relevancia en el proceso auditoría:

a. **Estándares Indispensables**: Son aquellos cuyo cumplimiento es obligatorio. Corresponden a condiciones mínimas críticas para la operación segura, legal y ética de los establecimientos de atención médica. El incumplimiento de cualquier estándar clasificado como indispensable impide que se otorgue la certificación, independientemente del nivel solicitado (Descritos en cada uno de los estándares).

b. **Estándares Necesarios**: Son estándares que contribuyen significativamente a la consolidación del sistema de gestión de calidad. Su cumplimiento es un indicador de madurez de la institución, particularmente en el tránsito hacia el nivel avanzado. (Descritos en el Anexo 1. Autoevaluación).

c. **Estándares Deseables**: Representan prácticas de excelencia, innovación o liderazgo en calidad, que fortalecen la cultura de la organización, aportan valor y posicionan al establecimiento como referente. (Descritos en el Anexo 1. Autoevaluación).

Para que un EAM pueda obtener la certificación, deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. **Calificación mínima aprobatoria:**
    - Alcanzar una calificación general mínima de 7.0 como resultado de la auditoría.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Obtener una calificación mínima de 7.0 en cada uno de los cinco ejes estructurales del modelo.

2. **Estándares indispensables:**
   - El incumplimiento de un solo estándar indispensable imposibilita la obtención de la certificación, independientemente de la calificación alcanzada en los ejes o en la auditoría.

3. **Porcentajes de cumplimiento según nivel de certificación:**

   - **Certificación Nivel Básico**
     - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
     - Al menos el 70% de los estándares necesarios.
     - Al menos el 30% de los estándares deseables.

   - **Certificación Nivel Avanzado**
     - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
     - Al menos el 85% de los estándares necesarios.
     - Al menos el 50% de los estándares deseables.

La certificación se otorgará únicamente cuando el establecimiento de primer nivel cumpla simultáneamente con los tres criterios: calificación mínima general, calificación mínima por eje estructural y cumplimiento íntegro de los estándares indispensables, además de los porcentajes de cumplimiento establecidos según el nivel de certificación.

F. DISTINCIONES POR BUENAS PRÁCTICAS CON IMPACTO EN EL SISTEMA DE SALUD

Además de los niveles de certificación establecidos (básico y avanzado), el modelo contempla una distinción adicional otorgada a aquellos establecimientos de primer nivel que cumplan con ciertos estándares identificados como buenas prácticas que generan valor más allá del establecimiento, promoviendo mejoras en el sistema de salud en su conjunto.

Estos estándares no sólo fortalecen la calidad y seguridad en la atención directa al paciente, sino que impulsan prácticas innovadoras, colaborativas o estratégicas que benefician a otros establecimientos, fortalecen redes asistenciales, fomentan la equidad o desarrollan capacidades institucionales que trascienden el entorno inmediato del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

A. Se asignará 1 estrella por contar con la implementación de mínimo 2 buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.
B. Se asignarán 2 estrellas por contar con la implementación de mínimo 3 buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.
C. Se asignarán 3 estrellas por contar con la implementación de 4 o más buenas prácticas adicionales con impacto en el sistema de salud.

No.	Buena práctica*	Descripción
1	Conocimiento y Ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs)	El establecimiento demuestra la implementación (conocimiento y ejecución) de los PRONAMs en las atenciones que así lo ameritan.
2	Ser un centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad. (CEVADECE)	Durante el proceso, demuestra que el establecimiento está certificado como centro de valoración de la discapacidad y expedición del certificado electrónico de discapacidad.
3	Investigación en calidad de la atención clínica.	El establecimiento que demuestre que desarrolla investigación en las dimensiones de la calidad (efectividad, seguridad, centrado en la persona, oportunidad, equidad, eficiencia, accesibilidad, competencia profesional).
4	Participación y Reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.	El establecimiento ha participado formalmente en convocatorias de reconocimientos nacionales otorgados por instituciones del sector salud o gubernamentales que promueven la calidad, competitividad o excelencia en los servicios de atención médica: PNCS, PNC, Premio IMSS Competitividad.
5	Participación del establecimiento en acciones para mejorar las condiciones de salud de la comunidad	Los establecimientos tienen un papel fundamental no solo en la prestación de servicios clínicos, sino también en la mejora de las condiciones que influyen directamente en la salud de la comunidad que atienden.
6	Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente	Los establecimientos deben participar en acciones comunitarias que promuevan la protección ambiental y la sostenibilidad, como parte de su compromiso con la salud pública y la prevención de enfermedades.

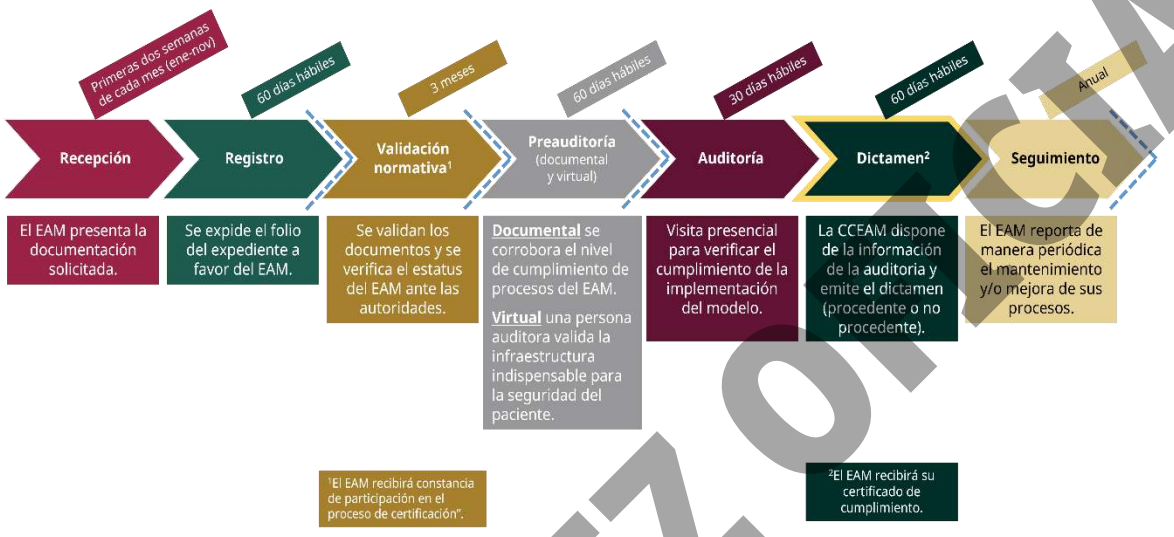
*Descritos en el eje estructural de mejora continua y sistema de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN

El proceso de certificación está compuesto por 7 etapas, con tiempos de respuesta máximo.

Imagen C. Etapas del proceso de certificación MOCEBPASS.



Para pronta referencia se incluye la **GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN** identificada como Anexo 2.

El proceso de certificación se realizará únicamente por medio del Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE).

A. RECEPCIÓN

Recepción

El Establecimiento que se pretende certificar debe contar al menos con 3 meses de funcionamiento y 2 meses de haber implementado el MOCEBPASS y podrá iniciar su proceso de certificación dentro de las dos primeras semanas de cada mes de enero a noviembre.

Deben contar con la totalidad de los documentos e información solicitada en los lineamientos para la remisión de documentación en la recepción del proceso de certificación (A) documentos, (B) avisos y licencias sanitarias, (C) datos de contacto y (D) Datos de operación descritas en el Anexo 3; **fracción I** para establecimientos **públicos y sociales** y **fracción II** para **privados**; acorde a la siguiente lista de verificación:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a.	Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
b.	Clave Única de Establecimiento de Salud (CLUES).
c.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, autoridades administrativas y/o autoridades fiscales.
d.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
e.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que el establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
f.	Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que acepta que el establecimiento sea sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio que ampara la dirección registrada serán objeto de auditoría. Además, el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares alcanzados durante todo el periodo que abarque el proceso de certificación.
g.	Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
h.	Registro de generadores de residuos peligrosos.
i.	Evidencia por parte del establecimiento de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
j.	Constancia de situación fiscal.
k.	Aprobación de registro del contrato de prestación de servicios ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).
l.	Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.
m.	Datos de contacto de la persona titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
n.	Datos del responsable sanitario del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

o.	Datos de la persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
p.	Datos de la persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
q.	Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.
r.	Datos de operación del establecimiento

Además de cumplir con la lista de verificación previa, deberá requisitar el contenido de la autoevaluación a través del SIMOCE. El contenido de esta, se encuentra descrito en Anexo 1.

En el proceso de certificación únicamente se considerarán como documentos válidos en los que coincidan el nombre y la dirección del establecimiento de atención médica que presenta la solicitud, los cuales deberán encontrarse vigentes (no se podrá continuar con el registro si alguno de estos documentos se encuentra en trámite).

B. REGISTRO

Los establecimientos que cumplan con la totalidad de los requisitos descritos en el apartado A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, previa validación, recibirán un folio de su expediente por medio de la plataforma SIMOCE y continuarán con la etapa de Validación Normativa.

En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en el apartado A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, se le prevendrá por una sola ocasión para que en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención presente los documentos que le sean requeridos.

En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes**, **contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. VALIDACIÓN NORMATIVA

En esta etapa, de manera aleatoria, se validarán los avisos y las licencias sanitarias propias y de servicios subrogados cargadas durante la recepción y que se encuentran previstas en el Anexo 3, según corresponda, con la finalidad de comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable; así mismo, se verificará que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo Consejo de Salubridad General, ante los órganos administrativos desconcentrados de la Secretaría de Salud (COFEPRIS, CONAMED); que cuenten con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO).

La validación normativa se realizará a través de consultas a las autoridades competentes atendiendo al trámite que corresponda.

En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá una Constancia de participación en el proceso de Certificación con vigencia de un año, que haga constar que se encuentra en proceso de certificación,** de acuerdo con las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.

Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.

Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solicitud y **NO** podrá continuar con su proceso de certificación.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses**, **contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

Los establecimientos que hasta este momento hayan tenido un cambio en sus procesos definidos dentro del modelo con respecto a la información capturada en su solicitud, deberán notificarlo mediante oficio dirigido a la persona titular de la secretaría técnica de la CCEAM y enviarlo al correo

SIN VALIDEZ OFICIAL

electrónico **cceam@csg.gob.mx** para que se les habilite la plataforma únicamente de la sección respectiva para que actualicen su información.

D. PREAUDITORÍA

Para poder continuar a la etapa de preauditoría, la persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoria del anexo 5, que consiste en: firmar la (A) carta compromiso autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría, contar con (B) la infraestructura tecnológica requerida y se encuentra en capacidad para realizar las (C) pruebas de conectividad previas y realizar las actividades para el (D) desarrollo.

Para la preauditoría, por parte del CSG se designará un equipo de personas auditoras, de conformidad con lo establecido en los Criterios para la Inscripción, Selección, Formación y Evaluación del Desempeño de Personas Auditoras del MOCEBPASS.

El equipo de personas auditoras se conformará con al menos 1 persona auditora líder y el número de personas auditoras esenciales que se considere conveniente, con base en el tipo de establecimiento y su complejidad; dichas personas auditoras serán elegidas del padrón de personas auditoras; verificando su disponibilidad y autorización expresa por parte de la dependencia, institución y EAM donde labora la persona auditora.

La asignación del equipo de personas auditoras deberá realizarse mediante oficio a la dependencia, institución y/o EAM donde labora la persona auditora con al menos 10 días hábiles de anticipación, quienes contarán con 5 días hábiles para dar su autorización expresa, en caso contrario se entenderá no otorgada de conformidad con los Convenios que al efecto se suscriban.

La etapa de preauditoría se divide en preauditoría documental y preauditoría virtual.

a. **Preauditoría documental** se llevará a cabo de manera remota, en la cual se corroborará de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada en las etapas previas.
b. **Preauditoría virtual** en la cual, una de las personas auditoras designadas para realizar la preauditoría valida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta etapa del proceso de certificación se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que deberá contar con la infraestructura TIC que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; de acuerdo al tipo, tamaño y complejidad del establecimiento o alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General que impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

Pruebas de conectividad previas a la preauditoría.
Se programarán las pruebas de conectividad previas por lo menos una semana antes de la fecha informada para la realización de la preauditoría, la cual será realizada por una de las personas auditoras de conformidad con el procedimiento establecido en el Anexo 5, Requisitos de preauditoría (C) pruebas previas.

Si el establecimiento considera que no cumple los requisitos para que se realice la preauditoría, el resultado de la prueba preliminar determinará que no es posible realizar el proceso de preauditoría remota, o bien el propio establecimiento decide no continuar con la preauditoría programada, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada.

Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. AUDITORÍA

Auditoría

La auditoría del establecimiento es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares del presente Manual, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas para dicho establecimiento de acuerdo con la agenda enviada previamente, al equipo de personas auditoras y a sus empleadores de las personas auditoras.

La auditoría puede ser virtual o presencial:

a. **Auditoría virtual:** se lleva a cabo por el equipo de personas auditoras desde una ubicación distinta a la del establecimiento utilizando las tecnologías de la información y comunicaciones (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo. Este tipo de auditoría será aplicable cuando exista alguna condición logística, económica, de seguridad, epidemiológica u otra, que impida la presencia del equipo de personas auditoras en el establecimiento.
   Para su desarrollo, el establecimiento necesita contar con la infraestructura TIC que facilite su realización de forma efectiva y que garantice la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.
b. **Auditoria presencial**: se lleva a cabo en el establecimiento con la presencia física del equipo de personas auditoras designado para ello, de acuerdo al tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.

Para la auditoría presencial el establecimiento **deberá contar** con lo siguiente:

a. Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
b. Dispositivo para escanear documentos en formato PDF.
c. Impresora y, al menos, 50 hojas blancas tamaño carta.
d. Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
e. Acceso a internet inalámbrico (**en caso de contar con él**).
f. Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos que manifestó al presentar su solicitud.

La persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la

SIN VALIDEZ OFICIAL

etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar la auditoría, el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

F. DICTAMEN.

La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida en la etapa A. RECEPCIÓN del numeral V. PROCESO DE CERTIFICACIÓN de este Manual, emitirá el dictamen que corresponda. (procedente o no procedente).

El resultado del proceso de certificación se hará del conocimiento del establecimiento a través del SIMOCE, por conducto de la persona titular del Secretariado Técnico de la CCEAM.

La vigencia de la certificación será de tres años.

Para que un EAM pueda obtener la certificación, deberá cumplir con los siguientes criterios:

1. **Calificación mínima aprobatoria:**
    - Alcanzar una calificación general mínima de 7.0 como resultado de la auditoría.
    - Obtener una calificación mínima de 7.0 en cada uno de los cinco ejes estructurales del modelo.

2. **Estándares indispensables:**
    - El incumplimiento de un solo estándar indispensable imposibilita la obtención de la certificación, independientemente de la calificación alcanzada en los ejes o en la auditoría.

3. **Porcentajes de cumplimiento según nivel de certificación:**

    - **Certificación Nivel Básico**
        - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
        - Al menos el 70% de los estándares necesarios.
        - Al menos el 30% de los estándares deseables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **Certificación Nivel Avanzado**
  - Cumplimiento del 100% de los estándares indispensables.
  - Al menos el 85% de los estándares necesarios.
  - Al menos el 50% de los estándares deseables.

La certificación únicamente se otorgará cuando el establecimiento cumpla simultáneamente con la calificación mínima general, la calificación mínima por eje y los porcentajes establecidos de acuerdo con el nivel de certificación solicitado.

G. SEGUIMIENTO.

Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continúa cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será cancelado y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.

Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse auditorias aleatorias durante el mismo periodo de tiempo.

H. SITUACIONES NO PREVISTAS.

Las situaciones no previstas dentro de las Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Medica, el presente Manual y/o los Criterios para la inscripción, selección, formación y evaluación del desempeño de personas auditoras del MOCEBPASS se revisarán en las sesiones de la CCEAM.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

VI. EJE ESTRUCTURAL: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

El liderazgo y la gobernanza constituyen la base para construir una organización de salud con sentido estratégico, enfoque ético y cultura de calidad. Este eje estructural evalúa el compromiso de la alta dirección con la mejora continua, la transparencia, la toma de decisiones fundamentada, la participación efectiva de los actores clave y el cumplimiento del marco normativo aplicable.

Una gobernanza efectiva debe asegurar la alineación de los objetivos institucionales con las políticas públicas de salud, garantizar la rendición de cuentas y promover entornos de trabajo seguros, colaborativos y orientados a resultados.

Componente	Estándar	
A. Compromiso de la alta dirección	1	Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
	2	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.
	3	Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
	4	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.
B. Gobernanza institucional	1	Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.
	2	Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.
	3	Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.
	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
	5	Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.
	6	Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.
	7	Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.
	8	Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.
	9	Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	10	Respaldo institucional de los derechos y responsabilidades de los pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Gobernanza institucional	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.
C. Transparencia	1	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.
	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.
	3	Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.
	4	Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.
D. Participación y comunicación institucional	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.
	2	Medición de la cultura de seguridad del paciente.
	3	Implementación de un programa de cultura justa.
	4	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.
	5	Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.
	6	Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.
	7	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

A. COMPROMISO DE LA ALTA DIRECCIÓN

a. Estándar 1/4. Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

1. Guía.

La gobernanza es un componente fundamental para iniciar, sostener y consolidar una cultura de mejora continua y seguridad del paciente. En los establecimientos de primer nivel de atención, la participación del cuerpo de gobierno o la alta dirección del establecimiento es indispensable para garantizar la implementación de estrategias efectivas de evaluación y mejora, así como para coordinar los esfuerzos entre servicios o áreas y comunicar los avances a todo el personal.

Estas actividades de gobernanza pueden ser ejercidas directamente por el establecimiento (alta dirección) o, en su caso, a través de instancias superiores (cuerpo de gobierno) de la misma institución o grupo, como puede ser un órgano estatal, jurisdiccional, central o corporativo, según la estructura organizativa definida.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe validar las metodologías utilizadas para monitorear, analizar e intervenir en temas de calidad y seguridad del paciente, además de asegurar que todos los procesos estén alineados e integrados para promover la eficiencia. También facilita una estructura y un proceso para las actividades generales de monitorización y coordinación, y se asegura de la participación de todas las áreas y servicios en los esfuerzos de mejora.

Esta coordinación puede realizarse mediante comités, reuniones operativas u otras estructuras formales.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de participar en la revisión periódica de la información relativa a la seguridad del paciente, incluyendo al menos:

a) La cantidad y el tipo de eventos centinela, eventos adversos, cuasifallas y
b) Las acciones implementadas para mejorar la seguridad en respuesta a dichos eventos.

Esta revisión debe realizarse con una frecuencia no mayor a seis meses y debe permitir la toma oportuna de decisiones preventivas y correctivas.

Asimismo, la comunicación periódica con el personal respecto a los avances y resultados del programa de mejora es esencial para fortalecer la cultura de la organización. Este flujo de información puede realizarse a través de diversos canales, como boletines informativos,

SIN VALIDEZ OFICIAL

carteles, reuniones con el personal, plataformas digitales o mecanismos integrados a los procesos de recursos humanos. Entre los temas comunicados pueden incluirse proyectos de mejora nuevos o concluidos, avances en las acciones esenciales de seguridad del paciente, o resultados del análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas entre otros aspectos relevantes.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento participa activamente y se responsabiliza del plan de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.
  (1.1) Aprueba el diseño y la implementación del plan.
  (1.2) Supervisa la implementación.
  (1.3) Recibe informes periódicamente y toma medidas basándose en los mismos.

(2) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento valida una estructura y un proceso formal en todo el establecimiento para evaluar los datos, planificar acciones y dar seguimiento a las mejoras de calidad y seguridad del establecimiento; y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.

(3) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento revisa, al menos semestralmente:
  (3.1) La cantidad y tipo de eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas.
  (3.2) Que se realice el análisis de los eventos centinela dentro de los primeros 45 días de su notificación.
  (3.3) Las acciones correctivas o preventivas implementadas para mejorar la calidad y seguridad de los pacientes en respuesta a dichos eventos.

(4) La información relevante sobre el programa de calidad y seguridad del paciente se comunica de forma regular al personal, por medio de canales institucionales adecuados.

(A). Referencia de apoyo

- Minutas de reuniones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento, comités, reuniones operativas u otras estructuras formales donde se aborden los temas de calidad y seguridad del paciente.
- Planes institucionales de mejora continua validados (plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente) y estructura del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de revisión semestral de eventos adversos y acciones emprendidas.
- Evidencia de sesiones de capacitación para el personal.
- Carteles informativos, boletines, registros de reuniones o comunicados internos.

b. Estándar 2/4. Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.

1. Guía.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento de primer nivel de atención es responsable de asegurar que este funcione de manera eficiente, ética y segura, alineado con el MOCEBPASS.

Su participación se concentra, principalmente, en niveles estratégicos y de toma de decisiones, garantizando que los elementos clave de gobernanza, gestión y operación estén debidamente formalizados, alineados con la misión institucional y supervisados.

Entre sus funciones esenciales se incluyen:

a) Aprobar y difundir la misión institucional, asegurando que incorpore explícitamente el compromiso con la calidad y la seguridad del paciente.
b) Aprobar programas y políticas que regulen el funcionamiento del establecimiento, incluyendo el manual de organización vigente.
c) Validar y supervisar el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, asegurando su implementación efectiva.
d) Gestionar y/o aprobar el presupuesto y asignar los recursos necesarios para el cumplimiento de la misión institucional.

Adicionalmente, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe definir mecanismos formales de comunicación y coordinación con los equipos directivos, que permitan dar seguimiento a los planes estratégicos, facilitar la ejecución operativa y fomentar la mejora continua.

En el caso de los EPNI, al no contar con un cuerpo colegiado de gobierno, las funciones de liderazgo, dirección y gestión recaen directamente en la persona profesional titular del establecimiento. Para garantizar el cumplimiento de la legislación sanitaria vigente, dicha persona debe acreditar su formación profesional mediante título, cédula y, en su caso, certificación correspondiente, además de contar con capacitación documentada en legislación sanitaria aplicable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado formalmente la misión institucional, la cual incluye explícitamente su compromiso con la calidad y la seguridad del paciente; y la revisa periódicamente cuando así corresponda.

(2)La misión institucional se encuentra disponible y se difunde entre el personal y los usuarios del establecimiento.

(3)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado el manual de organización

(4)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado las políticas, los programas de gestión y los procesos necesarios para el funcionamiento del establecimiento.

(5)En los casos en que la autoridad de aprobación se ha delegado, esta delegación se encuentra formalmente definida en los procesos institucionales.

(6)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha aprobado los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación, y supervisa la calidad de dichos programas.

(7)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha gestionado/aprobado el presupuesto para el funcionamiento del establecimiento y asegura la asignación efectiva de los recursos necesarios para cumplir con la misión institucional.

(1)La persona titular del EPNI está certificado/a en su área de formación (medicina general, nutrición, fisioterapia, odontología u otra profesión de la salud que corresponda) y cuenta con capacitación documentada en legislación sanitaria aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional de misión y visión aprobado por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Evidencia de difusión de la misión institucional (carteles, comunicados, página web, inducción al personal).
- Manual de organización del establecimiento, validado y vigente.
- Actas o minutas de sesiones del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento donde consten aprobaciones relevantes.
- Políticas, programas o planes operativos anuales aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Título y cédula profesional de la persona titular. (EPNI)

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Diploma o certificación vigente (cuando corresponda por especialidad). (EPNI)
- Constancia de capacitación en legislación sanitaria aplicable vigente. (EPNI)

c. Estándar 3/4. Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

1. Guía.

El liderazgo efectivo es un componente esencial para asegurar que el establecimiento de primer nivel de atención funcione de manera eficiente, ética y con base en la legislación aplicable vigente. La persona titular de la dirección o gerencia general es responsable del funcionamiento cotidiano del establecimiento, lo cual incluye, entre otras funciones garantizar el abasto de suministros esenciales, la operación administrativa, el mantenimiento de la infraestructura, la gestión de recursos humanos, financieros y tecnológicos, y la gestión efectiva de los procesos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente.

Esta persona debe contar con la formación, experiencia y competencias necesarias para ejercer el cargo, y debe asumir una conducción estratégica, técnica y administrativa que esté alineada con la misión institucional.

La persona titular de la dirección o gerencia general trabaja en coordinación con los equipos directivos y operativos para definir, implementar y supervisar políticas, procedimientos y servicios clínicos, vinculados a la misión. Una vez aprobados por el gobierno del establecimiento, es su responsabilidad garantizar su implementación efectiva en todo el establecimiento.

Asimismo, entre sus funciones esenciales se encuentran:

a) Asegurar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
b) Coordinar la atención y seguimiento a informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
c) Los procesos de administración y supervisión de los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)La persona titular de la dirección o gerencia general gestiona el funcionamiento operativo diario del establecimiento.

(2)La persona titular de la dirección o gerencia general cuenta con la formación, experiencia y competencias requeridas para ejercer

SIN VALIDEZ OFICIAL

sus responsabilidades, conforme al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.

(3)La persona titular de la dirección o gerencia general participa en la formulación y recomendación de políticas institucionales al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(4)La persona titular de la dirección o gerencia general asegura la implementación efectiva de las políticas y procesos aprobados por el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(5)La persona titular de la dirección o gerencia general verifica y garantiza el cumplimiento de la legislación aplicable vigente en todos los ámbitos de operación del establecimiento.

(6)La persona titular de la dirección o gerencia general coordina la atención y seguimiento de informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.

(7)La persona titular de la dirección o gerencia general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos, entre otros, del establecimiento de forma eficiente y conforme a los principios del MOCEBPASS.

(A). Referencia de apoyo

- Descripción del perfil del puesto o documento institucional que establezca las funciones, competencias y requisitos para la persona titular de la dirección o gerencia general.
- Currículum, constancias o certificaciones que evidencien la formación, experiencia y competencias de la persona titular del cargo.
- Documento de nombramiento o designación oficial.
- Evidencia documental de políticas institucionales propuestas o formuladas en colaboración con el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.
- Registro de implementación de políticas y procesos aprobados (actas, planes operativos, indicadores de seguimiento).
- Bitácoras o reportes de atención y respuesta a informes emitidos por organismos de inspección, regulación o control.
- Documentos que respalden la gestión de recursos humanos, materiales, financiero, tecnológicos, entre otros (informes anuales, matrices de control, indicadores administrativos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/4. Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.

1. Guía.

La definición de los servicios clínicos que brindará un establecimiento de primer nivel de atención debe realizarse con base en el análisis de las necesidades de la población atendida, el contexto operativo y la misión institucional. Esta planeación garantiza que los servicios ofrecidos sean pertinentes, viables y estén alineados con la capacidad resolutiva y con la razón de ser del establecimiento.

El personal clínico y no clínico que ejerce funciones de liderazgo, tienen la responsabilidad de identificar y planear el tipo, alcance, capacidad y complejidad de los servicios que se prestarán para brindar atención integral, ya sea de manera directa, mediante subrogación o a través referencia a unidades de segundo o tercer nivel.

En el caso de los EPNI, la planeación de los servicios clínicos se centra en la práctica individual de la persona profesional titular (médico, nutriólogo, fisioterapeuta, odontólogo u otra profesión de la salud), quien debe identificar las necesidades de salud más frecuentes de la población atendida en ese contexto. Esta información se documenta y se utiliza para orientar las prescripciones, intervenciones o tratamientos, garantizando que la atención brindada sea coherente con la capacidad resolutiva del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los planes institucionales documentan los servicios clínicos y de apoyo que se ofrecerán en el establecimiento.

(2) Los servicios definidos son coherentes con la misión institucional, la población atendida y la capacidad resolutiva del establecimiento.

(3) Las personas responsables de áreas participan en la identificación y planeación de los servicios que prestará el establecimiento, de forma directa o subrogada, conforme a las responsabilidades definidas por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con estadística documentada de las enfermedades más frecuentes atendidas en el consultorio y de las prescripciones, intervenciones o tratamientos realizados en relación con dichas enfermedades.

(2)Se reporta al sistema de epidemiología estatal o jurisdiccional aquellos casos de enfermedades sujetos a vigilancia epidemiológica y si corresponde se lleva el seguimiento de acuerdo a la normatividad aplicable.

(A). Referencia de apoyo

- Plan institucional o plan estratégico del establecimiento que incluya la descripción de los servicios clínicos y de apoyo que se brindarán.
- Documentos que acrediten el análisis de necesidades de la población atendida (censo de pacientes, prevalencia de enfermedades, demanda histórica, etc.).
- Evidencia de reuniones, minutas o actas donde se documente la participación del liderazgo institucional en la planeación de los servicios.
- Manuales operativos, cartera de servicios, perfiles de atención o catálogos institucionales aprobados.
- Documentación que demuestre la alineación entre la misión institucional y los servicios planeados (por ejemplo, mapa estratégico, misión-visión y su vinculación con programas asistenciales).
- Informes técnicos o diagnósticos situacionales que respalden la justificación clínica, operativa o económica de los servicios definidos.
- Registro o bitácora de consultas atendidas, con diagnóstico principal y motivo de atención. (EPNI)
- Estadísticas simples de las enfermedades más frecuentes (pueden obtenerse de la propia bitácora, cuaderno de control o sistema electrónico si lo tienen). (EPNI)
- Recetas o prescripciones emitidas (concentradas en listados que permitan identificar tendencias en los tratamientos o intervenciones). (EPNI)
- Formato interno de control o resumen mensual que documente la frecuencia de diagnósticos y prescripciones más comunes en la población atendida. (EPNI)

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

B. GOBERNANZA INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/11. Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.

1. Guía.

El cumplimiento efectivo de la misión institucional requiere de la participación, coordinada y corresponsable de los distintos liderazgos presentes en el establecimiento de primer nivel de atención. Estos liderazgos pueden ser formales (como las personas titulares de direcciones clínicas, administrativas, de enfermería, calidad u otras jefaturas) o bien derivarse del reconocimiento institucional por su experiencia, antigüedad o contribución al funcionamiento del establecimiento.

Cada líder debe asumir, en el ámbito de su responsabilidad, el compromiso de trabajar de forma articulada con el resto del equipo directivo y operativo para garantizar el cumplimiento de la misión institucional. Esto incluye participar en la elaboración de planes, políticas y procedimientos que reflejen los principios institucionales y asegurar su correcta implementación.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas líderes del establecimiento de primer nivel de atención colaboran de forma activa y coordinada para cumplir con la misión del establecimiento.

(2) Las personas líderes del establecimiento participan, de manera colectiva, en la elaboración de los planes, políticas y procedimientos necesarios para el cumplimiento de la misión, así como, aseguran la implementación y cumplimiento efectivo.

(A). Referencia de apoyo

- Actas, minutas o reportes de reuniones donde se documente la participación del liderazgo institucional en la definición o revisión de la misión, políticas, planes y procedimientos.
- Planes institucionales, manuales o programas operativos en cuya elaboración hayan participado personas que ejercen funciones de liderazgo.
- Listado o estructura organizacional que identifique a las personas con roles de liderazgo formal dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documentación que evidencie la coordinación entre áreas para el cumplimiento de la misión (cronogramas, reportes de avance, esquemas de implementación).
- Reportes de seguimiento o indicadores de cumplimiento de políticas institucionales aprobadas.
- Informes internos o auditorías que reflejen el involucramiento del liderazgo en la gestión estratégica.

b. Estándar 2/11. Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.

1. Guía.

La consolidación de una cultura organizacional orientada a la calidad y la seguridad del paciente requiere un liderazgo visible, comprometido y activo desde los niveles más altos del establecimiento.

Para ello, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento de primer nivel ubica en la estructura organizacional una persona responsable con las competencias necesarias para coordinar de manera continua las actividades de calidad y seguridad. Esta figura puede estar designada desde una instancia central o directamente desde la alta dirección del establecimiento; en cualquier caso, el establecimiento debe identificarla formalmente, documentar sus funciones y garantizar que cuente con la autoridad suficiente para el despliegue de acciones transversales.

Su rol es clave para impulsar el cumplimiento del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente; debe liderar, en conjunto con los diferentes líderes clínicos y no clínicos, la implementación de estrategias institucionales de mejora, el monitoreo de procesos, la formación del personal y la consolidación de una cultura de prevención de riesgos centrada en la calidad y la seguridad del paciente.

En el caso de los EPNI, véase Estándar 4/11. Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento ha designado formalmente en la estructura organizacional una persona responsable de coordinar las actividades de calidad y seguridad en la atención.

(2) La persona responsable de calidad y seguridad cuenta con funciones documentadas y con la autoridad suficiente para desplegar acciones en coordinación con los líderes del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)La persona responsable de las actividades de calidad y seguridad cumple con el perfil y las competencias establecidas por el establecimiento o la instancia central correspondiente.

(A). Referencia de apoyo

- Organigrama institucional que identifica formalmente la persona responsable de la calidad y seguridad en la atención.
- Documento de nombramiento o designación oficial de la persona responsable del área de calidad y seguridad.
- Evidencia de actividades coordinadas por la persona responsable de calidad (por ejemplo: actas de comités, planes de trabajo, informes de seguimiento).
- Constancias, certificados o evidencia de formación y capacitación en calidad y seguridad del paciente.

c. Estándar 3/11. Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, la seguridad de los pacientes depende en gran medida del uso adecuado y oportuno de equipamiento médico, medicamento y demás insumos esenciales para brindar los servicios preventivos, curativos, de diagnóstico y de referencia. Para garantizar una atención segura, efectiva y conforme a la normatividad vigente, el establecimiento debe asegurar que los recursos utilizados estén respaldados por las recomendaciones de autoridades sanitarias y organizaciones profesionales especializadas.

Cada establecimiento debe identificar los equipos médicos, insumos y medicamentos necesarios para operar con calidad y seguridad, de acuerdo a los servicios que ofrece y a su población de pacientes.

Los insumos y recursos deben estar disponibles tanto para la atención programada como para la respuesta a urgencias, en condiciones óptimas de funcionamiento, conservación y trazabilidad.

En caso de que el establecimiento decida incorporar tecnología médica, medicamentos o insumos que no estén formalmente autorizados para uso generalizado (experimentales), deberá contar con un procedimiento formal de revisión y aprobación, así como obtener el consentimiento informado del paciente previo a su utilización. Este proceso debe resguardar los principios éticos, regulatorios y de seguridad clínica aplicables.

i. Requerimiento auditable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)El establecimiento identifica las recomendaciones emitidas por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales respecto al uso de equipos, insumos y medicamentos necesarios para los servicios planeados.

(2)Los equipos, insumos y medicamentos recomendados han sido adquiridos conforme a las necesidades clínicas y operativas del establecimiento y se utilizan de acuerdo con las recomendaciones identificadas, las políticas institucionales y los lineamientos aplicables.

(3)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para revisar y aprobar, antes de su uso, cualquier equipo, insumo o medicamento de carácter experimental, incluyendo el proceso de obtención del consentimiento informado.

(A). Referencia de apoyo

- Referencias normativas y técnicas aplicables, guías nacionales de práctica clínica, lineamientos de autoridades sanitarias y organizaciones profesionales especializadas.
- Evidencia de adquisición de los recursos recomendados (órdenes de compra, contratos, facturas, inventarios).
- Protocolos o manuales de uso clínico que indiquen el empleo correcto de los equipos, insumos y medicamentos.
- Procedimiento institucional para la revisión y aprobación de tecnología, insumos o medicamentos considerados experimentales.
- Formatos o registros de consentimiento informado específicos para el uso de equipos, insumos o medicamentos experimentales.

d. Estándar 4/11. Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

1. Guía.

Uno de los propósitos fundamentales de un establecimiento de primer nivel de atención es ofrecer atención segura, efectiva y centrada en los pacientes, aplicando principios de mejora continua de la calidad. Para lograrlo, es indispensable que las personas con roles de liderazgo clínico y no clínico estén capacitadas y comprometidas activamente con la implementación de estas estrategias.

Esto incluye a las personas líderes médicas, de enfermería, técnicas, administrativas u operativas, promotores de salud, según corresponda

SIN VALIDEZ OFICIAL

al tamaño y estructura del establecimiento. Su formación debe abarcar: conocimientos sobre los principios de calidad, seguridad del paciente, enfoque sistémico, gestión del riesgo, cultura justa y análisis de eventos, conceptos y metodologías para la mejora continua.
Además de la capacitación formal, participan de manera activa en las iniciativas institucionales de mejora: comités, análisis de eventos adversos, centinelas y cuasifallas, elaboración de planes de mejora, implementación de acciones correctivas, evaluación de procesos, entre otros.

En el caso de los EPNI, la responsabilidad de ofrecer atención segura, efectiva y centrada en el paciente recae en la persona profesional titular (médico, nutriólogo, fisioterapeuta, odontólogo u otra profesión de la salud). Para ello, es indispensable que cuente con formación en principios de calidad y seguridad del paciente, aplicando herramientas prácticas que fortalezcan la mejora continua dentro del consultorio.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas que ejercen funciones de liderazgo clínico y no clínico en el establecimiento han recibido formación o cuentan con conocimientos documentados sobre los principios básicos de la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(2) Las personas líderes participan de forma activa en procesos institucionales relacionados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(1) El personal profesional de la salud titular del EPNI cuenta con evidencia de capacitación en calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Constancias, diplomas, registros de asistencia o certificados de formación en calidad, mejora continua y seguridad del paciente.
- Contenidos o materiales de las capacitaciones impartidas (internas o externas), incluidos programas, módulos o temas cubiertos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de participación en procesos de mejora: actas de comités, reportes de análisis de eventos, contribución en planes de mejora, seguimiento de indicadores, etc.
- Manuales institucionales o documentos normativos que indiquen la responsabilidad del liderazgo en la implementación de estrategias de calidad y seguridad.

e. Estándar 5/11. Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.

1. Guía.

La capacidad de un establecimiento de primer nivel para brindar atención segura y continua depende en gran medida de su talento humano capacitado y competente. Por ello, el liderazgo institucional (incluyendo el gobierno y/o alta dirección y a las personas responsables de área) debe participar activamente en la planeación estratégica del personal, promoviendo acciones que aseguren el reclutamiento, la retención, el desarrollo y la educación continua del equipo de trabajo.

Esta participación incluye la colaboración en el diseño e implementación de procesos que permitan fortalecer el sentido de pertenencia, reducir la rotación y promover el desarrollo profesional del personal clínico y no clínico.

En los casos en que el proceso de reclutamiento, contratación o desarrollo dependa de una instancia externa o centralizada, el establecimiento debe participar conforme a su nivel de responsabilidad institucional: aportando información sobre necesidades, perfiles requeridos, seguimiento del personal o evaluaciones de desempeño, según aplique.

Un entorno organizacional que valora el desarrollo del personal favorece la estabilidad operativa, la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El liderazgo del establecimiento colabora, según su nivel de responsabilidad institucional, en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.

(2) El liderazgo del establecimiento participa en la planeación e implementación de estrategias para la retención del personal, incluyendo acciones que promuevan el sentido de pertenencia y la mejora del clima laboral.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El liderazgo del establecimiento colabora activamente en la planeación del desarrollo profesional y la educación continua del personal clínico y no clínico.

(A). Referencia de apoyo

- Evidencia de participación del liderazgo en la identificación de necesidades de personal (formatos de requerimientos, solicitudes justificadas, perfiles propuestos).
- Actas o reportes de reuniones en las que se aborden estrategias de reclutamiento, retención o desarrollo del personal.
- Planes de retención o mejora del ambiente laboral con participación de responsables locales.
- Programas de capacitación o desarrollo profesional diseñados con participación del liderazgo del establecimiento.
- Indicadores de rotación, ausentismo, satisfacción laboral o cumplimiento de programas de educación continua.
- Registro de acciones o estrategias locales implementadas para fortalecer la estabilidad del personal.
- Correspondencia institucional con áreas centrales relacionada con la gestión de personal (cuando el proceso sea externo a el establecimiento).

f. Estándar 6/11. Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.

1. Guía.

En un establecimiento de primer nivel de atención, las personas que ejercen funciones de liderazgo (clínicas y no clínicas) tienen una responsabilidad fundamental tanto con el establecimiento como con los pacientes. Estas responsabilidades incluyen:

a) Favorecer la comunicación efectiva entre los equipos de trabajo.
b) Participar en la elaboración y actualización de políticas que guían la atención clínica, considerando el contexto social y cultural de la población atendida.
c) Promover el ejercicio ético y profesional en sus actividades.
d) Supervisar la calidad de la atención y contribuir a su mejora continua.
e) Estimular la participación activa de los pacientes en su autocuidado y en la toma de decisiones sobre su salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para poder cumplir con estas funciones, se debe colaborar en el diseño e implementación de una estructura organizacional efectiva, que permita coordinar responsabilidades, líneas de autoridad y mecanismos de supervisión de forma clara y funcional. Esta estructura debe:

i. Incluir a todas las personas que participan en la atención clínica.
ii. Estar alineada con la misión y estructura del establecimiento.
iii. Ser proporcional a la complejidad del servicio y la cantidad de personal profesional involucrado.
iv. Es efectiva para llevar a cabo las responsabilidades enumeradas anteriormente.

La estructura organizacional debe estar documentada mediante un organigrama actualizado, que represente las relaciones jerárquicas y funcionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con una estructura organizacional documentada que incluye al personal de salud con funciones de liderazgo, tanto clínico como no clínico, y que respalda sus responsabilidades y nivel de autoridad; y se encuentra representada en un organigrama institucional.
(2) La estructura organizacional es adecuada al tamaño, complejidad y operación del establecimiento.
(3) La estructura y los procesos organizacionales respaldan el cumplimiento de las funciones del liderazgo, incluyendo:
  (3.1) La comunicación efectiva entre equipos.
  (3.2) La planeación de servicios y elaboración de políticas.
  (3.3) La supervisión de aspectos éticos.
  (3.4) La supervisión de la calidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo

- Organigrama institucional actualizado, que identifique a las personas o áreas con funciones de liderazgo (clínico y no clínico).
- Documentos que describan la estructura organizacional, roles y niveles de autoridad (manuales de organización, perfiles de puesto, reglamentos internos).
- Evidencia de reuniones, comités o grupos de trabajo en los que el personal líder participe activamente en la planeación, elaboración de políticas o coordinación de procesos.
- Actas, minutas o reportes donde se aborden temas de comunicación, ética, calidad o planificación de servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Políticas institucionales que describan las funciones de liderazgo y sus mecanismos de colaboración o supervisión.
- Registros de acciones coordinadas entre áreas (por ejemplo, entre enfermería, calidad, dirección médica, administración) que evidencien la aplicación de la estructura.

g. Estándar 7/11. Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.

1. Guía.

El desempeño de cada área o servicio dentro de un establecimiento de primer nivel de atención (ya sea clínico, técnico, administrativo o de apoyo) incide directamente en la calidad y seguridad de la atención. Por esta razón, cada área debe contar con al menos una persona responsable, calificada para ejercer funciones de dirección, supervisión o coordinación, de acuerdo con las necesidades y estructura y cartera de servicios del establecimiento.

La persona designada debe tener la formación, experiencia y competencias necesarias para liderar el área, facilitar la toma de decisiones, garantizar el cumplimiento de procesos y coordinar con otras funciones operativas. En servicios con mayor complejidad o carga operativa, puede haber más de una persona responsable, siempre que las funciones estén definidas y documentadas claramente para evitar ambigüedad en la ejecución.

i. Requerimiento auditable.

(1) Cada área o servicio del establecimiento cuenta con una persona designada para su dirección o coordinación, que posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para ejercer dicha función.

(2) Cuando existe más de una persona responsable del área o servicio, las funciones y responsabilidades de cada una están claramente definidas y documentadas.

(A). Referencia de apoyo

- Documentación oficial de designación de personas responsables de áreas o servicios (oficios, nombramientos, contratos, actas internas, resoluciones).
- Perfiles de puesto o descripciones de funciones que correspondan a las personas designadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Currículo vitae, constancias de estudios, certificados o evidencias de formación, experiencia o competencias de las personas responsables.
- Manuales de organización, reglamentos internos u organigramas institucionales que reflejen la asignación de responsabilidades.
- Informes o registros de actividades realizadas por las personas responsables (seguimiento de procesos, reportes operativos, participación en comités).

h. Estándar 8/11. Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.

1. Guía.

Las personas responsables de cada área o servicio deben asegurarse de que todo el personal que integra su equipo reciba una inducción al ingresar, y la capacitación necesaria para realizar sus funciones de forma segura y con calidad.

La inducción debe cubrir aspectos esenciales como:

a) La misión del establecimiento, visión y objetivos del área o servicio.
b) Las funciones y responsabilidades del puesto.
c) El alcance de los servicios que se prestan.
d) Las políticas y procesos institucionales, especialmente aquellos vinculados con la calidad y la seguridad del paciente.

Asimismo, siempre que se integren nuevas personas al equipo, o cuando se implementen cambios relevantes en procesos o protocolos, se debe asegurar que el personal reciba la capacitación correspondiente, adaptada a sus funciones y nivel de responsabilidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio han establecido un programa de inducción para el personal bajo su responsabilidad.
(2) Todo el personal de nuevo ingreso ha cumplido con el programa de inducción correspondiente a su área o servicio.
(3) El contenido del programa de inducción incluye aspectos relacionados con la calidad y la seguridad del paciente acorde a las funciones y nivel de responsabilidad del personal.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describa el programa de inducción vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listas de asistencia, constancias o formatos de cumplimiento de inducción para el personal de nuevo ingreso.
- Contenido temático del programa de inducción (presentaciones, manuales, checklists, materiales informativos).
- Evidencia de que los temas de calidad, seguridad del paciente están incluidos en la inducción.
- Registros de actualización o reinducción del personal ante cambios relevantes en políticas, procesos o protocolos.
- Roles o responsables designados para impartir o coordinar la inducción dentro de cada área o servicio.

i. Estándar 9/11. Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

Las personas responsables de cada área o servicio deben participar activamente en la ejecución del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Esta participación es clave para asegurar que las estrategias del plan se apliquen de forma efectiva en cada proceso o servicio prestado.

La implementación del plan debe considerar:

a) Los riesgos y problemas específicos de cada área o servicio, según corresponda.
b) Los resultados de la evaluación de procesos de atención a través del análisis de los indicadores, quejas o evaluaciones de satisfacción o experiencia del paciente.
c) La evaluación del personal y su desempeño.
d) La evaluación de los servicios subrogados, cuando aplique.

Cada persona responsable debe colaborar desde su ámbito de competencia para que las acciones de mejora se lleven a cabo, se evalúen correctamente y contribuyan a fortalecer la calidad y seguridad de los servicios prestados.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.
(2) Las personas responsables de área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención, incluyendo el análisis de indicadores, resultados de encuestas de satisfacción, quejas o retroalimentación de pacientes.
(3) Las personas responsables de área o servicio participan en la evaluación del desempeño del personal asignado a sus servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Cuando existen servicios subrogados bajo su responsabilidad, las personas responsables de área participan en su supervisión y en el seguimiento de su desempeño.

(A). Referencia de apoyo

- Evidencia de participación de personas responsables de área en la identificación de riesgos y problemas (actas de reunión, reportes, listas de priorización, matrices de riesgos).
- Documentos que demuestren su colaboración en el análisis de indicadores, encuestas de satisfacción, quejas o reportes de eventos (reportes trimestrales, comités, tableros de indicadores).
- Registros de evaluación de desempeño del personal bajo su coordinación (formatos de evaluación).
- Informes o checklists de supervisión de servicios subrogados realizados por responsables de área.
- Planes de mejora en los que se identifique claramente la participación de personas responsables de área en acciones específicas.
- Minutas o evidencia de reuniones del comité de calidad u otros espacios institucionales donde los responsables de área presenten, discutan o den seguimiento a temas del plan.

j. Estándar 10/11. Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.

1. Guía.

El respeto y la promoción de los derechos y obligaciones de los pacientes debe ser impulsado desde la más alta estructura de liderazgo institucional. En los establecimientos de primer nivel de atención, el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es responsable de asegurar que existan mecanismos claros, efectivos y documentados que garanticen su cumplimiento en todos los procesos clínicos y de gestión.

Estos derechos y obligaciones están establecidos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y deben formar parte integral de la cultura organizacional.

El liderazgo institucional debe asegurar que estén formalmente adoptados, difundidos y supervisados, y que se traduzcan en políticas,

SIN VALIDEZ OFICIAL

procesos y acciones concretas que involucren a todo el establecimiento. Esto incluye:

a) Informar a los pacientes y sus cuidadores primarios desde su ingreso, mediante canales comprensibles y accesibles, tomando en cuenta su idioma y/o lengua, nivel educativo, nivel de comprensión, edad, discapacidad o contexto cultural.
b) Difundir y capacitar a todo el personal, desde su inducción y formación continua, sobre los derechos y obligaciones, así como su rol en la protección, respeto y promoción.
c) Implementar procesos para atender conflictos o vulneraciones.
d) Vigilar su cumplimiento a través de mecanismos de evaluación y mejora.

El establecimiento debe contar con materiales visibles y herramientas adaptadas (por ejemplo, formatos visuales, intérpretes o traductores) cuando la comunicación verbal o escrita no resulte efectiva, asegurando que todos los pacientes comprendan sus derechos y obligaciones. La promoción institucional es una estrategia clave para fortalecer la confianza de los pacientes, mejorar la calidad de la atención, y consolidar una cultura organizacional centrada en la persona.

En el caso de los EPNI, el respeto y la promoción de los derechos y obligaciones de los pacientes dependen directamente de la persona profesional titular. Este debe asegurar que los derechos y obligaciones estén claramente difundidos y que los pacientes y sus cuidadores primarios reciban información accesible, comprensible y adecuada a su contexto. Asimismo, el personal titular debe estar capacitado para informar y orientar a los pacientes respecto a sus derechos y obligaciones, fortaleciendo la confianza, la seguridad y la calidad de la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con el Decálogo de Derechos y Obligaciones de Pacientes en formatos visibles, accesibles, idioma comprensible y adaptados al público.
(2) Existen acciones implementadas para asegurar el respeto, promoción y cumplimiento de los derechos y obligaciones de los pacientes durante la atención.
(3) Se cuenta con un proceso definido, implementado y documentado para informar a los pacientes y los cuidadores primarios sobre sus

SIN VALIDEZ OFICIAL

derechos y obligaciones mediante medios accesibles y comprensibles, desde el ingreso y durante su estancia.

(4)Dentro del proceso se incluye cuando la comunicación directa no es efectiva o adecuada, el establecimiento utiliza estrategias alternativas para asegurar que los pacientes comprendan sus derechos y obligaciones.

(5)El personal ha sido capacitado sobre los derechos y obligaciones de los pacientes y su rol en su protección, respeto y promoción dentro del proceso de atención.

(1)El consultorio cuenta con la difusión visible Decálogo de Derechos y Obligaciones de Pacientes en formatos visibles, accesibles, idioma comprensible y adaptados al público.

(2)El personal de salud del EPNI cuenta con evidencia de capacitación en derechos y obligaciones de los pacientes y los informa de manera clara y verificable a la población que atiende.

(A). Referencia de apoyo

- Carteles de derechos y obligaciones de los pacientes.
- Guía de información para pacientes o algún medio de difusión.
- Manuales o procesos de difusión de obligaciones y derechos de los pacientes.
- Constancias de capacitación del personal sobre los derechos y obligaciones de los pacientes.

k. Estándar 11/11. Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.

1. Guía.

El respeto al marco cultural de los pacientes (compuesto por sus valores personales, costumbres de su comunidad o familiares y creencias espirituales o filosóficas) es una responsabilidad institucional que debe ser impulsada y garantizada por el liderazgo del del establecimiento de primer nivel de atención.

Cada persona interpreta la salud, la enfermedad, el tratamiento y la muerte desde su propio contexto cultural. Estos elementos pueden influir significativamente en la toma de decisiones, la adherencia al tratamiento y la relación con el equipo de salud. Por ello, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento debe asegurar que existan políticas y procesos institucionales que promuevan activamente

SIN VALIDEZ OFICIAL

la identificación, respeto y consideración del marco cultural de los pacientes, no sólo como una práctica clínica, sino como un principio transversal de gestión organizacional.

La identificación del marco cultural debe realizarse desde el ingreso, como parte de la valoración clínica y ser documentada en el expediente del paciente. Esta información debe actualizarse cuando existan cambios relevantes en la situación del paciente o en sus preferencias.

El proceso institucional debe considerar los siguientes aspectos:

a) Valores: autonomía en la toma de decisiones; respeto por la vida; dignidad ante el dolor o la muerte; valor del tiempo en familia; decisiones compartidas con la comunidad; preferencia por cuidados paliativos o medidas agresivas; honestidad como valor central en la relación clínica.
b) Costumbres: horarios de alimentación o de descanso; uso de remedios tradicionales o herbolarios; presencia de familiares en el proceso de atención; rituales cotidianos como rezos, música o vestimenta especial; prácticas de autocuidado vinculadas a su entorno cultural.
c) Creencias: religiosas, espirituales o filosóficas que influyen en decisiones clínicas (por ejemplo, rechazo a transfusiones, ayuno, uso de símbolos o rituales), creencias sobre el alma, el cuerpo y la muerte.

El establecimiento debe contar con un proceso formal para responder a necesidades relacionadas con estos aspectos, incluyendo el acompañamiento por personal capacitado. Todo el personal debe ser capacitado sobre su rol en la identificación y respeto del marco cultural, a fin de que su actuación sea congruente con el enfoque centrado en la persona. El respeto por este marco cultural se debe realizar alineado al cumplimiento de la legislación sanitaria vigente.

En el caso de los EPNI, el reconocimiento y respeto al marco cultural de los pacientes se asegura a través del compromiso directo de la persona profesional titular. Este debe garantizar que la atención sea congruente con los valores, costumbres y creencias de los pacientes y sus comunidades, alineada con la legislación sanitaria vigente. El respeto al marco cultural se convierte en un principio transversal de calidad y seguridad en la atención brindada.

i. Requerimiento auditable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)El establecimiento cuenta con un proceso institucional para identificar, registrar y actualizar el marco cultural del paciente como parte del expediente clínico.

(2)Existen mecanismos institucionales para respetar y considerar los valores, costumbres y creencias de los pacientes en la atención, cuando corresponde.

(3)El personal está capacitado sobre su rol en la identificación y respeto del marco cultural de los pacientes durante el proceso de atención, y cuenta con su constancia de capacitación en interculturalidad en salud.

(1)El personal de salud del EPNI está capacitado en la identificación y respeto del marco cultural de los pacientes y cuenta con su constancia de capacitación en interculturalidad en salud.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento institucional para el registro del marco cultural en el expediente clínico.
- Formatos, secciones o campos dentro del expediente que documentan valores, costumbres y creencias.
- Documentación de adecuaciones realizadas en la atención con base en el marco cultural del paciente.
- Procesos o redes de apoyo que contemplen derivaciones a líderes religiosos, guías espirituales o intérpretes culturales.
- Registros de capacitación al personal sobre diversidad cultural, trato respetuoso y enfoque centrado en la persona.
- Manuales, lineamientos o códigos institucionales que establezcan políticas de respeto a la diversidad cultural.

C. TRANSPARENCIA

a. Estándar 1/4. Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.

1. Guía.

La implementación del MOCEBPASS requiere el compromiso activo del gobierno del establecimiento. Esta figura directiva (sea una junta de gobierno, consejo de administración, corporativo o titular del establecimiento) tiene la responsabilidad de supervisar el funcionamiento general del establecimiento y garantizar que cuente

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

SIN VALIDEZ OFICIAL

con los recursos necesarios para ofrecer servicios seguros y de calidad a la población usuaria.

Entre sus funciones se incluyen la definición, supervisión y cumplimiento de objetivos institucionales relacionados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente. Para asegurar su impacto y efectividad, dichas responsabilidades deben estar claramente definidas y formar parte de un proceso estructurado de evaluación del desempeño, basado en criterios específicos y alineado con el MOCEBPASS.

La evaluación del desempeño del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento no sólo permite verificar el cumplimiento de sus atribuciones, sino que también fortalece la rendición de cuentas, la mejora continua de la gestión directiva y la toma de decisiones estratégicas informadas.

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido por escrito las responsabilidades del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento, incluyendo aquellas relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente.

(2)Se realiza al menos una evaluación anual documentada del desempeño de las personas que integran el cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

(3)La evaluación del desempeño incluye aspectos vinculados con la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que define las responsabilidades del gobierno del establecimiento.
- Informe o instrumento de evaluación anual del desempeño.
- Evidencia de que la evaluación incluye criterios relacionados con calidad y seguridad.
- Actas, reportes o minutas que documenten el análisis de resultados de la evaluación.

b. Estándar 2/4. Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención pueden complementar su operación mediante servicios subrogados, que son provistos por terceros ajenos a el establecimiento. Estos servicios

SIN VALIDEZ OFICIAL

pueden incluir: pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, patología, servicios de ambulancia, mantenimiento de equipos biomédicos, farmacia o almacén, limpieza y desinfección especializada, recolección de residuos peligrosos, recolección y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, servicios de esterilización, lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, control de plagas, tecnologías de la información o soporte de sistemas. La responsabilidad de supervisar los servicios subrogados corresponde al cuerpo de gobierno del establecimiento, a la alta dirección y a las personas responsables de área, según la estructura jerárquica y operativa de cada establecimiento.

La calidad de los servicios subrogados tiene un impacto directo en la experiencia de las personas usuarias, si ellos fallan en suministrar productos y/o servicios que cumplan con lo requerido (plazos de entrega, requisitos normativos, etc.) pueden impactar en la seguridad del paciente. Por ello, aunque el proveedor ejecute el servicio, la responsabilidad sobre la calidad del resultado final sigue siendo del establecimiento.

Cada establecimiento debe definir formalmente los criterios y especificaciones de calidad que se espera cumplir en cada servicio subrogado y los establece por escrito de manera formal o informal con el proveedor. Estos criterios deben incluir, como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP).

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la supervisión de los servicios subrogados. La periodicidad de esta supervisión será definida por el establecimiento, en función del tipo y la criticidad del servicio, pero deberá documentarse al menos una vez al año. Dicho proceso debe incluir la evaluación del cumplimiento de las especificaciones establecidas, el registro de los resultados y la implementación de acciones correctivas o de mejora cuando se identifiquen desviaciones. Además, el establecimiento debe definir el periodo de seguimiento para reevaluar las desviaciones identificadas; en estos casos, debe determinar y documentar una temporalidad específica para dar seguimiento adicional, de modo que se verifique el cumplimiento efectivo de las acciones correctivas o de mejora implementadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Los resultados de la supervisión deben ser comunicados tanto a los responsables internos como a las personas proveedoras del servicio, y formar parte del ciclo de mejora continua del establecimiento.

En el caso de los EPNI, cuando se contratan proveedores de servicios externos (como mantenimiento de equipos médicos, limpieza y desinfección especializada, farmacia o almacén, fumigación o recolección de residuos peligrosos, entre otros), la persona profesional titular es responsable de garantizar que dichos proveedores cuenten con las licencias, permisos y autorizaciones sanitarias correspondientes. Esta verificación debe realizarse de manera documentada, al menos una vez al año.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la supervisión de los servicios subrogados.

(2)Para cada servicio subrogado, se han definido por escrito las especificaciones de calidad, las cuales incluyen al menos los elementos señalados en los incisos a) a d) descritos en la guía.

(3)El establecimiento realiza la supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad para cada servicio subrogado, y documenta esta supervisión al menos una vez al año.

(4)Los resultados de la supervisión se comunican a las personas responsables internas y a los proveedores del servicio, y se toman acciones correctivas o de mejora cuando corresponda.

(1)Se verifica y documenta que los proveedores de servicios externos cuenten con los permisos y autorizaciones necesarias para operar, y que esta verificación se realice al menos una vez al año.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describa el proceso de supervisión de servicios subrogados.
- Listado de servicios subrogados activos, con responsables asignados para su seguimiento.
- Registros de supervisiones realizadas (formatos de verificación, listas de cotejo, evidencias documentales de cumplimiento).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Informes de supervisión con resultados y análisis de cumplimiento.
- Evidencia de comunicación de resultados a líderes internos y personas proveedoras (actas, correos institucionales, reportes de retroalimentación).
- Registros de acciones correctivas o de mejora implementadas como resultado de la supervisión.
- Contratos, convenios o acuerdos con proveedores que incluyan criterios de calidad o cláusulas de cumplimiento.
- Archivo con copias de licencias, permisos o autorizaciones vigentes de los proveedores externos. (EPNI)

c. Estándar 3/4. Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.

1. Guía.

Para garantizar que se cuente con espacios físicos adecuados, equipo funcional, personal suficiente u otros recursos esenciales estén disponibles conforme a las necesidades reales de operación, es indispensable que las personas responsables de cada área o servicio participen activamente en la identificación y recomendación de los recursos necesarios.

Esto incluye la evaluación periódica de los requerimientos en cuanto a infraestructura, mobiliario, tecnología médica, número y perfil del personal, y cualquier otro recurso relevante para la operación del área. Estas recomendaciones deben comunicarse a los niveles directivos o administrativos responsables de la gestión de recursos.

Adicionalmente, dado que en ocasiones los recursos disponibles no cubren completamente las necesidades o pueden verse afectados por factores externos (como escasez, fallas técnicas o rotación de personal), cada área debe contar con un proceso definido para actuar ante situaciones de insuficiencia de recursos, de forma que se preserve la seguridad y continuidad de la atención a los pacientes.

i. Requerimiento auditable.

(1) Las personas responsables de cada área o servicio identifican y comunican los recursos necesarios para prestar servicios, incluyendo:

(1.1) Espacio físico.

(1.2) Equipamiento médico.

(1.3) Personal requerido (cantidad y competencias).

(1.4) Otros recursos específicos según la naturaleza del servicio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado que establece la forma en que las personas responsables de cada área o servicio deben actuar ante situaciones de escasez de recursos, con el fin de preservar la seguridad y continuidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo

- Documentos, formatos o reportes mediante los cuales las personas responsables de áreas o servicios comunican sus necesidades de espacio, equipo, personal o recursos específicos (oficios, minutas, sistemas de solicitud interna).
- Listados de requerimientos técnicos u operativos por área, firmados o validados por las personas responsables.
- Evidencia de participación en reuniones de planeación o comités donde se aborden necesidades de recursos (actas, presentaciones, correos institucionales).
- Procesos institucionales para la gestión de escasez de recursos, incluidos planes de contingencia o rutas críticas.
- Manuales o lineamientos internos que definan el proceso de evaluación y solicitud de recursos operativos.

d. Estándar 4/4. Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, es importante que el personal profesional que forma parte de cada área o servicio cuente con la preparación, experiencia y competencias necesarias para realizar sus funciones de manera segura y efectiva.

Por eso, las personas responsables de cada área o servicio deben participar en la definición de los criterios que debe cumplir el personal que se integra a sus equipos. Esto incluye aspectos como nivel educativo, conocimientos técnicos, habilidades prácticas, experiencia previa y otros requisitos relevantes para cada función.

Cuando el proceso de contratación no depende directamente del establecimiento, esta participación puede darse a través de la emisión de criterios técnicos, revisión de perfiles de puesto, validación de documentación profesional, entrevistas técnicas, recomendaciones escritas o la comunicación formal de necesidades específicas del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas responsables de cada área o servicio participan en la definición o validación de los criterios que debe cumplir el personal profesional que integrará su equipo, incluyendo nivel educativo, conocimientos, habilidades y experiencia.

(2)El establecimiento considera estos criterios para la selección o recomendación del personal profesional asignado a cada área.

(3)Cuando la contratación no dependa directamente del establecimiento, este emite criterios o recomendaciones técnicas documentadas que son consideradas en el proceso de asignación de personal profesional.

(A). Referencia de apoyo

- Documentos institucionales que describan los criterios de selección del personal profesional por área o servicio (perfiles de puesto, matrices de competencias, lineamientos internos, etc.).
- Evidencia de participación de personas responsables de área en la definición o validación de estos criterios (actas de reunión, correos institucionales, reportes de planeación de personal).
- Registros de procesos de selección o recomendación en los que se haya aplicado o considerado la opinión técnica de los responsables de área.
- Solicitudes o recomendaciones emitidas por el establecimiento a instancias centrales sobre la incorporación o reasignación de personal.
- Instrumentos o reportes de entrevistas técnicas o revisiones documentadas en las que haya participado el establecimiento.

D. PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/7. Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.

1. Guía.

Como parte de su responsabilidad institucional, el cuerpo de gobierno y/o alta dirección y liderazgo del establecimiento deben asegurar que la planificación y organización de los servicios esté alineada con las características, necesidades y contexto sociocultural de la población a la que atienden.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para ello, el establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un diagnóstico actualizado de su comunidad de referencia, que considere datos demográficos (edades, género, nivel socioeconómico, escolaridad, entre otros), epidemiológicos (como prevalencia de enfermedades crónicas o infecciosas, factores de riesgo asociados, entre otros) y culturales relevantes que pueden influir en el acceso o aceptación de los servicios, así como grupos prioritarios (incluyendo grupos étnicos y poblaciones en situación de vulnerabilidad), barreras de acceso y condiciones sociales que incidan en la salud de la población usuaria.

Este diagnóstico debe orientar las decisiones estratégicas sobre la oferta de servicios y estar acompañado por una estrategia de comunicación institucional activa y continua con la comunidad, a través de medios adecuados al contexto (digitales, impresos, presenciales o comunitarios), para:

a) Informar sobre los servicios disponibles, horarios, y proceso para obtener la atención.
b) Informar sobre la calidad de los servicios, la cual se proporciona al público y organizaciones que reciben o envían pacientes.
c) Fortalecer la relación institucional con actores clave de la comunidad.

La responsabilidad de garantizar este vínculo estratégico con la comunidad debe recaer en el gobierno y liderazgo del establecimiento, quienes deben integrar estos elementos en la planeación institucional, en coherencia con la misión y el compromiso social del establecimiento.

En el caso de los EPNI, la planeación y organización de los servicios clínicos debe basarse en el conocimiento del perfil de la población que atiende. Para ello, la persona profesional titular debe contar con un diagnóstico básico que considere características demográficas, epidemiológicas, culturales y sociales de la comunidad. Esta información permite orientar la atención clínica, adecuar las recomendaciones y favorecer que los servicios respondan de manera pertinente y segura a las necesidades de la población.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido su área geográfica de influencia y los grupos de población y actores clave que atiende.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se cuenta con un diagnóstico documentado que describe las características demográficas, epidemiológicas, culturales y sociales de la población que atiende.
(3)Existe una estrategia de comunicación institucional vigente, orientada a la comunidad y adecuada a su contexto.
(4)Se proporciona información clara y accesible sobre los servicios, horarios y proceso para obtener la atención.
(5)El establecimiento comunica de forma periódica información relacionada con la calidad de los servicios prestados.

(1) Se cuenta con un diagnóstico documentado del tipo de población atendida, que considera características demográficas, epidemiológicas, culturales y sociales.

(A). Referencia de apoyo

- Diagnóstico de salud de la comunidad elaborado con base en datos demográficos, epidemiológicos, sociales y culturales actualizados.
- Registros o reportes de actividades de participación comunitaria o vinculación con actores clave (autoridades locales, organizaciones comunitarias, grupos prioritarios).
- Plan o estrategia de comunicación institucional dirigida a la comunidad, que incluya medios de difusión, públicos objetivo, mensajes clave y periodicidad.
- Materiales informativos utilizados para comunicar a la comunidad sobre los servicios, horarios y proceso de atención (folletos, carteles, redes sociales, sitio web, etc.).
- Evidencia de divulgación de resultados de calidad (boletines, informes, presentaciones públicas) orientados a población usuaria y organizaciones vinculadas.
- Registros de interacción o retroalimentación comunitaria, tales como encuestas de percepción, buzones comunitarios, entre otros.

b. Estándar 2/7. Medición de la cultura de seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

La cultura de seguridad del paciente es un componente esencial en la consolidación de organizaciones seguras, resilientes y comprometidas

SIN VALIDEZ OFICIAL

con la mejora continua. En los establecimientos de primer nivel de atención, medir esta cultura permite identificar fortalezas y áreas de oportunidad para fortalecer el cuidado, reducir riesgos y tomar decisiones estratégicas basadas en evidencia.

La cultura de seguridad del paciente se define como el producto de valores, percepciones, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y colectivos que reflejan el compromiso institucional y la manera en que el establecimiento gestiona la seguridad del paciente. Una cultura positiva se caracteriza por la existencia de comunicación fundamentada en la confianza mutua, percepción compartida de la importancia de la seguridad y reconocimiento de la eficacia en las medidas preventivas.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento debe asegurar que esta cultura se mida, al menos una vez al año, conforme a lo establecido en la Acción Esencial para la Seguridad del Paciente (AESP 8) mediante instrumentos validados. De los instrumentos de referencia son la encuesta desarrollada por la Agencia para la Investigación en Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ), o la versión adaptada por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), las cuales permiten:

a) Sensibilizar al personal sobre la importancia de la seguridad del paciente.
b) Evaluar el estado actual de la cultura de seguridad en el establecimiento.
c) Identificar áreas de fortaleza y mejora de la cultura de seguridad del paciente.
d) Medir los cambios en la cultura institucional a lo largo del tiempo.
e) Evaluar el impacto de intervenciones y estrategias implementadas para la seguridad del paciente.
f) Comparar resultados dentro del propio establecimiento o con otras instituciones similares.

La aplicación de esta medición debe considerar a personal clínico y no clínico, incluir todos los turnos y representar a las distintas funciones operativas. Los resultados obtenidos deben analizarse y utilizarse para priorizar áreas de mejora y definir las estrategias para mejorar las prioridades identificadas. La información obtenida se toma en cuenta para el diseño de los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS, en especial al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para medir y analizar la cultura de seguridad del paciente.
(2)Se ha definido el cuestionario validado que será utilizado para llevar a cabo la medición.
(3)Se ha determinado una muestra representativa, que incluye personal clínico y no clínico de todos los turnos.
(4)El cuestionario se aplica conforme a la periodicidad definida en la AESP 8.
(5)Los resultados de la medición se analizan de manera documentada anualmente.
(6)Se identifican prioridades de mejora con base en el análisis de los resultados.
(7)Se diseñan e implementan acciones y estrategias institucionales dirigidas a mejorar dichas prioridades.
(8)La información obtenida se vincula con los procesos clínicos y de gestión, y se integra al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que avale la implementación de la AESP 8.
- Encuesta AHRQ u otro instrumento validado de medición de cultura de seguridad.
- Procedimiento documentado para la medición.
- Criterios de selección de muestra.
- Resultados analizados de las mediciones anteriores.
- Planes de mejora derivados de las prioridades identificadas.
- Registro de acciones implementadas.

b. Estándar 3/7. Implementación de un programa de cultura justa.

1. Guía.

La cultura justa reconoce que los errores en los procesos de atención a la salud son en gran parte resultado de sistemas complejos e inseguros, y que las personas, aun actuando con buena intención, pueden cometer errores. Promueve un equilibrio en la responsabilidad individual y de la organización, el tratamiento que se le da a los actos cometidos (considera tanto las circunstancias como la intención), los conocimientos entre otros, para determinar las acciones ya sean

SIN VALIDEZ OFICIAL

individuales o institucionales, en un entorno de aprendizaje y mejora continua.

Un establecimiento con cultura justa distingue entre conductas humanas aceptables e inaceptables. No se castigan los errores derivados de decisiones razonables o de fallos del sistema; sin embargo, se actúa de forma proporcional ante conducta temeraria, incumplimientos intencionales o conductas de riesgo no justificadas.

El objetivo del programa de cultura justa es generar un ambiente de confianza en el que las personas puedan reportar errores, incidentes o condiciones inseguras sin temor a represalias. Esta apertura permite analizar los factores contribuyentes, fortalecer los procesos y prevenir daños futuros.

El programa de cultura justa debe estar formalmente adoptado, implementado por personas calificadas, y contener directrices claras sobre la clasificación de conductas (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria) y sus respectivas respuestas organizacionales. Su implementación debe formar parte integral del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

El programa debe contemplar al menos los siguientes elementos:

a) Declaratoria de compromiso del liderazgo: Documento firmado y difundido institucionalmente en el que el liderazgo asume públicamente su compromiso con la cultura justa, promueve su adopción y garantiza su sostenibilidad mediante apoyo operativo, técnico y simbólico.
b) Análisis de resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente y de cultura justa: El programa parte de los hallazgos de la evaluación institucional de la cultura de seguridad y de cultura justa, utilizando sus resultados para identificar oportunidades de fortalecimiento y orientar las actividades de sensibilización, formación y ajuste de procesos.
c) Capacitación en cultura justa y gestión organizacional del error: Formación obligatoria y documentada para todo el personal (clínico y no clínico), enfocada en los principios de la cultura justa, tipos de conducta, toma de decisiones seguras y el rol de los sistemas en la ocurrencia de errores.
d) Fortalecimiento del enfoque no punitivo en el sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad: Integración explícita de los principios de cultura justa en el sistema institucional de notificación, garantizando la confidencialidad, protección del personal notificante y una respuesta centrada en el análisis sistémico y el aprendizaje, no en la sanción.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Evaluar las conductas del personal de salud y respuestas organizacionales: Inclusión de un marco formal que permita clasificar la conducta involucrada en un incidente relacionado con la seguridad (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria), con criterios claros para la aplicación de medidas tanto individuales como organizacionales de forma proporcional y ética.
f) Proporcionar apoyo a las segundas víctimas: Definición de un mecanismo institucional formal para brindar apoyo emocional, psicológico y organizacional al personal de salud que ha estado involucrado en un evento relacionado con la seguridad del paciente y que experimenta impacto emocional o afectación funcional como resultado del mismo.
g) Indicadores del programa: Definición y monitoreo de indicadores específicos relacionados con el programa, como el número de reportes gestionados con enfoque justo, resolución de casos según tipificación de conductas o percepción del personal sobre la equidad organizacional.
h) Reevaluación periódica del programa: Evaluación formal y documentada de la implementación, efectividad y áreas de mejora del programa, con base en los resultados de sus indicadores, los eventos gestionados y la percepción del personal, con ajustes programados según necesidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha adoptado formalmente un programa de cultura justa como parte del modelo de gestión de calidad y seguridad del paciente.
(2) Existe una declaratoria institucional de compromiso del liderazgo con la cultura justa, firmada y difundida.
(3) El programa de cultura justa utiliza los resultados de la evaluación institucional de la cultura de seguridad del paciente y cultura justa para definir sus prioridades y acciones.
(4) El personal del establecimiento ha recibido capacitación sobre los principios de cultura justa, gestión del error y tipos de conducta.
(5) El sistema institucional de notificación de eventos adversos y cuasifallas ha incorporado principios de cultura justa que fortalecen el enfoque no punitivo.
(6) El programa incluye un marco de evaluación de conductas (error humano, conducta riesgosa, conducta temeraria) y establece respuestas individuales y organizacionales proporcionales.
(7) Se han definido e implementado indicadores específicos para el seguimiento del programa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(8)Se realiza una evaluación periódica documentada del programa, con base en sus indicadores, y se aplican ajustes conforme a los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional del programa de cultura justa, vigente y aprobado formalmente.
- Declaratoria firmada de compromiso del liderazgo institucional con la cultura justa (circulares, comunicados, actas de sesión, medios internos de difusión).
- Informe de resultados de la evaluación institucional de la cultura de seguridad del paciente y la cultura justa, así como evidencia de su uso en el diseño del programa.
- Listas de asistencia, constancias y contenidos de capacitación impartida sobre cultura justa, gestión del error y toma de decisiones seguras.
- Procedimiento o evidencia de adecuación del sistema de notificación de eventos adversos con incorporación del enfoque no punitivo.
- Documento que describe la tipificación de conductas (error humano, conducta riesgosa, negligencia intencional) y las acciones organizacionales asociadas.
- Registro de indicadores específicos del programa y reportes de monitoreo.
- Informe de evaluación periódica del programa y plan de mejora derivado de dicha revisión.
- Indicadores definidos por el establecimiento, que pueden incluir, entre otros:
  - Porcentaje de incidentes con clasificación de conducta temeraria o riesgosa.
  - Resultados de la evaluación periódica de la cultura justa y la cultura de seguridad.
  - Porcentaje de incidentes en los que la organización respaldó una decisión clínica bajo circunstancias adversas que no le permitieron tomar la conducta ideal.
  - Número de casos identificados como segundas víctimas y porcentaje de ellos que recibieron apoyo formal.
  - Comparativo de implementación del programa entre áreas clínicas, para identificar oportunidades de mejora y madurez organizacional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 4/7. Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.

1. Guía.

Situar a la persona usuaria en el centro del sistema de salud implica comprender su experiencia de manera integral. La experiencia del paciente abarca no solo la atención clínica recibida, sino también el entorno físico, la comunicación, la coordinación de los servicios y la interacción con todo el personal a lo largo del proceso de atención, incluso puede abarcar la experiencia antes y después del contacto con el establecimiento.

Según la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), la experiencia del paciente se refiere a todas las interacciones que un paciente tiene con el sistema de atención, incluyendo el acceso, la atención recibida y el trato de las y los profesionales de la salud. Por ejemplo, medir la experiencia puede incluir: obtención de citas oportunas, facilidad para comprender la información brindada, continuidad de la atención entre visitas o sesiones, participación del paciente en la toma de decisiones de su tratamiento

A diferencia de la satisfacción, que expresa una percepción subjetiva, la experiencia del paciente se basa en elementos tangibles y medibles de la atención médica. Es importante distinguir entre satisfacción del paciente y experiencia del paciente, ya que, aunque ambos términos suelen usarse indistintamente, en realidad se refieren a conceptos distintos. La satisfacción expresa el nivel de complacencia respecto a la atención recibida y está influida por expectativas individuales; en cambio, la experiencia del paciente se centra en aspectos objetivos del proceso de atención. Una persona puede sentirse satisfecha a pesar de haber tenido una experiencia negativa, o puede haber tenido una experiencia positiva, aunque sus expectativas no hayan sido totalmente cumplidas.

Medir la experiencia del paciente permite al establecimiento identificar fortalezas y áreas de mejora desde la perspectiva de quienes reciben la atención. La medición puede realizarse mediante encuestas validadas, entrevistas estructuradas, grupos focales u otros métodos definidos por el establecimiento, considerando su contexto, población atendida y recursos disponibles. La clave está en utilizar la información recolectada para analizar causas, rediseñar procesos y aplicar estrategias que mejoren la experiencia del paciente de forma continua.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En el caso de los EPNI, la medición de la experiencia del paciente es fundamental para identificar áreas de oportunidad en la calidad de la atención brindada. La persona profesional titular debe implementar mecanismos sencillos y periódicos para conocer la percepción de los pacientes respecto al trato recibido, la comunicación, la claridad de la información, los tiempos de espera y la seguridad en la atención. Esta retroalimentación permite ajustar procesos y fortalecer la confianza de la población en el servicio.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes.

(2)La experiencia del paciente se mide de forma regular durante todo el año mediante una herramienta estandarizada, adecuada al contexto del establecimiento.

(3)La información recolectada sobre la experiencia del paciente se analiza para identificar oportunidades de mejora en los procesos y se utiliza para implementar estrategias institucionales de mejora.

(1)Se cuenta con una forma documentada para evaluar la experiencia del paciente de manera regular.

(2)Se cuenta con evidencia de que los mecanismos de evaluación de la experiencia del paciente han sido aplicados y de que la información recolectada se analiza para identificar oportunidades de mejora del servicio que se ofrece.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describa el proceso para la medición de la experiencia del paciente.
- Instrumento estandarizado utilizado para la medición (encuesta validada, guía de entrevista, formato de grupo focal, etc.).
- Evidencia de aplicación periódica del instrumento (cronograma, registros de aplicación, muestras aplicadas).
- Bases de datos o reportes generados con los resultados de las mediciones realizadas.
- Análisis de resultados y reportes de oportunidades de mejora derivadas de la evaluación de la experiencia del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documentación de estrategias implementadas en respuesta a los hallazgos (planes de mejora, acciones correctivas, campañas, rediseños de procesos).
- Actas de reuniones, comités o equipos que analicen o tomen decisiones en función de los resultados.

d. Estándar 5/7. Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.

1. Guía.

La coordinación e integración de servicios es fundamental para ofrecer una atención segura y de calidad en un establecimiento de primer nivel de atención. Cuando los equipos multidisciplinarios trabajan de forma organizada y colaborativa, los procesos fluyen con mayor eficiencia, se evitan errores o duplicaciones, y se optimiza el uso de los recursos disponibles.

Esto implica que haya comunicación clara y efectiva entre las personas responsables de los distintos servicios, cada profesional debe contribuir al cuidado de la persona usuaria desde su rol específico, pero siempre de manera articulada con el resto del equipo.

La coordinación multidisciplinaria es particularmente crítica en los establecimientos, donde el trabajo conjunto de diversos equipos (que incluyen personal clínico y no clínico) es indispensable para garantizar la continuidad y seguridad del tratamiento, el cumplimiento de los protocolos de atención y la satisfacción de los pacientes.

Esta coordinación debe darse tanto al interior de cada servicio o área (entre sus integrantes), como entre diferentes servicios, promoviendo una visión de sistema que elimine la fragmentación, fomente la corresponsabilidad y mejore la eficiencia organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se evidencia la coordinación y la integración del trabajo entre las personas que conforman cada servicio o área del establecimiento.

(2) Se evidencia la coordinación y la integración entre distintos servicios o áreas del establecimiento.

(A) Referencia de apoyo

- Documentos que describan los procesos de coordinación interna entre servicios (protocolos de atención, manuales operativos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Actas, minutas o evidencias de reuniones periódicas entre equipos clínicos y no clínicos para la toma de decisiones conjuntas o seguimiento de casos.
- Registros de comunicación institucional entre servicios o áreas (correos institucionales, formatos de referenciación interna, reportes de coordinación).
- Evidencia de actividades o proyectos que involucren colaboración entre distintos servicios (planes de mejora, comités multidisciplinarios, capacitaciones conjuntas).
- Indicadores o reportes que reflejen mejoras asociadas a la coordinación entre áreas (reducción de duplicidades, continuidad del tratamiento, cumplimiento de protocolos).

e. Estándar 6/7. Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención tienen la responsabilidad ética y legal de asegurar que todas sus acciones (clínicas, administrativas y comerciales) se lleven a cabo con integridad, equidad y respeto a los derechos de los pacientes, su personal y su comunidad. Para lograrlo, el establecimiento debe contar con un marco institucional para el manejo ético, que oriente la conducta de su personal y garantice la protección de los pacientes.

Este marco debe incluir principios y lineamientos para:

a) La resolución de conflictos de interés (comerciales, contractuales, profesionales, entre otros).
b) La divulgación clara y honesta de los servicios que ofrece el establecimiento.
c) Políticas claras para la admisión, transferencia y alta.
d) La mercadotecnia institucional, sin prácticas engañosas o que generen falsas expectativas.
e) La facturación y cobro de servicios de forma precisa y transparente.
f) La resolución de conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención al paciente.

Además, el marco ético debe respaldar la toma de decisiones clínicas en situaciones complejas o dilemas éticos, ofreciendo al personal mecanismos de consulta y apoyo.

Para ello, el establecimiento debe contar (directamente o a través de instancias regionales o institucionales) con un grupo interdisciplinario o comité que tenga las siguientes funciones:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Analizar, orientar y apoyar en la toma de decisiones sobre dilemas éticos relacionados con la atención.
ii. Resolver conflictos que puedan comprometer el bienestar de los pacientes.
iii. Promover la elaboración de lineamientos y guías éticas en atención y gestión.

Este marco debe estar alineado con la normatividad aplicable y ser conocido por el personal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un marco institucional para el manejo ético que protege los derechos de los pacientes y guía la atención clínica y la gestión administrativa.
(2) El marco ético contempla políticas claras y documentadas sobre admisión, transferencia, alta, facturación, mercadotecnia, divulgación de servicios y resolución de conflictos de interés.
(3) El marco ético institucional incluye políticas claras y documentadas sobre los lineamientos descritos en los incisos a) a f).
(4) El establecimiento implementa acciones para cumplir con los lineamientos contenidos en los incisos a) a f), incluyendo mecanismos de resolución y supervisión.
(5) Existe un equipo o mecanismo interdisciplinario responsable de analizar, discutir y dar seguimiento a situaciones éticas relacionadas con la atención.
(6) El personal que enfrenta dilemas éticos en la atención clínica cuenta con respaldo institucional y tiene acceso oportuno a mecanismos de orientación, consulta o apoyo.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que describe el marco ético vigente (manual, código, política o lineamiento ético-institucional).
- Políticas o procesos específicos sobre admisión, transferencia, alta, facturación, mercadotecnia y divulgación de servicios.
- Documentación sobre la resolución de conflictos de interés o situaciones éticamente sensibles (actas, oficios, reportes de análisis).
- Actas, informes o evidencias del funcionamiento del comité o grupo interdisciplinario que da seguimiento a temas éticos.
- Registros de orientación brindada al personal ante dilemas éticos (consultas documentadas, acompañamiento de casos, asesoría ética).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales de difusión interna del marco ético (carteles, correos institucionales, sesiones informativas, capacitaciones).
- Registro de actualización del marco ético alineado con la normatividad aplicable.

f. Estándar 7/7. Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, los pacientes y sus cuidadores primarios tienen el derecho a expresar libremente sus quejas, desacuerdos o preocupaciones relacionadas con la atención recibida. Estas manifestaciones no deben considerarse como confrontación, sino como oportunidades para mejorar la calidad del servicio, fortalecer la confianza institucional y asegurar una atención centrada en la persona.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional que:

a) Informe a los pacientes y cuidadores primarios sobre cómo presentar una queja o expresar una diferencia de opinión.
b) Incluya mecanismos de análisis, seguimiento y resolución de manera oportuna de las quejas, conflictos o desacuerdos, siempre que sea posible.
c) Permita la participación de los pacientes y sus cuidadores primarios en el proceso de resolución, cuando corresponda.
d) Defina tiempos específicos de respuesta, conforme a los compromisos institucionales de calidad y trato digno, y toma como referencia los lineamientos aplicables vigentes.

Este proceso debe estar alineado con la cultura de derechos del paciente, con un enfoque no punitivo, y debe incluir mecanismos para identificar patrones y tendencias que puedan ser objeto de mejora continua.

En el caso de los EPNI, los pacientes y sus cuidadores primarios deben contar con un mecanismo claro y accesible para expresar quejas, desacuerdos o preocupaciones relacionadas con la atención recibida. Este mecanismo debe ser sencillo, documentado y conocido por la población atendida, de modo que permita canalizar y dar seguimiento a las inconformidades como parte del compromiso con la calidad y la mejora continua.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para que los pacientes y sus cuidadores primarios puedan expresar quejas, conflictos o diferencias de opinión sobre la atención recibida.

(2)Se informa a los pacientes y cuidadores primarios, de forma accesible y comprensible, sobre este proceso desde el inicio de la atención.

(3)El proceso contempla tiempos de respuesta, los cuales son conocidos por los usuarios y supervisados por el establecimiento.

(4)El establecimiento investiga y da seguimiento las quejas, conflictos y diferencias de opinión con base en el proceso definido y, de ser posible, se resuelven dichas situaciones de forma oportuna.

(5)El paciente y su cuidador primario participan en el proceso de resolución, cuando así lo requieran o sea pertinente.

(1)Se cuenta con un mecanismo documentado para que los pacientes puedan presentar una queja.

(2)Existe evidencia de que las quejas recibidas son registradas, analizadas y revisadas periódicamente como parte del proceso de mejora.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento institucional documentado para la recepción, análisis, seguimiento y resolución de quejas, conflictos o diferencias de opinión.
- Formatos, buzones físicos o digitales, plataformas o medios establecidos para la recepción de quejas (formularios, correos, códigos QR, etc.).
- Materiales informativos visibles y accesibles para los pacientes y cuidadores primarios (carteles, trípticos, señalética, videos institucionales).
- Registro o bitácora de quejas, conflictos o diferencias de opinión, con fechas, descripciones, responsables asignados y resolución final (cuando aplique).
- Evidencia de que se informa a los pacientes sobre este proceso desde su ingreso (checklist de ingreso, hoja de derechos, formatos de orientación).
- Indicadores de cumplimiento de tiempos de respuesta y reportes de supervisión sobre el proceso.
- Actas, minutas o reportes de reuniones de seguimiento de quejas o comités relacionados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros que evidencien la participación del paciente y su cuidador primario en la resolución de sus inconformidades (cuando corresponda).
- Análisis de tendencias, reportes consolidados o acciones de mejora derivadas de las quejas recibidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

VII. EJE ESTRUCTURAL: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

La administración efectiva de la información es fundamental para la toma de decisiones clínicas, operativas y estratégicas. Este eje estructural evalúa la capacidad del establecimiento para gestionar datos de manera segura, accesible, íntegra y útil, garantizando su disponibilidad oportuna y el cumplimiento de normativas aplicables en materia de protección de datos y sistemas de información.

Componente	Estándar	
A. Gestión de datos e información institucional	1	Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.
	2	Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.
	3	Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.
	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.
	5	Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.
	6	Conservación de los datos e información institucional.
	7	Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.
	8	Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.
	9	Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.
B. Gestión documental y sistemas de información	1	Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.
	2	Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas establecidos por el establecimiento.
	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.
	4	Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.
	5	Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.
	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.
C. Monitoreo y análisis de información	1	Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.
	2	Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.
	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.
	4	Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
D. Comunicación y acceso a la información	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.
	2	Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.
	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.
	4	Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.
	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.
	6	Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

A. GESTIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

a. Estándar 1/9. Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.

1. Guía.

La información generada en un establecimiento de primer nivel de atención es clave para brindar atención segura, coordinar al equipo de trabajo y tomar decisiones efectivas. Para asegurar que esta información, que incluya tanto los datos clínicos como los administrativos y operativos, sea útil, confiable y accesible, el establecimiento debe contar con un proceso institucional para su gestión.

Este proceso debe incorporar los aportes y necesidades de diferentes fuentes, tales como:

a) El personal clínico y no clínico que genera y consulta datos en la atención diaria.
b) Las personas líderes responsables de las áreas y servicios.
c) Y los actores externos que requieren información institucional, como aseguradoras, autoridades sanitarias, servicios subrogados u otros prestadores.

Además, el proceso debe tomar en cuenta:

i. La misión y servicios que ofrece el establecimiento.
ii. El nivel de complejidad y tamaño del establecimiento.
iii. Los recursos humanos y tecnológicos disponibles, asegurando usabilidad, accesibilidad y utilidad en todos los niveles de operación.
iv. La necesidad de facilitar la comunicación efectiva entre los equipos multidisciplinarios.
v. La legislación aplicable vigente.

Finalmente, es necesario definir qué datos e información deben gestionarse de forma estandarizada para que puedan agruparse, categorizarse y analizarse, facilitando la identificación de patrones y tendencias.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido los datos e información que deben ser gestionados de forma estandarizada, de acuerdo con su relevancia clínica y operativa.

(2)Se cuenta con un proceso documentado e implementado para la gestión de datos e información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El proceso para la gestión de la información toma en cuenta las necesidades de las fuentes mencionadas en los incisos a) al c).
(4)El proceso considera la misión, los servicios ofrecidos, los recursos disponibles, el nivel de complejidad del establecimiento y la legislación aplicable vigente.
(5)El proceso permite organizar y analizar la información para identificar patrones, tendencias y oportunidades de mejora.

(A) Referencia de apoyo

- Documento institucional que define los datos e información que deben gestionarse de forma estandarizada.
- Documento institucional que defina el proceso para la gestión de información clínica y administrativa.
- Evidencia de participación del personal clínico, administrativo y de gestión en el diseño del proceso de información.
- Ejemplos de informes institucionales que reflejan la agrupación, categorización o análisis de datos.
- Indicadores o reportes que muestran el uso de la información para la mejora de procesos o la toma de decisiones.

b. Estándar 2/9. Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.

1. Guía.

La información generada y utilizada en un establecimiento de primer nivel de atención puede contener datos sensibles que requieren medidas específicas de protección. Esta información incluye tanto contenidos clínicos como administrativos, operativos, financieros o relacionados con el personal, cuya difusión o uso indebido puede afectar los derechos de los pacientes o del equipo de salud.

El establecimiento debe identificar, a través de un análisis multidisciplinario, qué información será considerada confidencial. Esto puede incluir:

a) Los expedientes clínicos.
b) Información sobre el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
c) Datos personales, financieros o contractuales del personal o de los pacientes.
d) Información generada por proyectos de investigación, entre otros.

Con base en esta identificación, el establecimiento debe definir un proceso documentado que regule el acceso, manejo, almacenamiento y protección de dicha información. Este proceso debe contemplar tanto

SIN VALIDEZ OFICIAL

medidas técnicas como administrativas y debe alinearse con la legislación aplicable vigente.
Asimismo, se debe establecer un mecanismo para garantizar que los pacientes puedan acceder, de forma segura y controlada, a su propia información, asegurando la confidencialidad de otros pacientes o terceros.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado, mediante un análisis multidisciplinario, qué datos clínicos y no clínicos son considerados confidenciales.
(2) Se define un proceso institucional documentado e implementado para proteger la confidencialidad de esta información, conforme a la legislación aplicable.
(3) El establecimiento supervisa el cumplimiento del proceso para garantizar su aplicación.
(4) El personal conoce y aplica las medidas establecidas para garantizar la confidencialidad de la información.
(5) El establecimiento ha definido un proceso documentado, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que los pacientes puedan acceder a su información.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional que identifica y clasifica los tipos de información confidencial en el establecimiento.
- Procedimiento documentado que regula el acceso, manejo, almacenamiento y resguardo de la información confidencial.
- Registros de sesiones de capacitación al personal sobre confidencialidad y manejo de información sensible.
- Evidencia de implementación de medidas técnicas y administrativas para garantizar la confidencialidad (controles de acceso, resguardo físico/digital, autorizaciones).
- Auditorías, supervisiones o reportes institucionales que verifiquen el cumplimiento del proceso de protección de la confidencialidad.
- Procedimiento documentado para garantizar que los pacientes puedan acceder a su información clínica.
- Registros de solicitudes y respuestas de acceso a información por parte de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/9. Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.

1. Guía.

La seguridad de la información es una responsabilidad fundamental en los establecimientos de primer nivel de atención. Para garantizar que los datos no se alteren, pierdan o utilicen de forma indebida, el establecimiento debe definir e implementar medidas que aseguren la seguridad e integridad de toda la información generada.

Estas medidas deben establecer qué datos son sensibles o críticos, quién puede acceder a ellos y qué condiciones deben cumplirse para su consulta, modificación o resguardo. El acceso debe definirse con base en el perfil del personal, su función específica y su nivel de responsabilidad, incluyendo al personal en formación.

El proceso debe especificar:

a) Qué datos e información tiene acceso el personal.
b) Las responsabilidades del personal sobre el resguardo, integridad y manejo de los datos e información.
c) Y las acciones que se deben seguir en caso de una violación a la confidencialidad, seguridad o integridad de los datos e información.
d) Las medidas toman en cuenta todos los datos e información que genera el establecimiento, incluyendo lo relacionado con el plan de mejora de calidad y seguridad del paciente.

Un aspecto importante es asegurar que solo el personal autorizado pueda ingresar información al expediente clínico, y que exista trazabilidad sobre cada acceso o modificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido procesos institucionales documentados para garantizar la seguridad e integridad de los datos e información generados, incluyendo niveles diferenciados de seguridad según su clasificación.
(2) Se identifican las personas autorizadas para acceder a cada tipo de información, conforme a su función, y se garantiza que el acceso esté restringido según los niveles definidos.
(3) El proceso está implementado y cuenta con mecanismos de supervisión periódica para verificar su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento documentado para la gestión de la seguridad e integridad de la información clínica y no clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Matriz de clasificación de la información por niveles de sensibilidad o acceso.
- Registro de personal autorizado para acceder a cada categoría de información, conforme a funciones o perfiles.
- Evidencia de restricciones técnicas y administrativas de acceso a sistemas (bitácoras, contraseñas, roles, permisos).
- Registros de capacitación al personal sobre manejo seguro de información y protección de datos.
- Informes o actas de supervisión interna del seguimiento del proceso de seguridad e integridad de la información.

d. Estándar 4/9. Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención están obligadas a proteger la información personal que recaban, almacenan o transfieren durante la prestación de servicios, conforme a la legislación aplicable vigente.

Deben garantizar el respeto a los principios de licitud, consentimiento, calidad, finalidad, lealtad, proporcionalidad y responsabilidad en el uso de la información de sus pacientes, personal y otros actores relacionados con su operación. Para garantizar este cumplimiento, el establecimiento debe establecer un marco institucional para la protección de datos personales, con base en un análisis multidisciplinario, que contemple:

i. La identificación de manera multidisciplinaria de los procesos, momentos, responsables y áreas involucradas en el tratamiento de datos personales.

ii. La elaboración y difusión del aviso de privacidad, en formato físico o electrónico, conforme a los principios legales de información, consentimiento y finalidad, conforme a la legislación aplicable vigente. Incluye los siguientes datos:

   a) La identidad y domicilio del responsable.
   b) Los datos personales que serán sometidos a tratamiento, identificando aquéllos que son sensibles.
   c) Las finalidades del tratamiento de datos personales, distinguiendo aquéllas que requieren el consentimiento de la persona titular.
   d) Las opciones y medios que el responsable ofrezca a las personas titulares para limitar el uso o divulgación de los datos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Los mecanismos, medios y procesos para ejercer los derechos ARCO (Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición), de conformidad con lo dispuesto en esta Ley.
f) El procedimiento y medio por el cual el responsable comunicará a las personas titulares de cambios al aviso de privacidad, de conformidad con lo previsto en esta Ley.

iii. Las medidas administrativas y técnicas para asegurar el control, supervisión y evaluación de la seguridad, confidencialidad, conservación y destrucción controlada de la información.
iv. El consentimiento libre, específico e informado de las personas para el tratamiento de su información, cuando sea requerido por ley.

Este marco forma parte de una cultura organizacional que promueva activamente el respeto al derecho a la autodeterminación informativa de los pacientes, respeto a la privacidad y el uso ético de los datos personales.

En el caso de los EPNI, la protección de los datos personales de los pacientes es responsabilidad directa de la persona profesional titular. El establecimiento debe garantizar la confidencialidad, integridad y uso ético de la información recabada durante la atención, asegurando que exista un aviso de privacidad vigente, accesible y visible para las personas usuarias.
Este aviso debe cumplir con lo establecido en la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un aviso de privacidad vigente, accesible y visible, que incluye lo mencionado en los incisos de a) al f), conforme a la legislación aplicable.
(2) Se ha realizado un análisis institucional para identificar procesos y responsables involucrados en el tratamiento de datos personales.
(3) Existen mecanismos documentados de control y supervisión para garantizar el cumplimiento de las disposiciones legales en materia de protección de datos personales.

(1) Se cuenta cuenta con un aviso de privacidad vigente, accesible y visible, que incluye lo mencionado en los incisos de a) al f), conforme a la legislación aplicable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Aviso de privacidad vigente en formato impreso y/o digital, disponible para pacientes y personal.
- Documento de análisis institucional o mapeo de procesos que involucran tratamiento de datos personales.
- Manuales, protocolos o políticas internas de cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
- Registros de capacitación del personal sobre protección de datos personales y derechos ARCO.
- Informes de evaluación o auditoría interna del cumplimiento normativo.

e. Estándar 5/9. Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.

1. Guía.

La información clínica y datos personales de los pacientes, que se documentan en formato físico, electrónico o híbrido, es importante para la continuidad, seguridad y calidad de la atención a lo largo del tiempo. Esta información debe ser tratada como confidencial en todas las fases de su manejo, garantizando su resguardo y uso exclusivo por personas autorizadas.

El establecimiento debe implementar políticas y procesos que aseguren la confidencialidad, protección y seguridad, en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

Estas políticas deben incluir:

a) La difusión de la clasificación formal de la información clínica como confidencial.
b) Información clara para los pacientes sobre cómo se protege su información, en qué casos puede ser divulgada y bajo qué mecanismos se solicita su autorización.
c) Medidas para evitar divulgaciones no autorizadas en entornos públicos o digitales.
d) Capacitación continua del personal clínico y no clínico sobre la confidencialidad, protección y seguridad de la información clínica y datos personales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento informa a los pacientes sobre las medidas para garantizar la confidencialidad de su información, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento solicita y documenta la autorización expresa de los pacientes para la divulgación de información no amparada por la legislación aplicable vigente.
(3)La información clínica del paciente está clasificada y protegida como confidencial, y su acceso está regulado por mecanismos formales de control.
(4)El personal ha sido capacitado sobre el resguardo y uso responsable de la información clínica confidencial.

(A). Referencia de apoyo

- Políticas o procesos institucionales que incluyan acciones sobre confidencialidad, resguardo y divulgación de la información clínica, vigente y aprobado formalmente.
- Materiales informativos dirigidos a pacientes sobre la protección de sus datos personales y los derechos relacionados con su expediente clínico (folletos, carteles, sección en la hoja de ingreso, etc.).
- Formatos de consentimiento informado o autorizaciones específicas firmadas por el paciente para divulgar información en casos no previstos por la normativa.
- Documento que clasifique la información clínica como confidencial y regule su acceso (política de privacidad, manual de gestión de la información clínica, etc.).
- Listados de control de acceso a expedientes clínicos físicos o electrónicos (roles autorizados, bitácoras de acceso, permisos en sistemas informáticos).
- Evidencia de capacitación al personal clínico y no clínico sobre la confidencialidad, seguridad y protección de la información (constancias, listas de asistencia, contenidos de capacitación).
- Reportes o registros de supervisión interna o auditoría sobre el cumplimiento de las políticas de confidencialidad.
- Actas de comités, reportes de incidentes o acciones correctivas en casos de vulneración de la confidencialidad (cuando aplique).

f. Estándar 6/9. Conservación de los datos e información institucional.

1. Guía.

La información generada en los establecimientos de primer nivel de atención (como los expedientes clínicos, reportes administrativos, registros operativos o bases de datos) debe conservarse por un periodo que permita para cumplir con la legislación aplicable vigente, así como con los requerimientos institucionales (incluyendo fines de

SIN VALIDEZ OFICIAL

investigación y educación), operativos y de seguimiento clínico (como el respaldo a la atención de los pacientes).

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la conservación de la información, que establezca:

a) Los tiempos de conservación de cada tipo de dato o documento, conforme a la legislación aplicable vigente (por ejemplo, cinco años para expedientes clínicos a partir del último acto médico).
b) Las medidas necesarias para resguardar su confidencialidad y seguridad durante ese periodo.
c) Y los criterios y pasos para su destrucción segura una vez que se cumpla el periodo establecido.

Este proceso debe aplicarse tanto a la información física como digital, considerando los riesgos de pérdida, daño o acceso indebido.

En el caso de los EPNI, la conservación de la información clínica e institucional debe garantizar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente. La persona profesional titular del establecimiento es responsable de asegurar que el archivo clínico de los pacientes y demás documentación generada se resguarde en un área definida y bajo condiciones que protejan su confidencialidad, integridad y disponibilidad.
La documentación debe conservarse por un periodo mínimo de cinco años, posterior al último acto registrado en el expediente, con procesos que prevengan pérdida, daño o acceso indebido.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para la conservación de los datos e información que genera.
(2) El proceso establece los tiempos de conservación de los datos e información, de acuerdo con las necesidades institucionales y a la legislación aplicable vigente.
(3) Se implementan medidas de seguridad y confidencialidad durante el periodo de conservación.
(4) La información se destruye de forma controlada y segura al finalizar el periodo establecido, conforme a criterios institucionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con un área definida y una descripción documentada del resguardo del archivo clínico, asegurando su conservación por cinco años conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento documentado sobre conservación, resguardo y destrucción de información clínica y no clínica.
- Tablas o registros de tiempos de conservación por tipo de documento.
- Evidencia de medidas de confidencialidad y seguridad durante el resguardo: gabinete bajo llave, registros de limpieza/orden, etiquetas sin datos sensibles; para archivo digital, política de contraseñas/usuarios, bitácora de respaldos y ubicación segura de copias, entre otras.
- Registros o actas de eliminación segura de documentos físicos o electrónicos.

g. Estándar 7/9. Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.

1. Guía.

Los datos e información que genera y utiliza un establecimiento de primer nivel de atención (tanto en formato físico como electrónico) deben estar protegidos en todo momento frente a riesgos de pérdida, destrucción, alteración o acceso no autorizado. Para ello, el establecimiento debe contar con una política o proceso documentado que defina los mecanismos, responsables, medidas preventivas y acciones correctivas en caso de incidentes relacionados con la seguridad de la información.

Esto incluye información clínica, administrativa, financiera y operativa, cuya integridad y disponibilidad son fundamentales para asegurar la continuidad de la atención y el cumplimiento normativo.

La protección debe contemplar medidas técnicas y organizativas como:

a) Controles de acceso físico a espacios donde se resguarda información sensible (por ejemplo, expedientes clínicos o bases de datos administrativas).

b) Controles de acceso a la información digital con medidas de seguridad electrónica, como el uso de contraseñas, cifrado, respaldos automáticos o restricciones de acceso por rol.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Condiciones ambientales apropiadas para almacenamiento físico, que prevengan daño por agua, fuego, humedad o calor excesivo.
d) Supervisión y monitoreo del cumplimiento de las medidas implementadas.

Estas acciones deben formar parte de una estrategia integral de seguridad de la información, conforme a la legislación aplicable vigente y principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso documentado e implementado que establece las medidas que protegen los datos y la información contra pérdidas o destrucción, tanto en formato físico como electrónico.
(2) El establecimiento cuenta con un proceso documentado e implementado que establece las medidas para evitar la alteración, el acceso o el uso no autorizados de los datos e información bajo su resguardo.
(3) Se supervisa periódicamente el cumplimiento de estas medidas, y se cuenta con mecanismos de respuesta ante incidentes de seguridad de la información.

(A). Referencia de apoyo

- Políticas o lineamientos institucionales sobre seguridad de la información y protección de datos.
- Evidencia de controles físicos: puertas de acceso restringido, archivadores cerrados, videovigilancia.
- Evidencia de controles digitales: contraseñas, sistemas con acceso por perfil, registros de actividad.
- Procesos de respaldo y recuperación ante pérdida de datos (Backups).
- Registros de capacitación al personal sobre seguridad de la información.
- Bitácoras o informes de supervisión interna sobre cumplimiento de medidas de protección.

h. Estándar 8/9. Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención deben garantizar que las personas usuarias de la información (ya sean internas o externas al

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecimiento) accedan a los datos necesarios para cumplir con sus funciones, tomar decisiones informadas o ejercer sus derechos.

El formato y los métodos de difusión de datos e información deben adaptarse para facilitar su comprensión y aplicación por parte de cada usuario. Las estrategias institucionales para la difusión de información incluyen:

a) Proporcionar únicamente los datos e información que el usuario solicite o necesite.
b) Presentar los datos en un formato útil que facilite su uso en la toma de decisiones.
c) Proporcionar informes de manera oportuna y con la frecuencia que el usuario requiera.
d) Definir los tiempos de respuesta del establecimiento a las solicitudes de los usuarios.
e) Vincular datos provenientes de diferentes fuentes, cuando sea necesario consolidar información.
f) Ofrecer interpretación o aclaración de datos para apoyar su comprensión adecuada.

Asimismo, el establecimiento debe definir y documentar los tiempos de respuesta institucionales para atender solicitudes de información, considerando criterios de urgencia clínica, requerimientos administrativos o normativos. Estos tiempos deben ajustarse periódicamente en función del desempeño, la retroalimentación de los usuarios y los cambios en los procesos de atención.

Estas estrategias no deben comprometer la seguridad ni confidencialidad de la información.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento asegura la difusión oportuna de datos e información a las personas usuarias, conforme a sus necesidades, incluyendo tiempos de respuesta definidos institucionalmente y ajustados al tipo de solicitud.
(2) Los usuarios internos y externos reciben los datos e información en el formato que facilita su uso y aplicación.
(3) La información se proporciona con la frecuencia requerida y se interpreta o aclara, cuando corresponde.
(4) El personal del establecimiento tiene acceso a los datos e información necesarios para el cumplimiento de sus funciones.

(A). Referencia de apoyo

- Procesos documentados de acceso, entrega y difusión de información clínica y administrativa.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Solicitudes de información atendidas (internas y externas) con evidencia de oportunidad y formato adecuado.
- Registros de entrega periódica de reportes o informes a áreas clínicas, administrativas o de gestión.
- Instrumentos de identificación de necesidades de información por tipo de usuario.
- Reportes o formatos de interpretación de datos para usuarios no técnicos.
- Auditorías o controles de acceso a información relevante para funciones operativas.

i. Estándar 9/9. Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.

1. Guía.

La tecnología utilizada para gestionar la información clínica y administrativa en un establecimiento de primer nivel de atención representa una inversión estratégica que debe responder a las necesidades operativas, clínicas y de gestión del establecimiento. Su selección, integración y utilización debe realizarse con base en criterios de viabilidad, funcionalidad, sostenibilidad y alineación con los procesos de manejo de la información existentes.

Para lograrlo, es fundamental que participe un equipo multidisciplinario, integrados por:

a) Personal clínico, que garantice que la tecnología sea útil para la atención y el seguimiento de los pacientes.
b) Personal no clínico, que asegure su funcionalidad en los procesos administrativos y de apoyo.
c) Personal directivo o responsable de las áreas o servicios, que evalúe la alineación con los objetivos estratégicos y la viabilidad técnica y financiera.

Esta participación conjunta permite seleccionar tecnologías que sean realmente útiles, que se integren sin fricciones a los flujos de trabajo, y que favorezcan la coordinación entre las áreas, evitando inversiones innecesarias o herramientas subutilizadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal clínico, no clínico, personal directivo o responsable de área o servicio participa en las decisiones relacionadas con la selección, integración o uso de tecnología para la gestión de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

(A). Referencia de apoyo

- Actas o registros de reuniones donde se documente la participación de equipos clínicos, administrativos y directivos en la selección de tecnología.
- Documentación de criterios de evaluación utilizados para seleccionar herramientas tecnológicas.
- Proyectos o reportes de implementación tecnológica donde se presente el enfoque multidisciplinario.
- Políticas o lineamientos institucionales para la adquisición e integración de sistemas de información.

B. GESTIÓN DOCUMENTAL Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN

a. Estándar 1/6. Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.

1. Guía.

Los documentos institucionales constituyen un componente esencial para el funcionamiento ordenado, seguro y estandarizado de los establecimientos de primer nivel de atención.

Estos documentos deben ser el resultado de un trabajo multidisciplinario y colaborativo, en el que participen personas responsables de las distintas áreas del establecimiento. Este enfoque garantiza que los documentos que sustentan los procesos clínicos, operativos y administrativos, respondan al contexto operativo real, sean y faciliten la implementación sistemática y estandarizada, control y mejora continua.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado para la elaboración, aprobación, revisión, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos, que asegure su vigencia, legibilidad, trazabilidad y disponibilidad en los puntos de uso. Este proceso debe estar alineado con la legislación aplicable vigente, el cual debe contemplar al menos:

a) La revisión y aprobación por personal autorizado antes de su publicación.
b) La frecuencia y mecanismos para su revisión y actualización continua.
c) Los controles para asegurar que sólo se utilicen y estén disponibles las versiones vigentes.
d) La trazabilidad de los cambios realizados en los documentos.
e) La conservación de la legibilidad e integridad del documento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) El control de documentos provenientes de fuentes externas al establecimiento.
g) La conservación de documentos obsoletos por el tiempo requerido por la legislación aplicable vigente, asegurando evitar su uso por error.
h) La identificación y seguimiento de todos los documentos en circulación.

El sistema de gestión documental debe permitir identificar cada documento por título, fechas de emisión, fecha de edición y/o revisión, número de páginas, responsable de su autorización, responsable de su revisión y, si corresponde, su registro en bases de datos o sistemas electrónicos.

Todos los documentos relacionados con la operación del establecimiento (incluidos los vinculados al MOCEBPASS) están vigentes y deben ajustarse al proceso definido.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la elaboración, aprobación, revisión, actualización, distribución, conservación y retiro de documentos institucionales, que incluye al menos los incisos a) a h) descritos en la guía.

(2) Todos los documentos relacionados con el MOCEBPASS se encuentran vigentes y elaborados conforme al proceso institucional definido.

(A). Referencia de apoyo

- Política o proceso institucional para la gestión documental.
- Matriz de control de documentos: registros de revisiones, responsables, versiones vigentes y fechas de actualización.
- Documentos vigentes relacionados con el MOCEBPASS (ej. planes, manuales, protocolos, lineamientos).
- Sistemas de gestión documental electrónicos o físicos utilizados por el establecimiento para asegurar trazabilidad y control.
- Evidencia de retiro seguro y controlado de documentos obsoletos, conforme al tiempo exigido por la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/6. Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.

1. Guía.

El uso estandarizado de códigos, símbolos, abreviaturas es fundamental para asegurar la claridad, precisión y consistencia de la información en los registros del establecimiento. Esta estandarización debe alinearse con la legislación aplicable vigente y permite la agrupación, análisis y la comparación de datos e información del establecimiento.

El establecimiento debe contar con un listado institucional documentado y actualizado que identifique:

a) Los códigos validados para su uso en diagnósticos y procedimientos.
b) Los símbolos autorizados (como los correspondientes a elementos químicos o signos vitales).
c) Las abreviaturas permitidas en los registros.

Todo código, símbolo o abreviatura que no esté explícitamente incluido en el listado institucional debe considerarse no autorizado para su uso. Esta medida promueve el uso seguro y claro del lenguaje técnico en el establecimiento y contribuye a la seguridad de la atención, reduciendo el riesgo de ambigüedad o errores de interpretación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado institucional documentado de códigos, símbolos y abreviaturas estandarizadas.
(2) Se emplean exclusivamente los códigos de diagnóstico y procedimientos contenidos en el listado institucional, y su uso está controlado.
(3) Se emplean exclusivamente los símbolos y abreviaturas contenidas en el listado institucional, y su uso está controlado.

(A). Referencia de apoyo

- Listado institucional documentado y vigente de códigos de diagnóstico y procedimientos autorizados.
- Listado institucional de abreviaturas y símbolos autorizados.
- Evidencia de control del uso de abreviaturas y símbolos en los registros clínicos (por ejemplo, revisiones de expedientes o auditorías internas).
- Manual o política institucional sobre estandarización terminológica en registros clínicos y administrativos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de capacitación o sensibilización al personal sobre el uso correcto de terminología técnica, abreviaturas y nomenclatura.
- Documentación de alineación del listado con sistemas de codificación estandarizados.

c. Estándar 3/6. Generación del expediente clínico para cada paciente atendido. – Indispensable –

1. Guía.

Toda persona que recibe atención médica en el establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un expediente clínico individual. Este documento constituye la base de registro, seguimiento y referencia de los procesos clínicos, y debe mantenerse disponible desde el primer contacto con el paciente.

El expediente clínico debe estar vinculado a un identificador único y exclusivo por paciente (ya sea un número de expediente o cualquier otro mecanismo validado institucionalmente) que permita ubicar fácilmente la documentación, evitar duplicidades y asegurar la trazabilidad de la información a lo largo del tiempo.

Este registro debe implementarse de manera uniforme en todos los servicios que presten atención clínica dentro del alcance del establecimiento, tanto en registros físicos como electrónicos, según el contexto operativo de cada organización. El expediente debe iniciar con el primer acto clínico y mantenerse actualizado acorde a la legislación aplicable vigente.

En el caso de los EPNI, toda persona que recibe atención en salud (médica, nutricional, psicológica, fisioterapéutica, odontológica u otra) debe contar con un expediente clínico individual, que registre de manera clara y suficiente la atención brindada y permita su seguimiento conforme a la legislación aplicable vigente. La persona profesional titular es responsable de asegurar que cada atención quede registrada y vinculada al paciente correspondiente, de manera que pueda correlacionarse la información clínica en el tiempo. Asimismo, cada expediente debe contar con un identificador único que garantice su control, facilite el seguimiento de las personas atendidas y asegure la trazabilidad de la información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento abre un expediente clínico individual para cada paciente que recibe atención en el establecimiento.

(2)Cada expediente clínico cuenta con un identificador único que permite su control, seguimiento y vinculación con la atención brindada.

(3)La apertura y actualización del expediente clínico se realiza a partir del primer acto clínico y durante todo el proceso de atención.

(1)Se cuenta con un listado de atenciones y sus expedientes clínicos, así como un mecanismo para correlacionarlos.

(2)El expediente clínico de cada paciente cuenta con un identificador único que permite su control y seguimiento.

(3)El expediente clínico se mantiene actualizado y contiene la información necesaria para dar continuidad a la atención.

(A). Referencia de apoyo

- Política institucional de apertura, registro y control del expediente clínico.
- Registro o sistema institucional para la asignación de identificadores únicos de pacientes.
- Evidencia documental o digital de expedientes clínicos abiertos para todos los pacientes atendidos.
- Procesos que aseguren la integridad y continuidad del expediente durante la atención del paciente.

d. Estándar 4/6. Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.

1. Guía.

El expediente clínico debe contener información suficiente y estructurada que permita identificar al paciente, respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento, documentar el curso de la atención, y evaluar sus resultados del tratamiento. Esta información es esencial para asegurar la continuidad entre los distintos profesionales que intervienen en la atención del paciente dentro del establecimiento de primer nivel de atención.

El contenido debe documentarse de forma clara y oportuna, conforme al perfil profesional de cada persona que presta atención clínica o de

SIN VALIDEZ OFICIAL

apoyo al paciente. Esto incluye, además del personal médico y de enfermería, las evaluaciones y registros de los profesionales como nutriólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.
El uso de formatos y campos estandarizados contribuye a mejorar la integración del expediente, promueve la continuidad de la atención y trazabilidad del cuidado, facilita la comunicación entre equipos multidisciplinarios que participan en la atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)El expediente clínico incluye información suficiente para:
(1.1) Identificar al paciente.
(1.2) Apoyar el diagnóstico.
(1.3) Justificar la atención y el tratamiento.
(1.4) Documentar el curso y los resultados de la atención.
(2)Se encuentran documentadas las evaluaciones e intervenciones realizadas por todo el personal clínico o de apoyo que haya participado en la atención del paciente.

(A). Referencia de apoyo

- Lineamientos para la integración y conservación del expediente clínico en establecimientos para la atención médica emitidos en la legislación aplicable vigente.
- Manual institucional de llenado del expediente clínico (formato físico o digital).
- Registros clínicos del personal de apoyo (nutrición, trabajo social, psicología, etc.).
- Auditorías internas o externas del contenido del expediente clínico.
- Formatos estandarizados de notas médicas, de enfermería, interconsultas y evolución clínica.
- Sistemas electrónicos institucionales que integren de forma ordenada las intervenciones por profesional de salud.

e. Estándar 5/6. Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.

1. Guía.

El expediente clínico es una herramienta esencial para la continuidad en la atención de los pacientes en establecimientos de primer nivel de atención. Por lo tanto, es indispensable establecer controles que aseguren que:

- Solo personal autorizado pueda ingresar información.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Se cuente con criterios definidos sobre el contenido, formato, estructura y ubicación de la información ingresada por el personal autorizado, acorde a la legislación aplicable vigente.
- Todas las entradas en el expediente estén debidamente identificadas, fechadas y firmadas para garantizar la trazabilidad.

El establecimiento debe definir un proceso que incluya:

a) La identificación del personal con autorización para ingresar y registrar información en el expediente clínico, con base en su perfil profesional y sus responsabilidades.
b) Los contenidos mínimos obligatorios que deben integrar en los registros según el tipo de intervención (médica, de enfermería, nutricional, psicológica, etc.), acorde a la legislación aplicable vigente.
c) La obligación de incluir en cada registro clínico los siguientes elementos:
   i. Nombre completo del profesional que la elabora.
   ii. Fecha y hora de registro.
   iii. Firma autógrafa o electrónica, conforme al medio utilizado (físico o digital).

Estas medidas garantizan la confiabilidad del expediente clínico, la trazabilidad de los actos médicos y el cumplimiento normativo aplicable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido qué personal está autorizado para ingresar información en los expedientes clínicos.
(2) Se cuenta con lineamientos institucionales sobre el contenido, formato, estructura y ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.
(3) Cada registro en el expediente clínico contiene lo definido en los incisos i) al iii).
(4) Se garantiza que sólo el personal autorizado registre información clínica, de acuerdo con lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo

- Lineamientos institucionales o manuales internos que definan:
- Perfiles profesionales con autorización para registrar en el expediente.
- Formato, estructura y ubicación de los registros.
- Protocolo de firmas (autógrafa o electrónica).
- Política de control de accesos a expedientes clínicos físicos y electrónicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Auditorías internas o reportes de revisión que documenten la trazabilidad de entradas en los expedientes clínicos.

f. Estándar 6/6. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico. – Indispensable –

1. Guía.

Los expedientes clínicos, tanto físicos como electrónicos, son documentos oficiales que respaldan la atención proporcionada a las personas pacientes. Por tanto, su contenido, estructura y resguardo deben cumplir con la legislación aplicable vigente. Asimismo, deben integrarse los registros de los procesos clínicos y de gestión relacionados con el MOCEBPASS.

Cuando el establecimiento cuente con Expediente Clínico Electrónico (ECE), debe asegurarse que:

a) El sistema se encuentre certificado de acuerdo a la NOM-024-SSA-2012 o se encuentre en el proceso. En caso de estar en proceso el establecimiento deberá cumplir con la etapa 7: que consiste en el cumplimiento de los requisitos documentales (documentación para acreditar la constitución de una empresa o institución, documentación para acreditar la personalidad jurídica para presentación de actos, documentación que acredite la titularidad o derechos de comercialización y documento de índole fiscal); por lo que el nombre se debe encontrar en la lista publicada de los que están en seguimiento de SIRES en proceso de certificación o Sistema de Información de Registro Electrónico para la Salud (SIRES) certificados en la página: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/sires_certificacion_gobmx.html; en caso de instituciones públicas y sociales deberán comprobar haber realizado las acciones correspondientes para la gestión del trámite por la entidad responsable de su institución.

b) Se implementen medidas de seguridad para proteger la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información (acceso controlado, respaldo, trazabilidad y cifrado de datos).

c) El personal esté capacitado en el uso del sistema, así como en las obligaciones legales y éticas sobre el manejo de información clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En el caso de los EPNI, el expediente clínico constituye un documento oficial que respalda la atención brindada a cada paciente. Su contenido, estructura y resguardo deben cumplir con lo establecido en la legislación aplicable vigente. La persona profesional de la salud titular es responsable de que cada expediente clínico incluya los elementos normativos requeridos. El expediente debe mantenerse actualizado, en formato físico o electrónico, y conservarse de manera que se prevenga pérdida, daño o acceso indebido.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los expedientes clínicos cumplen con los requisitos establecidos por la legislación aplicable vigente y/o haber iniciado las gestiones para el trámite correspondiente.

(2)Se documentan en los expedientes clínicos los registros requeridos por el MOCEBPASS.

(3)En caso de contar con ECE, el sistema:

(3.1) Cumple con los requisitos técnicos de la legislación aplicable vigente.

(3.2) Está certificado o en proceso (etapa 7), conforme al procedimiento oficial de evaluación de la conformidad: http://www.dgis.salud.gob.mx/images/certificacion/LineaTiempo-PEC_20220804.svg

(3.3) Garantiza la seguridad de la información mediante mecanismos como control de acceso, trazabilidad y cifrado.

(1)El expediente clínico cumple con los requisitos establecidos por la legislación aplicable vigente y se conserva actualizado.

(2)En caso de contar con ECE, el sistema cumple con los requerimientos auditables anteriormente mencionados.

(A). Referencia de apoyo

- Manual institucional de operación del expediente clínico, y cuando aplique, ECE.
- Evidencia de capacitación del personal en el uso del sistema del Expediente Clínico y manejo de información.
- Evidencia de los registros relacionados con los procesos clínicos y de gestión del MOCEBPASS.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- DGIS. Etapas del procedimiento de certificación: http://www.dgis.salud.gob.mx/images/certificacion/LineaTiempo-PEC_20220804.svg

C. MONITOREO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

a. Estándar 1/4. Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.

1. Guía.

La agrupación, categorización y análisis de los datos e información generados por el establecimiento de primer nivel de atención son fundamentales para respaldar la toma de decisiones de los procesos clínicos y de gestión. Esto permite construir un perfil del establecimiento a lo largo del tiempo, identificar variaciones relevantes, y generar conocimiento útil para la mejora del desempeño institucional.
El establecimiento debe contar con un proceso institucional documentado que defina:

a) Qué datos e información deben agruparse y categorizarse.
b) Métodos y herramientas utilizados para el análisis de los datos e información para identificar patrones, tendencias, puntos críticos u oportunidades de mejora.
c) De qué manera se utilizan los resultados del análisis para la toma de decisiones, la evaluación de procesos y la mejora continua.

En particular, para los líderes del establecimiento, el análisis de datos agrupados y categorizados sobre la supervisión de procesos clínicos y de gestión de los servicios y los resultados del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente proporciona una base objetiva para comprender el desempeño institucional, identificar áreas de oportunidad y orientar acciones de mejora preventivas o correctivas basadas en evidencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para agrupar, categorizar y analizar los datos e información generados en el establecimiento.
(2) Los datos e información incluyen al menos, los procesos clínicos y de gestión relacionados con el MOCEBPASS, la supervisión de éstos y el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(3) El análisis permite identificar patrones, tendencias o variaciones que orienten la toma de decisiones y acciones de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento documentado del establecimiento para el análisis de datos clínicos, administrativos y de gestión.
- Reportes o tableros institucionales donde se agrupen y analicen datos por proceso, periodo o categoría (por ejemplo: indicadores, semáforos, dashboards).
- Minutas de reuniones, actas de comités o reportes de áreas que muestren el uso del análisis para toma de decisiones.
- Ejemplos de acciones correctivas o preventivas implementadas a partir del análisis de datos institucionales.
- Documentación o informes del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente que muestren el uso de análisis por patrones o tendencias.
- Herramientas o formatos utilizados para la categorización, agrupación o visualización de datos (por ejemplo: matrices, herramientas estadísticas, software de análisis).

b. Estándar 2/4. Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.

1. Guía.

Comparar el desempeño institucional con otros establecimientos de atención similares es una estrategia clave para identificar oportunidades de mejora con base en evidencia. Los establecimientos de primer nivel de atención pueden participar en bases de datos externas o consultar información proveniente de redes colaborativas, instituciones académicas, organismos públicos o entidades del sector salud.

El uso de estas fuentes externas debe integrarse a la gestión de la calidad institucional, particularmente en el marco del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Estas bases de datos permiten contrastar resultados propios con estándares locales, nacionales o internacionales, contribuyendo a:

a) Detectar brechas de desempeño.
b) Analizar tendencias del sector.
c) Fortalecer procesos clínicos y de gestión.
d) Informar decisiones estratégicas institucionales.

El establecimiento debe identificar los datos que comparte o consulta a través de bases de datos externas, así como los criterios y frecuencia con los que se accede a esta información. En todos los casos, debe garantizar la confidencialidad, integridad y seguridad de los datos utilizados o proporcionados, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o utilizar información proveniente de ellas.

(2)El establecimiento contribuye o consulta datos e información, asegurando la confidencialidad y la seguridad de la información, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.

(3)La información obtenida de bases de datos externas se utiliza para comparar el desempeño institucional y apoyar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso para la participación o uso de bases de datos externas.
- Registro de bases de datos en las que participa el establecimiento o de las que obtiene información.
- Reportes comparativos de desempeño con análisis institucionales asociados.
- Evidencia de cumplimiento de normatividad en protección de datos (consentimientos, convenios, políticas).
- Minutas o reportes de comités donde se haya discutido el análisis comparativo.
- Acciones de mejora documentadas derivadas de los resultados comparados.

c. Estándar 3/4. Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.

1. Guía.

La revisión sistemática del contenido de los expedientes clínicos permite garantizar la calidad, legibilidad y coherencia de la información documentada en los establecimientos de primer nivel de atención Este proceso contribuye directamente a la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo.

El establecimiento debe contar con un proceso de revisión que contemple:

a) La inclusión de expedientes clínicos abiertos (pacientes que reciben atención) y cerrados (pacientes dados de alta o baja, cambio de institución, suspensión de tratamiento, fallecimiento, entre otros).

b) Una muestra representativa de expedientes clínicos que incluya: las diferentes áreas, diversos turnos, disciplinas, entre otros.

c) La definición de la periodicidad conforme a la legislación aplicable vigente y lineamientos institucionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Un enfoque en la calidad del registro: completo, legible, oportuno, coherencia del manejo del paciente y continuidad de las acciones propuestas.
e) La revisión debe ser coordinada por un grupo multidisciplinario (Comité del Expediente Clínico), conformado por personal médico, de enfermería y otros profesionales autorizados a ingresar información clínica al expediente.
f) La evaluación del cumplimiento de la legislación aplicable vigente y los requerimientos del MOCEBPASS.

Los resultados de esta revisión deben ser analizados para identificar patrones o tendencias, e integrarse al análisis de riesgos y problemas del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este proceso forma parte de las actividades de mejora del establecimiento y las áreas de oportunidad detectadas son base para definir e implementar acciones de mejora.

En el caso de los EPNI, la revisión periódica del contenido de los expedientes clínicos es responsabilidad de la persona profesional titular del establecimiento.
Este proceso permite garantizar que la información registrada sea completa, legible, coherente, actualizada y apegada a la legislación aplicable vigente, contribuyendo a la continuidad de la atención.
La verificación debe documentarse y realizarse en intervalos definidos por el establecimiento, asegurando que los hallazgos se utilicen como base para implementar mejoras en la calidad del registro clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la revisión periódica del contenido de los expedientes clínicos, que incluye los incisos a) al f) de la guía.
(2) Los hallazgos se analizan para identificar patrones y tendencias. Los resultados del análisis se integran al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(3) Se implementan acciones de mejora con base en los resultados de la revisión.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se encuentra con un registro documentado de la verificación de forma periódica el contenido y el apego normativo de los expedientes clínicos de los pacientes que son atendidos en el establecimiento.

(2)Los hallazgos derivados de la revisión se utilizan para implementar acciones de mejora en la calidad de los registros clínicos.

(A). Referencia de apoyo

- Actas del comité del expediente clínico.
- Evidencia de adaptación de la herramienta del Modelo de Evaluación del Expediente Clínico Integrado y de Calidad (MECIC)
- Registro de revisiones periódicas del contenido de expedientes clínicos. (EPNI)
- Formatos, listas de verificación, plantillas utilizadas para la revisión de expedientes clínicos. (EPNI)

d. Estándar 4/4. Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.

1. Guía.

El personal clínico y no clínico del establecimiento de primer nivel de atención que genera, recolecta, analiza y utiliza datos e información en sus funciones debe contar con la capacitación necesaria para participar de forma efectiva en la gestión de la información.

Esta capacitación debe estar alineada a las funciones y responsabilidades de cada puesto, y abarcar tanto aspectos técnicos como éticos. Debe permitir que el personal:

a) Comprenda y aplique los principios de seguridad y confidencialidad de los datos y la información.
b) Utilice instrumentos de medición, herramientas estadísticas y métodos de análisis de datos.
c) Apoye en la interpretación de la información generada o recibida.
d) Emplee la información para la toma de decisiones.
e) Eduque y oriente a pacientes y familiares, con base en la información disponible, para facilitar su participación en los procesos de atención.
f) Use indicadores para evaluar procesos, identificar áreas de mejora y contribuir a la calidad de la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

La capacitación debe impartirse conforme a las responsabilidades, descripciones de puesto y necesidades de categorización y análisis de los datos e información institucional.
Un sistema efectivo de gestión de la información permite combinar datos provenientes de distintas fuentes para generar reportes útiles y facilitar la toma de decisiones. En particular, la consolidación de información clínica y de gestión permite a los líderes del establecimiento tomar decisiones coordinadas, planificar en conjunto y hacer planes en colaboración. De esta forma, se respaldan las decisiones, cambios y procesos definidos por los líderes mediante el análisis y monitoreo de tendencias y patrones a lo largo del tiempo.

i. Requerimiento auditable.

(1)El personal que interviene en actividades relacionadas con la gestión de la información ha sido capacitado conforme a sus funciones y responsabilidades, en concordancia con los incisos a) al f) de la guía.

(2)Los datos e información clínica y de gestión se integran, según corresponda, para respaldar la toma de decisiones.

(A). Referencia de apoyo

- Programas y contenidos de capacitación sobre gestión de datos, análisis de información, seguridad y confidencialidad.
- Registros de participación, constancias de asistencia y evaluaciones del personal.
- Evidencia documental de uso institucional de indicadores, reportes, evaluaciones de procesos o análisis de datos.
- Materiales de apoyo (manuales, presentaciones, instrumentos) usados en las sesiones de formación.

D. COMUNICACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN

a. Estándar 1/6. Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe establecer una comunicación institucional efectiva con la comunidad y la población a la que presta servicios. Esta comunicación busca facilitar el acceso a la atención, promover el uso informado de los servicios disponibles y fortalecer el vínculo con los pacientes y otras partes interesadas.
El establecimiento debe:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Identificar con claridad su población de influencia y grupos comunitarios de interés.
b) Diseñar e implementar una estrategia de comunicación acorde al contexto sociocultural.
c) Difundir información clara, actualizada y útil sobre:
    i. Los servicios que ofrece el establecimiento, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.
    ii. La calidad de los servicios prestados, incluyendo logros, resultados o mejoras implementadas.

Esta comunicación puede realizarse de forma directa o a través de medios de comunicación con la comunidad y organizaciones que reciben o envían pacientes, y debe mantenerse de forma continua, con enfoque en la inclusión, el respeto sociocultural y la transparencia.

En el caso de los EPNI, la comunicación con la población atendida debe incluir no solo información sobre los servicios disponibles, sino también mensajes claros y accesibles de promoción de la salud.
El personal profesional titular del establecimiento es responsable de difundir información preventiva sobre las enfermedades más frecuentes en su área de atención, tomando como base las estadísticas locales o información disponible. Esta estrategia fortalece la educación en salud, promueve la corresponsabilidad de los pacientes y contribuye a la reducción de riesgos en la comunidad.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado a la comunidad y población de interés a la que brinda servicios.
(2) El establecimiento implementa una estrategia activa de comunicación con dicha población, adaptada a su contexto sociocultural.
(3) El establecimiento proporciona información clara y accesible sobre sus servicios, horarios de atención y procesos para acceder a la atención.
(4) El establecimiento informa de forma continua y sistemática sobre aspectos relacionados con la calidad de los servicios brindados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se realiza difusión documentada de información preventiva sobre las enfermedades más frecuentes en el área de atención, de acuerdo con las estadísticas o información disponible.

(A). Referencia de apoyo

- Documentación que demuestre la identificación de la población objetivo y comunidad de influencia.
- Estrategia o plan de comunicación institucional (incluyendo cronograma, medios, responsables).
- Ejemplos de materiales de comunicación: folletos, carteles, publicaciones digitales, mensajes comunitarios, etc.
- Evidencia de difusión de horarios, servicios y procesos de atención (en medios físicos o digitales).
- Reportes, boletines o evidencias de comunicación sobre logros, avances o calidad de los servicios.
- Documentación que muestre la entrega o disposición visible de materiales en el establecimiento (ejemplo: en sala de espera, consultorio o medios digitales). (EPNI)

b. Estándar 2/6. Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.

1. Guía.

Una comunicación clara, empática y oportuna con los pacientes y sus cuidadores primarios es esencial para fortalecer la confianza, mejorar la experiencia en la atención y garantizar un acceso informado y seguro a los servicios del establecimiento.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que los pacientes y sus cuidadores primarios reciban información comprensible, culturalmente pertinente y completa sobre:

a) Cómo acceder a los servicios que presta el establecimiento.
b) Los procesos de atención que se llevarán a cabo durante su estancia o tratamiento.
c) Las opciones disponibles cuando la atención requerida esté fuera del alcance del establecimiento o de su misión institucional.

Se entiende por cuidador primario a la persona designada formal o informalmente por el paciente para acompañar, asistir o tomar decisiones compartidas durante el proceso de atención. Esta persona puede ser un familiar, representante legal, tutor o acompañante

SIN VALIDEZ OFICIAL

significativo, según las condiciones del paciente y el contexto de atención.

La información debe entregarse desde el primer contacto con el establecimiento, mantenerse disponible durante toda la atención, y adaptarse al nivel de comprensión, contexto sociocultural y necesidades particulares del paciente y de su cuidador primario. Cuando el establecimiento no pueda brindar un servicio específico, se debe orientar sobre alternativas de atención disponibles, facilitando así la continuidad del cuidado.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los pacientes y sus cuidadores primarios reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios que brinda el establecimiento.

(2)Los pacientes y sus cuidadores primarios reciben información clara y comprensible sobre los procesos de atención que se realizarán durante su estancia o tratamiento.

(3)Cuando el establecimiento no puede proporcionar un servicio requerido, se brinda a los pacientes y cuidadores primarios información sobre alternativas de atención disponibles.

(A). Referencia de apoyo

- Protocolos o lineamientos institucionales para la orientación a pacientes y cuidadores.
- Materiales informativos: folletos, carteles, videos, formatos digitales o impresos dirigidos a pacientes y cuidadores primarios.
- Registros de entrega de información, consentimientos informados u hojas de ingreso.
- Evidencia de orientación brindada al paciente y su cuidador primario en procesos de derivación o cuando se identifique que la atención excede la capacidad del establecimiento.
- Documentación que demuestre la adaptación cultural y lingüística de la información entregada (por ejemplo, materiales en lenguas indígenas, braille, pictogramas, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/6. Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.

1. Guía.

La comprensión de la información es indispensable para que los pacientes participen activamente en su proceso de atención y tomen decisiones informadas. Por ello, el establecimiento debe asegurar que toda comunicación y actividad educativa dirigida a los pacientes y sus cuidadores primarios se proporcione en un formato accesible, lenguaje e idioma comprensibles, adaptada a su contexto sociocultural.

Esto implica adecuar la información según el nivel educativo, idioma, edad, costumbres, capacidades cognitivas y cualquier otra condición que pueda influir en la comprensión. Pueden emplearse recursos como materiales impresos, audiovisuales, pictogramas, demostraciones, y apoyo verbal con retroalimentación para validar la comprensión.

Cuando existan barreras de idioma, puede que sea necesario el apoyo de los cuidadores primarios o de intérpretes o traductores institucionales o externos, garantizando la confidencialidad. Solo en casos excepcionales y de urgencia se podrá recurrir a menores como traductores o el uso de aplicaciones de inteligencia artificial, reconociendo sus limitaciones para comunicar información crítica o compleja.

Estas medidas deben aplicarse tanto en el proceso clínico como en la comunicación de información general sobre derechos, deberes, protocolos de atención, medidas de seguridad y participación activa en el cuidado por parte del paciente y su cuidador primario.

En el caso de los EPNI, la persona profesional titular debe asegurar que toda la información y educación dirigida a los pacientes y sus cuidadores primarios se proporcione en un formato claro, comprensible y adaptado a su contexto sociocultural.

Estas acciones fortalecen la participación activa de los pacientes y cuidadores primarios en la atención, fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud y contribuyendo a la adherencia terapéutica y la prevención de riesgos.

i. Requerimiento auditable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)El establecimiento proporciona información y educación a los pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles, adaptados a su contexto sociocultural.
(2)La comunicación y la educación se realizan en un lenguaje e idioma comprensible por los pacientes o sus cuidadores primarios.

(1)Se proporciona información y educación a los pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles, adaptados a su contexto sociocultural.

(A). Referencia de apoyo

- Materiales educativos adaptados al contexto sociocultural (folletos, pictogramas, videos, carteles en lengua indígena, etc.).
- Registros de uso de intérpretes o personal bilingüe.
- Guías de comunicación inclusiva y validación de comprensión.
- Protocolos institucionales de educación al paciente.
- Evidencia de acciones para pacientes con barreras cognitivas, lingüísticas o sensoriales.
- Instructivos de uso para aplicaciones de inteligencia artificial.

d. Estándar 4/6. Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.

1. Guía.

La comunicación efectiva es un elemento transversal que impacta la calidad y seguridad de la atención de los pacientes en un establecimiento de primer nivel de atención. Es responsabilidad del liderazgo institucional establecer las condiciones, estructuras y canales necesarios para garantizar flujos de información claros, oportunos, bidireccionales y accesibles.

La comunicación debe facilitarse:

a) Entre áreas y servicios del establecimiento.
b) Entre personal clínico, no clínico y directivo.
c) Con pacientes, cuidadores primarios y familiares.
d) Con otras instituciones u organizaciones con las que se vincule el establecimiento.

Los líderes del establecimiento deben servir de modelo en prácticas de comunicación efectiva, asegurando que la misión, visión, estrategias, políticas y planes operativos se comuniquen adecuadamente a todo el personal. Asimismo, deben garantizar la existencia de procesos

SIN VALIDEZ OFICIAL

formales que permitan compartir información relevante sobre la operación, riesgos, decisiones institucionales, indicadores de desempeño o iniciativas de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha implementado mecanismos institucionales para comunicar de manera clara y oportuna la información relevante en todos los niveles del establecimiento.
(2)Se evidencia comunicación efectiva entre las distintas áreas, servicios, personal clínico y no clínico del establecimiento.
(3)Se mantiene comunicación efectiva y documentada con instituciones externas, según el contexto operativo.
(4)Se mantiene comunicación efectiva con los pacientes y sus cuidadores primarios.
(5)La misión institucional, políticas, objetivos y planes se comunican a todo el personal por parte de los líderes del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Políticas y procesos institucionales de comunicación interna y externa.
- Plan de comunicación institucional, que incluya flujos, medios y responsables.
- Actas, minutas o evidencias de reuniones institucionales entre líderes y personal operativo.
- Boletines informativos, comunicados oficiales o carteles institucionales (impresos o digitales).
- Evidencia de sesiones informativas dirigidas a personal clínico y no clínico (presenciales o virtuales).
- Registros de comunicación con instituciones externas, como oficios, correos oficiales, convenios o reportes.
- Materiales de inducción o capacitación institucional que incluyan misión, visión, objetivos o políticas clave.
- Protocolos de comunicación con pacientes y cuidadores, incluyendo formatos, instructivos o materiales explicativos.

e. Estándar 5/6. Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.

1. Guía.

La coordinación efectiva entre áreas y servicios clínicos y no clínicos es fundamental para brindar una atención segura, continua y centrada en el paciente. En los establecimientos de primer nivel de atención, esto

SIN VALIDEZ OFICIAL

requiere establecer canales de comunicación claros entre los equipos y personas responsables de los procesos de atención y de apoyo.
El liderazgo institucional debe establecer una cultura de colaboración y cooperación entre profesionales y servicios, fomentando canales de comunicación formales (comités operativos, reuniones clínicas multidisciplinarias, comunicación estructurada entre turnos, entre otros) e informales (boletines informativos digitales o impresos de difusión interna).
Una coordinación adecuada permite alinear las intervenciones con la misión institucional y promueve una visión sistémica de la atención.

En el caso de los EPNI, la coordinación para la continuidad de la atención se asegura mediante la referencia oportuna y documentada hacia otros servicios de salud cuando se requiera.
Para ello, la persona profesional titular debe disponer de información actualizada sobre los servicios de salud más cercanos, incluyendo clínicas, hospitales o unidades de urgencias dentro de un radio aproximado de 5 km. Esta información debe incluir un mapa de ubicación y un listado de contactos vigentes.

i. Requerimiento auditable.

(1)Las personas líderes aseguran la existencia de mecanismos efectivos de comunicación y coordinación entre las áreas y los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento, así como entre el personal que los integra.
(2)Se promueve la comunicación efectiva entre las áreas y servicios durante la prestación de los servicios clínicos, incluyendo la atención multidisciplinaria y los procesos de transición o continuidad del cuidado.

(1)Se cuenta con un mapa de ubicación y un listado actualizado de contactos de los servicios de salud más cercanos (clínicas, hospitales o unidades de urgencias en un radio aproximado de 5 km).
(2)Se verifica y documenta que esta información se mantiene actualizada y disponible para orientar la referencia de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Actas o minutas de reuniones clínicas, comités o espacios de coordinación entre áreas o servicios.
- Protocolos o guías de comunicación estructurada entre servicios (clínicos y de apoyo).
- Manuales operativos o flujogramas que ilustren la colaboración entre servicios.
- Boletines, minutas u otros medios de comunicación interna que fomenten la integración de servicios.
- Evidencia de participación de las personas líderes del establecimiento en iniciativas para mejorar la coordinación.
- Mapa de ubicación de servicios de salud cercanos (clínicas, hospitales, urgencias). (EPNI)
- Listado actualizado de contactos y directorio de referencia de servicios de salud. (EPNI)

f. Estándar 6/6. Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.

1. Guía.

El expediente clínico es una herramienta esencial para documentar y comunicar el proceso de atención del paciente en los establecimientos de primer nivel de atención. Su acceso oportuno y su actualización continua permiten dar seguimiento a la evolución clínica del paciente, garantizar la continuidad del tratamiento, y facilitar la toma de decisiones.

El establecimiento debe definir qué personal está autorizado para acceder al expediente clínico y asegurarse de que dicha información esté disponible durante todas las etapas de la atención en el establecimiento. Esto incluye el tratamiento regular, las interconsultas, los procedimientos programados y las emergencias que se atiendan dentro del alcance del establecimiento.

Además, debe garantizarse que el expediente clínico esté completo y actualizado, incluyendo las notas médicas, de enfermería, resultados de estudios, hojas de tratamiento y cualquier otra información relevante, asegurando que esta se encuentra disponible para todos los involucrados en la atención del paciente. Todo lo anterior debe implementarse conforme a la legislación aplicable vigente, incluyendo tanto medios físicos como digitales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido qué personal está autorizado para acceder al expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2)El expediente clínico está disponible de forma oportuna para el personal autorizado involucrado en la atención.

(3)El expediente clínico se encuentra actualizado, asegurando la comunicación de la información más reciente.

(A). Referencia de apoyo

- Manual o política institucional de manejo del expediente clínico.
- Registros de control de acceso al expediente clínico.
- Evidencia de actualización de notas médicas, de enfermería, controles de tratamiento y resultados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

VIII. EJE ESTRUCTURAL: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

La planificación y gestión de recursos efectiva permite a los establecimientos definir mecanismos formales, estructurados y efectivos para planear, organizar, asignar, supervisar y optimizar sus recursos (humanos, financieros, tecnológicos, materiales, infraestructurales, entre otros) de manera alineada con su misión, su capacidad operativa y las necesidades de la población atendida, garantizando la sostenibilidad operativa y orientación estratégica. Además, este eje estructural también articula la planeación institucional con un enfoque de análisis de riesgos, permitiendo identificar y priorizar aquellos procesos, servicios o áreas que requieren una asignación específica de recursos para asegurar el cumplimiento de los objetivos de calidad y seguridad en la atención.

Componente	Estándar	
A. Planeación y definición de procesos	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).
	2	Comunicación efectiva (AESP 2).
	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).
	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).
	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).
	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).
	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.
	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
	9	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.
	10	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen.
	11	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.
	12	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de laboratorio.
	13	Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.
	14	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
	15	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.
	16	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en toda el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

A. Planeación y definición de procesos	17	Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo.
	18	Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.
	19	Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.
	20	Atención integral y segura a la persona gestante.
	21	Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.
	22	Fomento a la lactancia materna en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.
	23	Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.
	24	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.
	25	Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio.
	26	Proceso que guía la atención para el manejo de la anemia en pacientes de primer nivel de atención
	27	Estructura y funcionamiento de los servicios de telemedicina.
	28	Proceso que guía la atención dental segura.
	29	Proceso que guía la para la atención segura en oftalmología
B. Gestión de recursos	1	Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación. de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas.
	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.
	3	Otorgamiento de privilegios clínicos.
	4	Reclutamiento y selección de personal.
	5	Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.
	6	Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.
	7	Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.
	8	Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.
	9	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.
	10	Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.
	11	Programa de salud y seguridad para el personal.
	12	Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.
	13	Programa académico para recurso humano en formación.
	14	Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.
	15	Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.
	16	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.
	17	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

B. Gestión de recursos	18	Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos.
	19	Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos.
	20	Gestión del personal involucrado en la atención médica a distancia.
	21	Programa para la gestión integral del equipo médico.
	22	Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
	23	Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.
	24	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.
	25	Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.
	26	Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.
	27	Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.
	28	Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.
	29	Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.
	30	Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.
	31	Gestión del equipamiento médico y tecnológico para la atención médica a distancia.
	32	Condiciones de infraestructura y mobiliario para la atención médica a distancia.
C. Gestión de riesgos	1	Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión.
	2	Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.
	3	Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento.
	4	Protección contra agresiones físicas a los pacientes.
	5	Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
	6	Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
	7	Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.
	8	Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.
	9	Programa para el manejo de emergencias externas.
	10	Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control en primer nivel de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. Gestión de riesgos	11	Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención.
	12	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos.
	13	Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso.
	14	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.
	15	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.
	16	Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.
	17	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.
	18	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte .
	19	Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

A. PLANEACIÓN Y DEFINICIÓN DE PROCESOS

a. Estándar 1/29. Identificación correcta de los pacientes (AESP 1). – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, la identificación correcta de los pacientes es una medida fundamental para disminuir la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención. Su adecuada implementación previene de exponer a los pacientes a riesgos innecesarios relacionados con el paciente equivocado, con consecuencias severas que van desde cuasifallas y eventos adversos hasta eventos centinela.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional, con participación multidisciplinaria, que estandarice la forma en que los pacientes son identificados antes de cualquier procedimiento clínico o de apoyo. Este proceso debe establecer como obligatoria la utilización de al menos dos identificadores: el nombre completo y la fecha de nacimiento, tal como lo indica la legislación aplicable vigente. No se deben utilizar como identificadores la ubicación, número de consultorio, el padecimiento, la disciplina, ni el nombre del profesional tratante.

Los medios de identificación pueden incluir credenciales de identificación oficial, cartillas, brazaletes, pulseras, gafetes o cualquier otro recurso definido institucionalmente y acorde al contexto operativo. Estos medios deben estar disponibles para que puedan ser consultados en todo momento.

El proceso de identificación debe aplicarse antes de todos los momentos críticos definidos por el establecimiento, en los que se incluyen al menos:

a) Administración de medicamentos.
b) Realizar procedimientos médicos.
c) Extracción de sangre y otras muestras para análisis clínicos.
d) Realización de estudios de laboratorio, imagenología o gabinete.
e) Traslados dentro o fuera del establecimiento.
f) Procedimientos de alto riesgo que defina el establecimiento.
g) Aplicación de biológicos.

Además, el proceso debe incluir criterios claros para la identificación de pacientes con alteración del estado de conciencia, con limitaciones auditivas o lingüísticas, menores de edad, o pacientes desconocidos. En estos casos, los datos deben validarse con el cuidador primario, familiar o mediante documentos clínicos disponibles. Ningún procedimiento

SIN VALIDEZ OFICIAL

debe realizarse hasta que la identidad haya sido confirmada de manera segura. Solamente, en situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se deberá priorizar la atención antes de la identificación del paciente.

Todos los documentos del expediente clínico y los dispositivos o medicamentos administradas deben portar de forma legible los identificadores correspondientes.

El establecimiento debe asegurar que el proceso de identificación del paciente sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado, con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso.

En el caso de los EPNI, la identificación correcta del paciente se asegura mediante un mecanismo formal aplicable a todas las actividades clínicas y de apoyo. Este mecanismo debe garantizar que, previo a cualquier atención, el paciente sea identificado con al menos dos datos obligatorios: nombre completo y fecha de nacimiento, conforme a la legislación aplicable vigente. Cuando el paciente presente limitaciones de comunicación, sea menor de edad o se encuentre en situación de discapacidad, la verificación se realiza con apoyo del cuidador primario o con la documentación disponible, dejando constancia en los registros del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso de identificación del paciente con al menos dos datos obligatorios: nombre completo y fecha de nacimiento.

(2) El proceso se aplica antes de todos los momentos críticos de atención definidos por el establecimiento, incluyendo los señalados en los incisos de la a) al g) de la guía.

(3) El establecimiento ha definido medios físicos de identificación, como cartillas u otros equivalentes, disponibles en todo momento.

(4) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso de identificación del

SIN VALIDEZ OFICIAL

paciente y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(1)Se cuenta con un mecanismo formal de identificación que aplica en todas las actividades clínicas y de apoyo, basado en al menos dos datos obligatorios: nombre completo y fecha de nacimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de identificación del paciente
- Listado documentado de momentos críticos definidos por el establecimiento para aplicar el proceso de identificación.
- Formato de brazalete, tarjeta, gafete u otro medio de identificación utilizado institucionalmente.
- Hoja de auditoría o supervisión del cumplimiento del proceso de identificación (observacional o documental).
- Resultados de análisis de cumplimiento del proceso de identificación
- Materiales de sensibilización o capacitación al personal sobre la identificación del paciente.
- Actas o minutas de comités donde se hayan revisado hallazgos del proceso de identificación.
- Formatos de expediente clínico que incluya los dos identificadores obligatorios en todas sus hojas.

b. Estándar 2/29. Comunicación efectiva (AESP 2). – Indispensable –

1. Guía.

La comunicación clara, estructurada y oportuna durante el proceso de atención médica en los establecimientos de primer nivel de atención es esencial para la continuidad segura del cuidado. Las órdenes e indicaciones verbales o telefónicas, así como la transmisión de resultados clínicos por estos medios, conllevan un mayor riesgo de error en comparación con las órdenes escritas o electrónicas.

Por ello, el establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional, elaborado con participación multidisciplinaria, que minimice los riesgos derivados de estas formas de comunicación, mediante la aplicación del proceso de seguridad: Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar, que consiste en:

a) Escuchar completamente la indicación o el resultado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Escribir la información tal como fue recibida (indicación o resultado de laboratorio o gabinete), ya sea en papel o en un medio electrónico.
c) Leer la indicación o el resultado en voz alta, tal como se escribió.
d) Confirmar con el emisor que la información es correcta y coincide con lo transmitido.

En casos donde este proceso no sea factible (por ejemplo, situaciones de urgencia), el establecimiento puede aplicar la alternativa Escuchar–Repetir–Confirmar, siempre asegurando que exista un registro documentado de la indicación.

El establecimiento debe definir un lugar estandarizado específico donde se registre toda información recibida mediante esta barrera de seguridad, con el fin de evitar pérdidas o transcripción incorrecta de información.

Es indispensable que la información sea firmada por el personal responsable y competente de la emisión de las órdenes verbales y/o telefónicas

Las barreras de seguridad que incluyen la comunicación efectiva también se implementan:

i. Durante la transferencia de pacientes.
ii. En las prescripciones médicas y las anotaciones en documentos.
iii. En la referencia y/o contra referencia del paciente.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas donde exista riesgo asociado a la comunicación oral. El establecimiento debe asegurar que el proceso de comunicación efectiva sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso.

En el caso de los EPNI, el personal debe aplicar de forma sistemática el mecanismo de seguridad Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar para toda indicación o resultado recibido de manera verbal o telefónica, utilizando un registro estandarizado dentro del expediente clínico o en una bitácora definida. En situaciones donde no sea posible aplicar el proceso completo, se deberá emplear la

SIN VALIDEZ OFICIAL

alternativa Escuchar–Repetir–Confirmar, dejando constancia documentada.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado las áreas, servicios y situaciones donde pueden recibirse indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete de forma verbal o telefónica.

(2)Se ha definido, documentado e implementado un proceso institucional que incluye el uso del mecanismo de Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar.

(3)El establecimiento ha definido un lugar estandarizado para registrar las indicaciones y resultados verbales o telefónicos.

(4)Se aplica el proceso de Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar en las situaciones en que se recibe información clínica por vía verbal o telefónica.

(5)En situaciones en que no es posible aplicar el proceso completo, se utiliza el proceso alternativo Escuchar–Repetir–Confirmar, conforme a lo definido institucionalmente.

(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso de comunicación efectiva, y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(1)Se cuenta con un mecanismo para la recepción y registro de órdenes o resultados verbales o telefónicos, que aplica los procesos de Escuchar–Escribir–Leer–Confirmar o Escuchar–Repetir–Confirmar.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de comunicación efectiva verbal o telefónica
- Listado institucional de áreas o situaciones clínicas donde se reciben indicaciones o resultados verbales o telefónicos.
- Formato estandarizado de registro para indicaciones y resultados verbales (orden médica verbal, hoja de indicaciones telefónicas, etc.).
- Bitácoras o registros institucionales que demuestren el uso del formato para indicaciones verbales.
- Reportes de auditorías u observaciones clínicas donde se evalúe la aplicación del proceso de comunicación segura.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales de capacitación y sensibilización al personal clínico y de apoyo sobre la comunicación segura y el uso de las barreras.
- Evidencia de sesiones educativas, talleres o capacitaciones documentadas (listas de asistencia, presentaciones, diplomas) sobre este proceso.
- Minutas de comités donde se hayan analizado hallazgos derivados de fallas en la comunicación verbal.
- Planes de mejora o acciones correctivas derivados del análisis de fallas en la comunicación verbal o telefónica.
- Documentación que demuestre supervisión periódica y retroalimentación al personal respecto al cumplimiento del proceso definido.

c. Estándar 3/29. Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3). – Indispensable –

1. Guía.

La gestión de la medicación es un componente esencial para la seguridad del paciente en los establecimientos de primer nivel de atención. Involucra todos los procesos relacionados con la farmacoterapia, desde la selección y adquisición, almacenamiento, prescripción, transcripción, dispensación y preparación, hasta la administración y monitoreo. En este entorno, el uso de medicamentos de alto riesgo (como insulinas) se asocian frecuentemente a eventos adversos graves o centinela.

El establecimiento de primer nivel de atención debe realizar un análisis de riesgo que identifique todas las áreas en las que se preparan y administran estos medicamentos de alto riesgo. Como estrategia para prevenir errores graves, debe diseñar e implementar un proceso que abarque, al menos, los siguientes elementos clave:

a) Ubicación y almacenamiento seguro de medicamentos de alto riesgo: El área o servicio que lo requiera debe estar claramente identificado, alejados de los demás medicamentos, con controles documentados de su uso y supervisión continua. Cuando se autorice su almacenamiento, debe haber una justificación clínica y validación institucional.

b) Identificación visual de medicamentos de alto riesgo: Cada frasco, ampolleta o presentación de medicamentos de alto riesgo debe portar una alerta visual, definida por el establecimiento y colocada adicionalmente a la etiqueta del fabricante. Esta alerta visual tiene como objetivo reforzar la conciencia del personal sobre el riesgo asociado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Doble verificación: La doble verificación debe realizarse en los momentos de preparación y administración de los medicamentos de alto riesgo, como insulinas. Esta verificación debe ser realizada por dos personas competentes y capacitadas, en el momento inmediato a la acción. Se exceptúan las situaciones de urgencia, debiendo documentarse posteriormente la justificación correspondiente.
d) Medicamentos LASA (Look-Alike / Sound-Alike): El establecimiento debe contar con un listado actualizado de medicamentos LASA, identificado a partir del análisis de los errores de medicación, las recomendaciones nacionales e internacionales, y el contexto clínico del establecimiento. Se deben implementar al menos dos barreras de seguridad para minimizar el riesgo de confusión, tales como etiquetas diferenciadas, almacenamiento separado, alertas visuales, estandarización de nombres o concentración, entre otras.
e) Capacitación y sensibilización del personal: Todo el personal involucrado en el proceso de prescripción, preparación y administración de medicamentos debe recibir capacitación periódica en temas de seguridad del paciente, doble verificación, manejo de medicamentos LASA y procedimientos específicos del establecimiento.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas donde se administren medicamentos de alto riesgo. El establecimiento debe asegurar que el proceso sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso.

En el caso de los EPNI, se debe garantizar como mínimo:
a) Medicamentos LASA: contar con un listado actualizado de medicamentos LASA, implementando al menos dos barreras de seguridad (etiquetas diferenciadas, almacenamiento separado, alertas visuales, estandarización de nombres, entre otras).
b) Receta o prescripción debe ser emitida por personal competente y contar con los campos obligatorios referidos en la normativa aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Verificación previa a la administración: antes de administrar el medicamento, el personal responsable debe comprobar paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, horario correcto, condiciones físicas y caducidad del medicamento.
d) Registro y reporte de eventos adversos: cualquier reacción adversa, cuasifalla o evento inesperado asociado a la medicación debe registrarse, analizarse y notificarse conforme a la normativa aplicable de farmacovigilancia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la gestión segura de medicamentos de alto riesgo.

(2) El proceso incluye al menos lo definido en los incisos de la a) al e) de la guía.

(3) La doble verificación se realiza conforme a lo definido por el establecimiento y está documentada. En situaciones de urgencia, se documenta la omisión con justificación clínica.

(4) Se lleva a cabo la medición y el análisis de los datos derivados de la implementación del proceso de medicación segura, incluyendo eventos adversos, cuasifallas y medidas correctivas implementadas.

(5) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria, que analiza los hallazgos y genera acciones de mejora con base en los datos obtenidos.

(1) Se cuenta con un listado actualizado de medicamentos LASA y se han definido al menos dos barreras de seguridad para minimizar errores de confusión.

(2) Todas las recetas o prescripciones incluyen cumplen con la normativa aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para el manejo seguro de medicamentos de alto riesgo.
- Listado institucional actualizado de medicamentos LASA y sus barreras de seguridad.
- Bitácoras o formatos de doble verificación de electrolitos, insulinas y anticoagulantes.
- Registros de capacitación al personal clínico y de farmacia sobre medicamentos de alto riesgo y LASA.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Actas de los comités donde se analicen eventos relacionados a errores de medicación.
- Registros de supervisión directa o auditorías sobre cumplimiento del proceso.
- Reportes o gráficas de indicadores de seguridad en medicación (eventos adversos, cuasifallas).

d. Estándar 4/29. Seguridad en los procedimientos (AESP 4). – Indispensable –

1. Guía.

Los procedimientos realizados de forma incorrecta son una causa frecuente de eventos adversos en los establecimientos. Estos errores pueden ser resultado de diversos factores, entre ellos, fallas de comunicación entre el personal, a la participación limitada del paciente, a la ausencia de protocolos de seguridad previos al procedimiento.

Para prevenir estos eventos, el establecimiento de primer nivel debe diseñar, implementar y mantener el Protocolo Universal que estandarice el proceso de seguridad en todos los procedimientos invasivos como: infiltraciones, colocación/retiro de dispositivo intrauterino, toma de biopsias, retiro de puntos, drenaje de abscesos, curaciones complejas. Este protocolo debe ser construido mediante análisis multidisciplinario, estar documentado y aplicarse sistemáticamente.

El Protocolo Universal incluye tres componentes esenciales:

a) Marcado del sitio anatómico: cuando aplique, se debe realizar con una marca estandarizada e inequívoca, definida por el establecimiento. Debe evitarse el uso de la letra "X". El marcado debe realizarse con la participación del paciente o de su cuidador primario cuando no se encuentre en condiciones que le permitan participar en el proceso. La marca debe permanecer después de la asepsia y antisepsia y debe ser efectuada por alguna de las personas que formará parte del equipo multidisciplinario durante el procedimiento.

   El sitio anatómico se marca en todos los casos relacionados con lateralidad, estructuras múltiples o niveles múltiples.

b) Verificación pre-procedimiento: se lleva a cabo antes del procedimiento para confirmar:
   i. Identificación del paciente correcto (de acuerdo con la AESP 1).
   ii. Procedimiento correcto.
   iii. Disponibilidad y verificación de documentos clínicos relevantes y que estén identificados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

iv. Presencia y funcionamiento adecuado de los equipos y/o dispositivos médicos a utilizar.
v. Presencia de alergias o riesgo de sangrado.

c) Tiempo fuera: es el momento inmediatamente previo al procedimiento, donde el equipo clínico confirma verbalmente los datos esenciales. Permite resolver cualquier duda o confusión y debe realizarse siempre, independientemente si es una situación de urgencia.

En este momento de verificación, lo esencial y mínimo a confirmar es el sitio anatómico, el procedimiento y el paciente correctos.

El establecimiento debe definir, de manera multidisciplinaria, qué procedimientos requieren la aplicación obligatoria del Protocolo Universal o al menos el componente de Tiempo Fuera, considerando procedimientos como:

- Colocación de accesos vasculares.
- Toma de biopsias.
- Colocación o retiro de dispositivos (catéteres, sondas).
- Procedimientos invasivos o de alto riesgo definidos por el establecimiento.

Cada establecimiento, de acuerdo con su contexto puede determinar si para cada procedimiento es necesario incluir alguna otra variable a verificar que ponga en riesgo la seguridad del paciente, ya sea en la lista de verificación y/o en el tiempo fuera.

Adicionalmente, el establecimiento debe educar a pacientes y cuidadores sobre el Protocolo Universal, su utilidad y su participación en el proceso.

El establecimiento debe asegurar que el proceso el protocolo universal sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso.

En el caso de los EPNI, los procedimientos clínicos que implican riesgo (como colocación o retiro de dispositivos, toma de biopsias, curaciones complejas o infiltraciones) deben realizarse aplicando el mecanismo de verificación Tiempo Fuera. Este proceso busca confirmar, de manera

SIN VALIDEZ OFICIAL

clara y documentada, que se trata del procedimiento correcto, en el paciente correcto y en el sitio correcto, con la participación del paciente o del cuidador primario cuando corresponda.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un Protocolo Universal y/o aplicación de tiempo fuera que garantiza la seguridad del procedimiento, del paciente y del sitio anatómico correcto.

(2)El protocolo universal y/o aplicación de tiempo fuera incluye los tres componentes esenciales de los incisos a) al c) de la guía.

(3)El establecimiento ha identificado los procedimientos que requieren la aplicación del protocolo universal o del componente tiempo fuera, según su nivel de riesgo.

(4)El procedimiento del tiempo fuera se documenta conforme a lo definido por el establecimiento.

(5)Se brinda educación a pacientes y cuidadores respecto al protocolo universal o tiempo fuera, con evidencia de su participación informada.

(6)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del protocolo universal, analiza los hallazgos de cumplimiento e implementa acciones de mejora derivadas del análisis.

(1) El profesional de la salud aplica y documenta el Tiempo Fuera en los procedimientos realizados en el establecimiento, confirmando paciente correcto, procedimiento correcto y sitio anatómico correcto.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional documentado sobre el uso del Protocolo Universal y/o aplicación del Tiempo Fuera.
- Lista de verificación institucional para la realización de procedimientos invasivos o de alto riesgo.
- Formatos institucionales que documenten el marcaje del sitio anatómico cuando corresponda.
- Evidencia de capacitación al personal clínico sobre la implementación del Protocolo Universal, el marcaje del sitio anatómico y la realización del Tiempo Fuera.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de auditoría o supervisión sobre el cumplimiento del Protocolo Universal (observaciones directas o revisión de expedientes).
- Actas de comités en las que se analicen hallazgos derivados de la supervisión de este proceso y se definan acciones de mejora.

e. Estándar 5/29. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5). – Indispensable –

1. Guía.

La prevención y el control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) son esenciales para garantizar la seguridad del paciente en establecimientos de primer nivel de atención, debido al contacto frecuente con distintos profesionales de la salud, sus intervenciones y la vulnerabilidad de la población atendida. La higiene adecuada de manos representa la principal medida para evitar la transmisión cruzada de agentes infecciosos durante la atención clínica.

El establecimiento debe diseñar e implementar un programa integral de higiene de manos como barrera de seguridad primaria para prevenir las IAAS. Este programa debe desarrollarse con enfoque de sistema, participación multidisciplinaria y basarse en las recomendaciones vigentes de la OMS, incluyendo los cinco momentos para la higiene de manos.

El programa integral de higiene de manos debe contemplar, al menos:

a) Monitoreo periódico de la calidad del agua, especialmente la medición del cloro residual, conforme a la legislación aplicable vigente.
b) Abasto de insumos necesarios: jabón, gel con base de alcohol, toallas desechables, dispensadores y puntos de higiene.
c) Educación a pacientes, cuidadores y visitantes sobre el rol de la higiene de manos como medida de seguridad.
d) Capacitación sistemática al personal clínico, no clínico, recurso humano en formación, visitantes y personal subrogado, sobre técnica adecuada de higiene de manos.
e) Evaluación, monitorización y análisis periódico de los datos relacionados con la implementación del programa.

El programa se debe incorporar como parte del sistema para la prevención y control de infecciones del establecimiento.

El establecimiento debe asegurar que el programa sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o

SIN VALIDEZ OFICIAL

verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.
El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado, con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso, considerando la aplicación de herramientas validadas para prevención y reducción de IAAS e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

En el caso de los EPNI, se debe asegurar la capacitación del personal en la técnica adecuada de higiene de manos, así como la disponibilidad de insumos básicos como agua segura, jabón o gel con base de alcohol. Adicionalmente, debe contar con evidencia documentada de la limpieza y mantenimiento periódico de cisternas y tinacos, incluyendo la verificación anual del cloro residual en el agua utilizada. Estas acciones permiten reducir la transmisión de agentes infecciosos y fortalecer la confianza en la atención segura brindada.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa integral de higiene de manos que forma parte del sistema para la prevención y control de infecciones.

(2)El programa incluye, al menos, los componentes del inciso a) al e) de la guía.

(3)Se encuentra documentada evidencia de la implementación del programa, incluyendo registros de capacitación, materiales educativos, listas de verificación, bitácoras de supervisión y actas de revisión de resultados.

(4)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del programa integral de higiene de manos, analiza los hallazgos de cumplimiento y genera acciones de mejora para reforzar su implementación efectiva.

(1)El personal cuenta con evidencia de capacitación en higiene de manos.

(2)Existe evidencia de revisión periódica del nivel de cloro residual en el agua utilizada.

(3)Se dispone de registros documentados de limpieza y mantenimiento de cisternas y/o tinacos al menos una vez al año.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Programa integral de higiene de manos implementado por el establecimiento,
- Documento institucional con los resultados de medición del cloro residual en agua, conforme a la legislación aplicable vigente.
- Registros de capacitación al personal clínico, no clínico, en formación, subrogado y visitantes en temas de higiene de manos.
- Materiales de sensibilización dirigidos a pacientes, familiares y cuidadores sobre la importancia de la higiene de manos.
- Bitácoras de supervisión o auditoría sobre disponibilidad de insumos para higiene de manos (agua, jabón, gel base alcohol, toallas). Evidencia de retroalimentación y análisis de los datos generados por la implementación del Programa Integral de Higiene de Manos.
- Minutas o reportes de comités donde se discutan acciones preventivas relacionadas con IAAS.
- Cédula única de gestión de paquetes de acciones para la prevención de IAAS, si aplica según el tipo de unidad

f. Estándar 6/29. Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6). – Indispensable –

1. Guía.

Las caídas constituyen una de las causas más frecuentes de daño evitable en los establecimientos de atención médica. En el contexto de un establecimiento de primer nivel de atención, la identificación y manejo del riesgo de caídas debe realizarse durante la atención clínica y, de manera complementaria, mediante recomendaciones posteriores al egreso para la seguridad del paciente en el domicilio.

El establecimiento debe definir e implementar un proceso institucional estandarizado para evaluación del riesgo de caídas, diseñado a través de un análisis multidisciplinario y con base en el perfil de los pacientes atendidos. Este proceso debe contemplar al menos los siguientes componentes:

a) La aplicación de una herramienta validada o criterios clínicos definidos por el establecimiento, adecuados a la población y contexto.

b) La evaluación del riesgo como parte de la atención inicial del paciente en consulta.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) La reevaluación en momentos que incrementen el riesgo, como la administración de medicamentos que alteren la movilidad, la realización de procedimientos clínicos, o cambios en el estado fisiológico del paciente.
d) El registro del resultado de la evaluación en el expediente clínico, de modo que facilite su reevaluación y el seguimiento periódico.
e) El uso de un sistema de alerta visual, cuando aplique, (como etiquetas o marcadores en la ficha o en el entorno físico) que indique el nivel de riesgo identificado.
f) La comunicación al paciente o cuidador primario sobre el nivel de riesgo de caídas y la emisión de recomendaciones sobre medidas de prevención de caídas durante su estancia en el establecimiento y en el hogar, fomentando la corresponsabilidad en la seguridad.

A partir del resultado de la evaluación, deben implementarse medidas preventivas individualizadas y documentadas. Estas pueden incluir asistencia para la movilización, ajustes en el entorno, barreras físicas, educación al paciente sobre el uso de apoyos físicos, entre otras.

Este proceso debe aplicarse de manera sistemática en todas las áreas. El establecimiento debe asegurar que el proceso sea supervisado y monitoreado de forma sistemática. Esto implica implementar mecanismos periódicos de observación directa, auditoría documental o verificación cruzada para asegurar el cumplimiento de los criterios definidos en el proceso.

El análisis de esta información debe realizarse con participación del personal involucrado. Con base en los hallazgos, el establecimiento debe plantear acciones de mejora que refuercen la adherencia al proceso e incluirlas dentro del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

En el caso de los EPNI, la prevención de caídas en los debe enfocarse en dos niveles:

- Durante la atención en el consultorio: identificar factores de riesgo inmediatos (por ejemplo, movilidad reducida, alteraciones en la marcha, uso de bastón o andadera, superficies desiguales en el entorno, etc.) y aplicar medidas simples de seguridad como acompañamiento del paciente y ajuste del entorno físico.
- Posterior a la atención: emitir recomendaciones claras y documentadas al paciente o cuidador primario, orientadas a reducir el riesgo de caídas en casa, tales

SIN VALIDEZ OFICIAL

como mantener áreas iluminadas, evitar obstáculos en pasillos, uso de calzado adecuado, colocación de barandales o apoyos en baños, entre otras.

Se debe documentar en el expediente clínico la orientación proporcionada y asegurar que el paciente y/o cuidador primario comprendan las medidas de prevención.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estandarizado para la evaluación del riesgo de caídas en todos los pacientes.

(2) El proceso contempla los componentes mencionados en el inciso a) al f) de la guía.

(3) El establecimiento ha definido quién es el personal responsable de la evaluación, así como de implementar las medidas de reducción del riesgo.

(4) Se implementan medidas de prevención individualizadas conforme al nivel de riesgo identificado.

(5) Se proporciona educación al paciente y/o cuidador primario sobre las medidas de prevención de caídas.

(6) El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión multidisciplinaria del proceso y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(1) Se cuenta con evidencia de capacitación para la reducción del daño al paciente a causa de caídas.

(2) El establecimiento cuenta con infraestructura y entorno arquitectónico que reducen el riesgo, como: señalamientos sobre presencia de escaleras, rampas o desniveles en el suelo, contar con material antiderrapante y barandales en escaleras o rampas, contar con adecuada iluminación.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que defina el proceso de evaluación y revaluación de caídas.
- Formato o herramienta de evaluación del riesgo de caídas.
- Bitácoras, listas de verificación o registros de supervisión del proceso de evaluación de riesgo de caídas.
- Actas o minutas de reuniones de los comités donde se analicen datos sobre caídas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Materiales educativos para el paciente y cuidador primario sobre prevención de caídas.
- Reporte de análisis de datos de implementación de la barrera de seguridad.

g. Estándar 7/29. Integración del sistema de gestión del talento humano. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un sistema de gestión del talento humano, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos relacionados con el personal clínico (personal médico, enfermería, nutrición, técnicos, entre otros) y no clínico (personal de intendencia, ingeniería, mantenimiento, seguridad, administrativo, entre otros). Este sistema tiene como propósito garantizar que todo el personal cuente con las competencias, habilidades, conocimientos necesarios para brindar servicios seguros, en alineación con los objetivos institucionales y las necesidades de los pacientes.

Los líderes del establecimiento son responsables de definir las competencias, habilidades, conocimientos, educación y demás requisitos necesarios para otorgar los servicios de atención y responder a las necesidades de los pacientes, considerando las características del establecimiento, la complejidad de los servicios, los procesos críticos y las tecnologías utilizadas. Para proyectar las necesidades del personal, los líderes deben considerar al menos los siguientes factores:

- La filosofía del establecimiento (misión, visión y valores).
- El tipo de pacientes que atiende el establecimiento, la complejidad y gravedad de sus condiciones.
- Los servicios que ofrece.
- Las barreras de seguridad implementadas en los procesos.
- La tecnología utilizada en la atención al paciente.
- La estructura organizacional indispensable para la operación segura y continua.

El sistema debe contemplar al menos los siguientes procesos:

- Definición de funciones o privilegios.
- Reclutamiento y selección del personal.
- Asignación y reasignación.
- Orientación e inducción.
- Capacitación continua.
- Evaluación del desempeño.
- Reconocimiento del personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

• Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.

El objetivo del sistema es alinear los procesos clínicos y de gestión con la capacitación, la evaluación del desempeño y la retroalimentación del personal, fortaleciendo así la seguridad y calidad del establecimiento. Dado que los servicios de salud son brindados por personas a personas, la mejora en el desempeño del personal impacta directamente en el desempeño organizacional. La implementación de procesos seguros requiere personal competente y consciente de su rol en el cumplimiento oportuno y correcto de las barreras de seguridad.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de los procesos, con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados con el desempeño del personal y la operación del establecimiento.
b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad relacionados con la gestión del talento humano.
c) Capacitación continua del personal responsable de coordinar y ejecutar los procesos del sistema.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de los resultados de los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

La supervisión del sistema debe ser realizada por personas o grupos con las competencias necesarias, y no es responsabilidad exclusiva del área de recursos humanos, sino un compromiso institucional que involucra a todas las áreas del establecimiento y a sus procesos clínicos y de gestión.

En el caso de los EPNI, la gestión del talento humano debe garantizar que el personal clínico cuente con la formación, certificaciones y capacitaciones necesarias para brindar atención segura y de calidad. El profesional titular es responsable de que cada integrante del consultorio tenga un expediente actualizado que respalde su perfil profesional y su preparación. Este

SIN VALIDEZ OFICIAL

expediente debe incluir documentos oficiales que acrediten su formación académica, certificaciones, constancias de capacitación y el estado de vacunación del personal. La verificación de la validez de los títulos, cédulas profesionales y certificaciones debe realizarse mediante las plataformas oficiales correspondientes, con evidencia documental que confirme la autenticidad de los registros.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un sistema de gestión del talento humano, adecuado a su misión, al tipo de pacientes que atiende, los servicios ofrecidos, las barreras de seguridad, la tecnología utilizada y la estructura indispensable para la operación del establecimiento; y toma en cuenta las competencias, habilidades, conocimientos, educación y demás requisitos definidos por los líderes.

(2) El sistema integra, al menos, los siguientes procesos:

(2.1) Definición de funciones y privilegios.
(2.2) Reclutamiento y selección del personal.
(2.3) Asignación y reasignación.
(2.4) Orientación e inducción.
(2.5) Capacitación continua.
(2.6) Evaluación del desempeño.
(2.7) Reconocimiento del personal.
(2.8) Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.

(3) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos de la a) al g) en la guía.

(4) El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario, que involucra a todo el personal clínico y no clínico y todas las áreas clínicas, administrativas y de apoyo.

(5) La supervisión se realiza de manera integral y abarca todos los procesos y áreas del establecimiento.

(6) El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de gestión del talento humano

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con un expediente del personal que incluya:

- Título y cédula profesional.
- Diploma o grado de especialidad y cédula de especialidad, si aplica.
- Certificación vigente.
- Evidencia de verificación en las páginas oficiales correspondientes.
- Registro de vacunas con que cuenta el personal.
- Evidencia de capacitaciones, incluyendo las solicitadas por el MOCEBPASS.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan documentado del sistema que establece cómo se desarrolla, implementa, supervisa y mejora el sistema de competencias y capacitación.
- Matriz de competencias por perfil de puesto, con los requisitos definidos (educación, conocimientos, habilidades, experiencia). Evidencia de procesos de reclutamiento, selección, asignación y reasignación del personal (convocatorias, entrevistas, actas de comisión, formatos de asignación).
- Programas de inducción y orientación al personal de nuevo ingreso, clínico y no clínico.
- Planes o cronogramas de capacitación continua, específicos por rol o área (clínica, administrativa, técnica).
- Registros de capacitación, incluyendo listas de asistencia, contenidos impartidos, evaluaciones de aprendizaje o impacto.
- Instrumentos y reportes de evaluación del desempeño del personal.
- Política o protocolo de reconocimiento institucional al personal.
- Documentación de acciones para la atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal (por ejemplo: vacunación, vigilancia epidemiológica, manejo de riesgos laborales).
- Minutas, actas o reportes de supervisión multidisciplinaria del sistema, que evidencien participación activa de áreas clínicas y administrativas.
- Indicadores de desempeño del sistema (por ejemplo: porcentaje de personal con inducción completada, cobertura de capacitación, cumplimiento de planes de mejora).

SIN VALIDEZ OFICIAL

h. Estándar 8/29 Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con la funcionalidad, mantenimiento y seguridad del entorno físico. Este sistema tiene como propósito garantizar espacios seguros, funcionales y confiables, que respalden la atención clínica y administrativa, protejan a pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y aseguren la continuidad operativa del establecimiento. El sistema debe adecuarse al tamaño, complejidad, riesgos y contexto del establecimiento, e integrarse en todas las actividades que puedan impactar la seguridad estructural, ambiental y operativa. El sistema puede abarcar los enfoques, según las características del establecimiento, áreas y procesos como:

i. Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
ii. Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
iii. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
iv. Gestión del equipo médico.
v. Servicios prioritarios para la operación: (energía eléctrica, agua, gases medicinales, ventilación, etc.).
vi. Manejo de emergencias externas y continuidad operativa.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de cada componente del sistema con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados.
b) Implementación de procesos seguros y mecanismos de control o respuesta, adecuados a cada área y servicios involucrados.
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado, según sus funciones.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y a cargo de un equipo multidisciplinario con las competencias adecuadas.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área de mantenimiento o ingeniería biomédica. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

En el caso de los EPNI, la seguridad de la infraestructura es esencial para garantizar un entorno confiable, seguro y funcional para los pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes. El profesional titular debe implementar medidas básicas que aseguren el cumplimiento de la legislación aplicable vigente y la prevención de riesgos en el entorno físico. Esto implica contar con medios de seguridad adecuados en la instalación, verificar la conformidad de la infraestructura con la normatividad aplicable, identificar las sustancias químicas utilizadas, disponer de dispositivos de detección y control de emergencias, garantizar el uso y mantenimiento de los equipos médicos y prever mecanismos de referencia en caso de contingencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, adecuado al tamaño, ubicación, complejidad, servicios ofrecidos y tipo de pacientes que atiende.

(2) El sistema integra, al menos, las siguientes áreas clave del entorno físico:

- (2.1) Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
- (2.2) Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
- (2.3) Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
- (2.4) Gestión y mantenimiento del equipo médico.
- (2.5) Servicios prioritarios para la operación (energía eléctrica, agua, gases medicinales, ventilación, etc.).
- (2.6) Manejo de emergencias externas y continuidad operativa.

(3) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos de inciso a) al g) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario y con la participación activa de las áreas clínicas, técnicas y administrativas.
(5)La supervisión del sistema abarca todas las instalaciones y servicios involucrados, según el contexto del establecimiento.
(6)El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(1)Se cuenta con medios de seguridad de la instalación y de las personas que acuden a la misma.
(2)Se cuenta con una lista de verificación que confirma que la infraestructura se encuentra apegada a la NOM-005-SSA2-2012.
(3)Se identifican de forma documentada la totalidad de sustancias químicas que se utilizan en el consultorio.
(4)Se cuenta con detectores de humo y extintores necesarios, así como evidencia de capacitación en su uso.
(5) El equipo médico existente cuenta con instructivo en español, evidencia de mantenimiento preventivo y correctivo, y capacitación en caso de ser equipo no mencionado en la NOM-005-SSA3-2010.
(6)Se cuenta con un directorio actualizado de establecimientos de referencia cercanos, ante una situación de contingencia.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan documentado del sistema que describa su estructura, componentes, responsables, procesos de supervisión y mejora.
- Mapa o inventario de infraestructura crítica, incluyendo servicios prioritarios (electricidad, agua, ventilación, gases medicinales, etc.).
- Protocolos y procesos operativos estándar relacionados con seguridad estructural, ambiental y operativa.
- Bitácoras o registros de inspección, monitoreo y mantenimiento de infraestructura, servicios esenciales y equipo médico.
- Evidencia de capacitaciones al personal clínico y no clínico, específicamente sobre aspectos de seguridad e infraestructura.
- Reportes técnicos de supervisión integral, firmados por personal competente y equipos multidisciplinarios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de análisis de riesgos y problemas detectados, con sus respectivas medidas de control o respuesta implementadas.
- Minutas o reportes de reuniones con áreas clínicas, administrativas y técnicas, que evidencien participación activa en el sistema.
- Informes periódicos dirigidos al liderazgo del establecimiento, sobre avances, hallazgos, mejoras o necesidades de inversión.
- Indicadores de desempeño del sistema, como cumplimiento de mantenimiento programado, tiempo de respuesta a fallas, número de incidentes estructurales reportados, etc.
- Evidencia de mejora continua, como proyectos de intervención, corrección o rediseño implementados con base en hallazgos del sistema.

i. Estándar 9/29. Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con procesos de seguridad definidos e implementados en los servicios de radiología e imagen propios, incluyendo modalidades como radiología convencional, ultrasonido, u otros cuando corresponda. Estos procesos deben garantizar la protección del personal, los pacientes y el entorno, alineándose con los riesgos identificados, la legislación aplicable y los procesos clínicos y de gestión de los sistemas del modelo.

Deben considerar, al menos lo siguiente:

a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal (EPP), acorde a las prácticas realizadas, los riesgos y problemas identificados.
b) Capacitación y orientación del personal sobre procesos y prácticas de seguridad en imagenología.
c) Seguimiento clínico y dosimétrico al personal ocupacionalmente expuesto a radiación.
d) Manejo de residuos peligrosos, incluyendo su manipulación, almacenamiento temporal y disposición final, cuando aplique.

Para su implementación, el establecimiento debe considerar:

i. Planeación preventiva basada en análisis de riesgos y problemas identificados.
ii. Implementación de procesos seguros.
iii. Capacitación del personal.
iv. Monitorización y supervisión integral de los procesos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

v. Participación en programas internos y externos de aseguramiento de calidad.

Cuando los servicios son subrogados, estos procesos deben estar contemplados dentro de las especificaciones de calidad acordadas.

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido, documentado e implementado procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen que incluyen, al menos del inciso a) al d) de la guía.

(2)Los procesos de seguridad están implementados en los servicios de radiología e imagen.

(3)Se monitorizan periódicamente los procesos mediante indicadores definidos y se documenta dicha supervisión.

(4)El personal ha sido capacitado formalmente en materia de seguridad radiológica y ocupacional.

(5)Existe equipo de protección personal adecuado y disponible según los estudios realizados y riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de seguridad para servicios de imagen.
- Procesos operativos estándar sobre protección radiológica y prácticas seguras.
- Registros de capacitación en seguridad para el personal de imagenología.
- Bitácoras de seguimiento dosimétrico del personal expuesto.
- Indicadores institucionales de seguridad en imagenología.
- Informes de supervisión y monitoreo documentado.
- Registros y etiquetas de residuos peligrosos generados.
- Inventario y disponibilidad de EPP y dispositivos de protección.

j. Estándar 10/29. Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con procesos definidos e implementados para garantizar la seguridad del paciente durante la atención en los servicios de radiología e imagen, ya sean propios o subrogados. Estos procesos deben estar alineados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento, así como con las AESP cuando apliquen.

Los procesos deben incluir, al menos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Identificación correcta del paciente conforme a la AESP 1, mediante el uso de dos datos institucionalmente definidos, aplicados en la solicitud, verificación antes del procedimiento e informe de resultados.
b) Prevención de caídas durante la estancia en sala de espera, traslado, posicionamiento y egreso del paciente AESP 6.
c) Manejo inmediato de reacciones adversas al medio de contraste, cuando se utilicen en procedimientos invasivos. Esto incluye la disponibilidad de equipo, medicamentos y un protocolo estandarizado de respuesta.
d) Vigilancia de las condiciones clínicas del paciente durante su permanencia en áreas de espera, preparación y realización del estudio.

La implementación de estos procesos es obligatoria tanto en servicios propios como subrogados, por lo que en este último caso deben integrarse en las especificaciones de calidad formalizadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen, vinculados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(2) Los procesos contemplan al menos los elementos a) al d) descritos en la guía.
(3) Los servicios subrogados de radiología e imagen cuentan con cláusulas contractuales que incorporan estos procesos y son objeto de verificación.
(4) El cumplimiento de estos procesos se supervisa periódicamente mediante indicadores definidos, y se cuenta con evidencia documentada de su seguimiento e implementación de acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales de seguridad del paciente en radiología e imagen.
- Protocolo para el manejo de reacciones adversas al medio de contraste (incluye medicamentos, EPP, entrenamiento).
- Bitácoras o reportes de incidentes relacionados con identificación errónea o caídas en áreas de imagen.
- Supervisiones documentadas del cumplimiento en servicios subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de inclusión de estos procesos en las especificaciones de calidad contractuales.
- Formatos de verificación de identificación del paciente.

k. Estándar 11/29. Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con procesos de seguridad implementados en los servicios de laboratorio propios, alineados a los riesgos y problemas del área. Para los laboratorios subrogados, estos elementos pueden incluirse dentro de las especificaciones de calidad definidas contractualmente.

Los procesos de seguridad en el laboratorio deben contemplar la protección del personal, los pacientes y la infraestructura, y abarcar las etapas preanalítica, analítica y postanalítica. Deben estar integrados al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, al sistema de gestión del talento humano, y considerar la aplicación de las acciones esenciales de seguridad del paciente, cuando corresponda.

El programa debe considerar al menos lo siguiente:

a) Manipulación y desecho seguro de materiales, sustancias y residuos peligrosos e infecciosos.
b) Disponibilidad y uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal (EPP) adecuados para los riesgos identificados.
c) Capacitación y orientación del personal del laboratorio en procesos, prácticas seguras y materiales peligrosos.
d) Actualización y educación ante nuevos procesos o materiales recientemente adquiridos o reconocidos como peligrosos.
e) Aplicación del programa de control interno de calidad para todos los estudios realizados que incluya la etapa preanalítica, analítica y postanalítica.
f) Participación en al menos un programa de control externo de calidad, de acuerdo con las pruebas realizadas.

La integración e implementación del programa de seguridad debe contemplar:

i. Planeación basada en análisis de riesgos y problemas.
ii. Implementación de procesos seguros.
iii. Capacitación del personal.
iv. Monitorización y supervisión integral de los procesos.
v. Participación en programas internos y externos de aseguramiento de calidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de seguridad en los servicios de laboratorio propios, que considera al menos los elementos definidos en los incisos a) a f) de la guía.

(2)El programa está alineado al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura, al sistema de gestión del talento humano y a las acciones esenciales para la seguridad del paciente, cuando corresponda.

(3)El programa contempla la planeación basada en análisis de riesgos y problemas identificados en el laboratorio, y documenta la priorización de dichos riesgos.

(4)Se han implementado procesos seguros en las etapas preanalítica, analítica y postanalítica.

(5)El personal del laboratorio cuenta con capacitación documentada en procesos de seguridad, uso de EPP y manejo de materiales peligrosos, conforme a sus funciones.

(6)El laboratorio aplica un programa de control interno de calidad para todos los estudios que realiza, con evidencia de seguimiento y acciones ante desviaciones detectadas.

(7)El laboratorio participa en al menos un programa de control externo de calidad, acorde con los estudios que realiza, y se cuenta con evidencia de los resultados obtenidos y acciones derivadas.

(8)El establecimiento ha definido e implementado una dinámica de supervisión y monitoreo multidisciplinario del programa de seguridad del laboratorio, y se implementan acciones de mejora derivadas del análisis de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del programa de seguridad del laboratorio.
- Listado y evidencia de dispositivos de seguridad y EPP disponibles.
- Bitácoras o reportes de supervisión y monitorización de prácticas de seguridad.
- Registros de capacitación del personal en temas de bioseguridad y seguridad ocupacional.
- Registros de participación en control interno y externo de calidad.
- Procesos operativos estándar de seguridad y manejo de residuos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Informes de evaluación de riesgos específicos del área de laboratorio.

l. Estándar 12/31. Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con procesos definidos, documentados e implementados para garantizar la seguridad del paciente en todas las fases del ciclo del laboratorio clínico (preanalítica, analítica y postanalítica), ya sean servicios propios o subrogados.

Estos procesos deben estar alineados con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, así como con las AESP que apliquen, incluyendo la identificación correcta, la prevención de errores en la toma de muestra, la prevención de caídas, y la respuesta ante eventos adversos, entre otros.

El enfoque de seguridad debe contemplar al menos los siguientes aspectos:

a) Identificación correcta del paciente, conforme a la AESP 1, utilizando dos datos institucionalmente definidos durante la solicitud del estudio, la toma de muestra y la entrega de resultados.
b) Verificación de la solicitud y del tipo de muestra requerida, para evitar errores en la preparación del paciente o en la indicación médica.
c) Prevención de caídas durante el ingreso, permanencia y egreso del paciente en el área de laboratorio, especialmente durante la toma de muestra en pacientes pediátricos, adultos mayores o con movilidad reducida (AESP 6).
d) Monitoreo del paciente durante y después de la toma de muestra, con énfasis en identificar y responder a reacciones adversas como lipotimias, hematomas, sangrado persistente o dolor.
e) Manejo estandarizado de reacciones adversas, incluyendo la disponibilidad de equipo, insumos y un protocolo clínico documentado para la atención inmediata.

La implementación de estos procesos es obligatoria tanto en servicios propios como subrogados, por lo que en este último caso deben integrarse en las especificaciones de calidad formalizadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de seguridad del paciente para los servicios de

SIN VALIDEZ OFICIAL

laboratorio clínico, integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2)Los procesos contemplan al menos los elementos a) al e) descritos en la guía.

(3)Los servicios subrogados de laboratorio clínico cuentan con cláusulas contractuales que incorporan estos procesos y son objeto de verificación.

(4)El cumplimiento de estos procesos se supervisa periódicamente mediante indicadores definidos, y se cuenta con evidencia documentada de su seguimiento e implementación de acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos documentados de seguridad del paciente en laboratorio clínico, incluyendo fases preanalítica, analítica y postanalítica.
- Procedimientos institucionales para la correcta identificación del paciente durante la toma de muestra.
- Protocolos de preparación y verificación de muestras, así como de respuesta ante errores de solicitud o toma.
- Registro de incidentes o eventos adversos en el servicio de laboratorio clínico.
- Protocolos y formatos para el manejo de reacciones adversas (por ejemplo: lipotimia, sangrado persistente, hematomas).
- Evidencia de supervisiones periódicas del cumplimiento de los procesos de seguridad en laboratorio.
- Reportes de evaluación o auditoría interna de los servicios de laboratorio propios y subrogados.
- Cláusulas contractuales con proveedores de laboratorio subrogado que incluyan requisitos de seguridad del paciente.

m.Estándar 13/29. Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con procesos definidos e implementados para el manejo seguro y trazable de muestras biológicas, que garanticen la integridad diagnóstica, la seguridad del personal, la identificación del paciente y la continuidad operativa del laboratorio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estos procesos aplican tanto a los servicios de laboratorio propios como subrogados, por lo que, en el caso de servicios contratados, deben estar incluidos en las especificaciones de calidad.

La cadena de manejo de muestras incluye al menos los siguientes procesos:

a) Solicitud de análisis, con los datos de identificación del paciente y del análisis requerido.
b) Recolección e identificación de muestras, asegurando el uso de los dos identificadores institucionales y prácticas seguras.
c) Transporte, almacenamiento y conservación, garantizando las condiciones definidas para cada tipo de muestra (temperatura, contención, tiempo, etc.).
d) Recepción e ingreso al sistema, con asignación de código, registro y trazabilidad desde el punto de origen.
e) Rastreo institucional de las muestras, desde la solicitud hasta el resultado, incluyendo procesos intermedios cuando aplica (como reenvío a laboratorio subrogado o pruebas adicionales).

El cumplimiento de estos procesos permite minimizar errores preanalíticos, prevenir pérdidas o deterioro de muestras, y asegurar la validez clínica del resultado.

Cuando se utilizan servicios subrogados, el establecimiento debe verificar que estos procesos estén incluidos como parte de la entrega del servicio, con mecanismos de supervisión establecidos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos sobre la cadena de manejo de muestras que incluyen del inciso a) al e) de la guía.

(2) Cuando se utilizan servicios subrogados, el establecimiento supervisa que estos procesos se realicen conforme a las especificaciones de calidad acordadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos operativos estándar para solicitud, recolección, transporte, almacenamiento, recepción y rastreo de muestras.
- Registros o bitácoras de trazabilidad de muestras biológicas.
- Ejemplares de formularios o sistemas de solicitud de análisis.
- Protocolos de identificación de muestras con dos identificadores.
- Evidencia documental de supervisión a servicios subrogados (reportes, actas, minutas).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Manuales o instructivos de bioseguridad aplicables al manejo de muestras.
- Auditorías o revisiones internas sobre cumplimiento del proceso.

n. Estándar 14/29. Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con sistema para la gestión segura del uso de medicamentos, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con el manejo de medicamentos en todas las áreas o servicios. Este sistema tiene como propósito asegurar una farmacoterapia segura, efectiva y centrada en el paciente, que contribuya a la calidad de la atención y a la prevención de riesgos asociados al uso de medicamentos.

El sistema debe cubrir, al menos, las siguientes fases del proceso de medicación, conforme al contexto operativo del establecimiento:

i. Selección y adquisición.
ii. Almacenamiento.
iii. Prescripción.
iv. Transcripción.
v. Distribución / Dispensación.
vi. Preparación.
vii. Administración.
viii. Control y monitorización.

Todas las fases deben desarrollarse en apego a la legislación sanitaria vigente.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de cada fase con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados.
b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad en cada fase del proceso de medicación.
c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área farmacéutica. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

En el caso de los EPNI, la gestión segura del uso de medicamentos es esencial para garantizar una atención de calidad y prevenir riesgos asociados a su manejo. El profesional titular debe asegurar que exista un listado actualizado de los medicamentos e insumos con los que presta atención, y que dicho listado se utilice como referencia para garantizar que todas las etapas (almacenamiento, preparación, administración, control y seguimiento) se realicen en apego a la legislación aplicable vigente. Esta medida contribuye a la trazabilidad del proceso de medicación, fortalece la seguridad del paciente y evita el uso inadecuado de medicamentos e insumos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un sistema integrado para la gestión del uso de medicamentos, que contempla las fases descritas cuando son aplicables al contexto, del inciso i) al viii) de la guía.
(2) La integración del sistema incluye, al menos, lo definido en los incisos a) a g) de esta guía.
(3) El desarrollo, operación y supervisión del sistema está documentado en un plan.

(1) Se cuenta con un listado actualizado de medicamentos e insumos con los que se presta atención, asegurando su almacenamiento, preparación, administración, control y seguimiento en apego a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional que documenta la estructura, fases, responsables, procesos y metas del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
- Actas de reuniones multidisciplinarias sobre el sistema.
- Indicadores o métricas de desempeño del sistema (ej. errores de medicación reportados, adherencia a procesos).
- Informes anuales del sistema dirigidos al gobierno y líderes del establecimiento.
- Procesos documentos para cada fase del proceso de medicación.
- Registros de capacitación del personal sobre los procesos institucionales y el uso seguro de medicamentos.
- Resultados de auditorías internas o externas relacionadas con el proceso de medicación.

o. Estándar 15/29. Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar la trazabilidad completa de los medicamentos e insumos para la salud, desde su adquisición hasta la administración al paciente, con el objetivo de:

i. Reducir el riesgo de uso de medicamentos falsificados, contaminados, alterados o vencidos.
ii. Asegurar la legitimidad del origen de los productos y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
iii. Facilitar la identificación y análisis de eventos adversos y errores de medicación.

Este proceso es particularmente importante en el contexto de algunos de los establecimientos de primer nivel de atención, donde se pueden llegar a manejar medicamentos de alto riesgo, cuya adecuada conservación, preparación y administración es esencial para la seguridad del paciente.

El sistema de trazabilidad debe contemplar, al menos, los siguientes elementos:

a) Validación de proveedores: El establecimiento debe adquirir medicamentos exclusivamente de proveedores que cuenten con licencia sanitaria, aviso de funcionamiento y responsable sanitario vigentes, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Recepción documentada: Todo medicamento o insumo recibido debe ir acompañado de documentos fiscales válidos (factura o remisión), firmados y fechados por personal capacitado, que acrediten la tenencia legítima del producto. El personal responsable de esta actividad debe haber recibido capacitación documentada.
c) Muestreo al ingreso: El establecimiento debe realizar verificaciones aleatorias o dirigidas de los productos recibidos, con criterios establecidos por el establecimiento, considerando tipo de producto, riesgo, historial del proveedor y volumen recibido.
d) Condiciones de almacenamiento: Los medicamentos deben organizarse en un espacio físico adecuado, identificado mediante un planograma o diagrama, que garantice condiciones de almacenamiento óptimas (temperatura, humedad, protección lumínica) y separación adecuada de productos con diferente clasificación o fecha de vencimiento.
e) Registro de entradas y salidas: El establecimiento debe mantener un sistema de control físico o digital que registre todas las entradas y salidas de medicamentos, incluyendo fecha, lote, caducidad y responsable. Este registro es clave para facilitar el seguimiento en caso de eventos adversos o retiro del producto.
f) Preparación y administración: Antes de preparar o administrar un medicamento, el personal clínico debe verificar y registrar el lote y fecha de caducidad, como una medida de seguridad obligatoria. Esta trazabilidad debe quedar asentada en el expediente clínico o formato correspondiente.
g) Cumplimiento normativo: Todo este sistema debe estar alineado con la legislación aplicable vigente.

En el caso de los EPNI, la trazabilidad de los medicamentos e insumos debe garantizar que los productos administrados a los pacientes sean seguros, legítimos y vigentes. El profesional titular es responsable de verificar que los medicamentos no presenten riesgo de falsificación, alteración o caducidad, y de registrar esta información de manera documentada. Para ello, el personal clínico debe contar con capacitación básica que le permita identificar riesgos de falsificación y realizar la revisión del producto antes de su administración. Adicionalmente, debe registrar en el expediente clínico el número de lote y la fecha de caducidad de cada medicamento administrado, con el fin de asegurar la

SIN VALIDEZ OFICIAL

trazabilidad y facilitar el seguimiento en caso de un evento adverso o retiro de producto.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado acciones para garantizar la trazabilidad y el control de los medicamentos desde su adquisición hasta su administración al paciente.

(2)Las acciones implementadas contemplan, al menos, lo definido en los incisos a) a g) de la guía.

(3)El personal involucrado en el proceso cuenta con la capacitación documentada conforme a sus funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

(4)El establecimiento supervisa el cumplimiento del proceso de trazabilidad y control de medicamentos y, cuando corresponde, implementa acciones correctivas o de mejora.

(1)En caso de administración de medicamentos, el personal cuenta con evidencia de capacitación básica para identificar riesgos de falsificación, realiza la revisión del producto y documenta el lote y fecha de caducidad en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Licencia sanitaria o aviso de funcionamiento vigente de los proveedores del establecimiento.
- Facturas, remisiones o vales firmados y fechados.
- Procesos para recepción, muestreo y almacenamiento de medicamentos.
- Plano físico o planograma del área de almacenamiento.
- Sistema de inventario con registros de entrada y salida que incluyan trazabilidad por lote y caducidad.
- Registros de capacitación del personal involucrado.
- Evidencias documentadas de trazabilidad en preparación y administración (formatos clínicos, hojas de enfermería, recetas, hojas de preparación, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

p. Estándar 16/29. Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con un sistema de prevención y control de infecciones, diseñado para integrar de forma estructurada, continua y transversal todos los procesos, servicios y áreas (clínicas y no clínicas) relacionados con la gestión del riesgo de infecciones. Este sistema tiene como propósito prevenir y reducir el riesgo de infecciones en pacientes, personal, cuidadores primarios, visitantes y otras personas expuestas durante los procesos de atención.

El sistema debe adecuarse al tamaño, complejidad, riesgos y contexto del establecimiento, e integrarse en todas las actividades que puedan influir en la seguridad clínica, epidemiológica y ambiental del establecimiento.

El sistema puede abarcar los enfoques, según las características del establecimiento, áreas y procesos como:

- Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Vigilancia epidemiológica.
- Precauciones estándar y específicas en la atención.
- Esterilización y desinfección.

i. Limpieza de instalaciones y equipos.
ii. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (RPBI).
iii. Manejo de ropa.
iv. Reúso de insumos desechables (si aplica).
v. Procesos de medicación (vinculados al sistema de gestión segura del uso de medicamentos).
vi. Salud y seguridad del personal.
vii. Supervisión de calidad del agua.
viii. Control y mantenimiento de infraestructura (vinculado al sistema de gestión y seguridad de infraestructura).
ix. Servicios de ambulancias (propio o subrogado).
x. Vacunación para pacientes y personal.
xi. Seguridad durante adecuaciones, remodelaciones y/o construcciones.

El desarrollo, implementación y supervisión del sistema debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Planeación de las acciones de prevención y control con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas de los procesos relacionados.
b) Implementación de procesos seguros y barreras de seguridad, adaptados a los servicios y áreas involucradas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Capacitación continua del personal clínico y no clínico involucrado, según sus funciones.
d) Supervisión integral y multidisciplinaria del sistema, por parte de un equipo competente, con participación activa de todas las áreas implicadas y un enfoque multidisciplinario.
e) Monitoreo y análisis de resultados sobre los procesos implementados.
f) Mejora continua basada en datos, mediante acciones correctivas y preventivas derivadas de los hallazgos y desempeño del sistema.
g) Elaboración de informes periódicos al gobierno y líderes del establecimiento sobre el desarrollo, supervisión y mejoras del sistema.

Este sistema no es responsabilidad exclusiva del área o servicio de epidemiología. Su funcionamiento requiere la participación activa y coordinada de todos los servicios clínicos, administrativos y de apoyo, de acuerdo con la estructura, procesos y recursos del establecimiento.

En el caso de los EPNI, la prevención y control de infecciones es fundamental para proteger a los pacientes, cuidadores primarios y personal. El profesional titular debe implementar medidas básicas que aseguren la aplicación de precauciones estándar, la desinfección y esterilización adecuada de los equipos reutilizables, la limpieza regular de instalaciones, así como el manejo seguro del RPBI. Además, el consultorio debe cumplir con la notificación correspondiente de enfermedades transmisibles ante la autoridad local, en apego a la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado e implementado un sistema de prevención y control de infecciones, adecuado al tamaño, ubicación, complejidad, servicios ofrecidos y tipo de pacientes que atiende.
(2) El sistema integra todas las áreas clínicas, administrativas y comunes en las que se brinda atención o donde circulan pacientes, personal o visitantes.
(3) El sistema incluye, conforme al contexto del establecimiento, al menos las áreas de enfoque del inciso i) al xi) de la guía.
(4) La integración del sistema incluye, al menos, los elementos descritos del inciso a) al g) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)El sistema es supervisado por personal con las competencias necesarias, bajo un enfoque multidisciplinario y con la participación activa de las áreas involucradas.
(6)El establecimiento cuenta con un plan documentado que describe cómo se desarrolla, supervisa y mejora el sistema de prevención y control de infecciones.

(1)Se cuenta con el reporte correspondiente de enfermedades transmisibles presentado ante la autoridad local.
(2)El personal cuenta con evidencia de capacitación en precauciones estándar.
(3Se dispone de mecanismos de esterilización y desinfección para el equipo de atención que no sea desechable.
(4)Se cuenta con una bitácora de limpieza de instalaciones y equipos.
(5) Se cuenta con un contrato vigente de recolección de RPBI y con evidencia de capacitación en el manejo de los mismos.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan de prevención y control de infecciones institucional.
- Política de control de IAAS y vigilancia epidemiológica.
- Registros de capacitación del personal en medidas de prevención y precauciones estándar.
- Listados y bitácoras de verificación de procesos críticos (desinfección, esterilización, limpieza).
- Informes de inspección de condiciones de agua, infraestructura, RPBI y alimentación.
- Actas del comité de vigilancia epidemiológica y reportes a personas líderes del establecimiento bitácoras de mantenimiento, monitoreo ambiental o de zonas críticas.
- Documentación del Programa Interno de Protección Civil, incluyendo planes ante brotes infecciosos.
- Plan o protocolo para evaluar riesgos de infección antes, durante y después de una adecuación, remodelación o construcción.

SIN VALIDEZ OFICIAL

q. Estándar 17/29. Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos del primer nivel de atención atienden a una población diversa con condiciones clínicas variables. En este contexto, existen grupos de personas o servicios que, por su complejidad diagnóstica o terapéutica, riesgos inherentes o potencial de complicaciones, deben ser considerados de alto riesgo clínico u operativo.

La identificación de estos grupos y la planeación de su atención es una estrategia preventiva que permite establecer medidas diferenciadas de seguridad, estandarizar prácticas clínicas y proteger tanto a las personas usuarias como al personal de salud.

Con el fin de otorgar una atención estandarizada y segura, la organización puede hacer uso de guías de práctica clínica, protocolos, planes de atención, vías clínicas y/o buenas prácticas o similares, acorde al contexto y capacidad resolutiva de la misma, para guiar el proceso de atención y que el personal involucrado actúe de manera oportuna y estandarizada.

El establecimiento debe definir, con base en un análisis multidisciplinario y su capacidad resolutiva, los grupos de personas o servicios que considere de alto riesgo, debe considerar al menos los siguientes, siempre y cuando formen parte de los servicios otorgados:

i. Personas con enfermedades infectocontagiosas.
ii. Personas con riesgo obstétrico.
iii. Los que demás que el establecimiento defina.

Es de suma importancia que durante el proceso de atención se minimicen tanto los riesgos propios de la condición clínica o patología de la persona, como los riesgos secundarios derivados de la atención misma. Por ejemplo: reacciones a medicamentos, infecciones asociadas a procedimientos, infecciones cruzadas, errores en la administración de tratamientos, o complicaciones evitables derivadas de intervenciones no monitoreadas adecuadamente.

Para cada grupo o servicio identificado, el establecimiento debe definir un proceso que guíe su atención, el cual debe incluir al menos los siguientes elementos:

a) Cómo se otorgará la atención, incluyendo consideraciones especiales como condición clínica, el servicio donde se encuentre el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico) y capacidad resolutiva del establecimiento, entre otras.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Cuál es la documentación clínica necesaria para que el equipo trabaje de manera segura, efectiva y con trazabilidad.
c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.
d) Cómo se llevará a cabo la monitorización clínica durante la atención.
e) Las competencias específicas requeridas del personal que otorga la atención.
f) La disponibilidad y uso de insumos o tecnologías necesarias para la atención segura.

En el caso de los EPNI, los pacientes con enfermedades infectocontagiosas deben ser considerados como un grupo de alto riesgo, por el potencial de transmisión y las complicaciones que pueden presentar. El profesional titular debe contar con mecanismos implementados para su identificación y atención, que contemple medidas de seguridad básicas para proteger tanto a los pacientes como al personal y cuidadores primarios. Dicho proceso debe incluir acciones de aislamiento cuando corresponda, el uso de precauciones estándar, la higiene de manos, el manejo seguro de insumos y la comunicación clara al paciente y su cuidador primario sobre las medidas de prevención necesarias.

i. Requerimiento auditable.

(1) El ha identificado los grupos de personas o servicios de alto riesgo, con base en su contexto y capacidad resolutiva.

(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso, a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, que guía la atención de cada grupo de personas o servicios de alto riesgo identificados, incluyendo al menos los elementos establecidos en los incisos a) a f) de la guía.

(2.1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar a las personas con enfermedades infectocontagiosas como grupo de alto riesgo, cuando esta condición forma parte de los servicios otorgados.

(2.2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar a las personas con riesgo obstétrico como grupo de alto riesgo, cuando esta condición forma parte de los servicios otorgados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2.3) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para otros grupos de personas o servicios de alto riesgo, determinados por el propio establecimiento conforme a su contexto, análisis multidisciplinario y capacidad resolutiva.

(3)El establecimiento capacita al personal involucrado en la atención de personas o servicios de alto riesgo, conforme a su rol y nivel de responsabilidad.

(4)El establecimiento verifica que la atención a personas o servicios de alto riesgo se otorga conforme al proceso establecido.

(1)Se identifica sintomatología de las personas con enfermedades infectocontagiosas como grupo de alto riesgo, aplicando medidas de seguridad básicas para prevenir transmisión, a fin de evitar la propagación de los mismos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que identifica a los grupos de personas o servicios de alto riesgo, con base en un análisis del contexto clínico y operativo.
- Protocolos clínicos, procesos, vías clínicas o planes de atención definidos para los grupos identificados.
- Registros de capacitación al personal sobre atención diferenciada, bioseguridad, consentimiento informado, y gestión del riesgo.
- Expedientes clínicos con evidencia de atención, documentación y monitoreo.
- Registros o informes de eventos adversos o situaciones clínicas que justifiquen la clasificación de riesgo.
- Listados de insumos, equipamiento y medidas específicas asociadas a la atención de estos grupos.

r. Estándar 18/29. Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que todos los pacientes reciban el mismo nivel de calidad en la atención, sin distinción por condición social, económica, día de la semana o turno de atención. Para lograr este principio de atención uniforme, los líderes del

SIN VALIDEZ OFICIAL

establecimiento deben planificar, coordinar y estandarizar los procesos de atención, asegurando su aplicación de manera consistente.
La atención dirigida a pacientes con condiciones clínicas similares debe planificarse y ser guiada por procesos estandarizados, definidos con enfoque multidisciplinario y alineados a la legislación aplicable vigente. Estos procesos deben aplicarse de forma transversal a todos los servicios y horarios operativos del establecimiento, garantizando que:

a) La atención y el tratamiento no depende de la condición social ni económica del paciente.
b) El nivel de atención se mantiene constante todos los días y turnos.
c) Las decisiones clínicas y la asignación de recursos se basan en el estado clínico del paciente.
d) Los pacientes con necesidades similares reciben niveles comparables de calidad.

Una atención planificada y estandarizada contribuye a disminuir la variabilidad no justificada, favorece el uso eficiente de los recursos institucionales y reduce los riesgos relacionados con diferencias en los procesos de atención.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los líderes del establecimiento colaboran para definir procesos estandarizados que aseguren el mismo nivel de calidad en la atención.
(2)Los procesos definidos están alineados con la legislación aplicable vigente.
(3)Los procesos se desarrollan con participación multidisciplinaria.
(4)La atención se proporciona de manera que:
(4.1)No depende de la condición social ni económica del paciente
(4.2)No varía entre turnos ni días de la semana.
(4.3)Se ajusta al estado clínico del paciente, asignando los recursos apropiados.
(4.4)Mantiene el mismo nivel de calidad para pacientes con necesidades clínicas equivalentes.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos clínicos, rutas de atención o guías internas documentadas.
- Actas o registros de reuniones donde se haya definido la estandarización con participación multidisciplinaria.
- Registros clínicos que evidencien la aplicación uniforme de procesos entre turnos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evaluaciones internas o auditorías sobre consistencia en la atención.

s. Estándar 19/29. Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.

1. Guía.

El proceso de atención clínica en un establecimiento de primer nivel es dinámico y requiere la participación de diferentes profesionales de la salud. Para asegurar que dicha atención sea eficiente, continua y centrada en las necesidades del paciente, el establecimiento debe implementar mecanismos que garanticen la integración y coordinación efectiva de las actividades clínicas.

La integración implica que todas las acciones relacionadas con la atención del paciente estén articuladas entre sí y alineadas con su condición clínica. La coordinación asegura que las intervenciones se planifiquen, ejecuten y supervisen de manera conjunta entre las distintas áreas, turnos y niveles operativos.

Estas acciones son especialmente relevantes en pacientes con necesidades clínicas complejas, en quienes la atención fragmentada puede generar riesgos o pérdida de efectividad. Los líderes del establecimiento deben promover prácticas que favorezcan la colaboración clínica, como la revisión de casos por equipos multidisciplinarios, el uso compartido de información, o la elaboración de planes terapéuticos integrales.

Los procesos de coordinación e integración deben mantenerse durante toda la trayectoria del paciente, y sus conclusiones deben ser documentadas oportunamente en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido mecanismos que aseguran que la atención esté integrada y coordinada entre todas las áreas, servicios y turnos que intervienen en la atención del paciente.

(2) La atención clínica del paciente se coordina de manera continua entre entornos, equipos y servicios del establecimiento, especialmente cuando existe complejidad clínica.

(3) Los resultados, acuerdos o decisiones derivados de sesiones clínicas, juntas o actividades de revisión multidisciplinaria se documentan en el expediente clínico del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones documentadas institucionales para la coordinación de la atención.
- Programación de sesiones clínicas multidisciplinarias (semanales, mensuales o según complejidad del caso).
- Minutas o actas de sesiones multidisciplinarias, con registro de asistentes, fecha, resumen clínico y acuerdos tomados.
- Formato de hoja de resumen clínico multidisciplinario, con campos para cada área participante (medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, etc.).
- Auditorías clínicas internas que verifiquen continuidad y coherencia entre notas clínicas de distintas disciplinas.
- Evidencia en el expediente clínico de decisiones conjuntas documentadas tras sesiones multidisciplinarias.
- Reportes de análisis de casos complejos atendidos mediante integración de áreas clínicas.

t. Estándar 20/29. Atención integral y segura a la persona gestante.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención deben garantizar una atención oportuna, con calidad, seguridad y trato digno durante el embarazo, parto, puerperio y ante cualquier urgencia obstétrica. Esta atención debe salvaguardar la seguridad emocional, el bienestar físico y el respeto a los derechos humanos de la persona gestante, priorizando la disminución del índice de cesáreas no justificadas, la prevención de complicaciones y la reducción de la morbimortalidad materna y neonatal.

Para ello, el establecimiento define un proceso institucional que guíe la atención de las personas gestantes, el cual debe estar alineado con la legislación aplicable vigente e incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Cómo se llevará a cabo la monitorización clínica de la persona gestante.
b) La definición de criterios para indicar un parto instrumentado.
c) La definición de criterios para indicar y referir una cesárea a un nivel de atención superior.
d) La definición de criterios para realizar un legrado uterino o una aspiración manual endouterina (AMEU).
e) Las acciones para prevenir y sancionar la violencia obstétrica y cualquier forma de discriminación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) La manera en que se proporcionará información sobre lactancia materna exclusiva, salvo contraindicaciones médicamente justificadas.
g) Las consideraciones clínicas, éticas y legales para la interrupción voluntaria del embarazo, cuando aplique.

En todas las etapas del proceso de atención, se deben respetar los derechos de las personas gestantes, garantizando su privacidad, acceso a la información clínica, la posibilidad de obtener una segunda opinión, y la decisión informada respecto a cualquier procedimiento propuesto.

En el caso de los EPNI, la atención a personas gestantes durante el embarazo y puerperio debe enfocarse en promover prácticas seguras, de calidad y respetuosas de los derechos humanos. Un aspecto fundamental en este nivel de atención es la promoción de la lactancia materna exclusiva, salvo contraindicaciones médicas justificadas. El profesional titular debe asegurar que el personal cuente con capacitación básica en lactancia materna y que existan medios accesibles y comprensibles para difundir información sobre sus beneficios y cuidados, dirigidos a las personas gestantes y cuidadores primarios.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención de personas gestantes.
(2) El proceso incluye los elementos descritos en los incisos a) a g) de la guía.
(3) La práctica clínica observada es consistente con el proceso definido por el establecimiento.
(4) Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar un parto instrumentado.
(5) Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una AMEU.
(6) En establecimientos con personal médico en formación, la indicación de cesárea de primera vez es supervisada y validada por personal médico especialista.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con evidencia de capacitación en lactancia materna y con medios para difundir información sobre la misma.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la atención obstétrica y sus criterios clínicos.
- Guías de práctica clínica nacionales vigentes
- Formatos de consentimiento informado y notas clínicas.
- Expedientes clínicos con registro de indicaciones y procedimientos.
- Minutas de sesiones clínicas o comités de revisión obstétrica.
- Informes de revisión anual con enfoque multidisciplinario.
- Bitácoras o registros de supervisión de personal médico en formación.
- Materiales de sensibilización y capacitación sobre derechos reproductivos y prevención de violencia obstétrica.

u. Estándar 21/29. Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.

1. Guía.

Las personas gestantes que presentan una urgencia obstétrica requieren atención inmediata, con calidad, seguridad y capacidad de respuesta institucional. Sus condiciones clínicas, comorbilidades y contexto social implican riesgos significativos para su salud y la del producto, por lo que deben ser atendidas conforme a criterios clínicos estandarizados y con una organización operativa que permita reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

En el ámbito del primer nivel de atención, el establecimiento puede no resolver de forma definitiva la urgencia, pero sí tiene la responsabilidad de reconocerla de manera oportuna, brindar la atención inicial de estabilización y activar los mecanismos de referencia o respuesta institucional correspondientes.

Para ello, el establecimiento ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario y tomando en cuenta su contexto operativo y la legislación aplicable vigente, un proceso institucional que guía la atención de personas gestantes con urgencia obstétrica, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.
b) La disponibilidad del equipo de respuesta acorde a su horario de atención, o el mecanismo formal para su activación o enlace con unidades de mayor capacidad resolutiva.
c) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención inicial o estabilización.
d) El mecanismo mediante el cual se identifican a las personas gestantes con riesgo obstétrico desde su ingreso.
e) Cómo se brinda la atención inmediata una vez identificada la urgencia obstétrica.
f) El mecanismo para solicitar la participación del equipo de respuesta o activar la referencia médica inmediata.
g) La monitorización, estabilización y seguimiento clínico mientras se gestiona el traslado.

Este proceso debe estar formalmente documentado, implementado y difundido entre el personal clínico, con base en las capacidades del establecimiento y en coordinación con la red de servicios del Sistema Nacional de Salud.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe estar en capacidad de identificar de manera oportuna una urgencia obstétrica y actuar con rapidez para proteger la vida y la salud de la persona gestante y del producto. Aunque el consultorio no cuenta con los recursos para resolver de forma definitiva estas situaciones, sí debe garantizar la atención inicial básica y activar de inmediato la referencia a un establecimiento con mayor capacidad resolutiva. Para ello, el consultorio debe disponer de un directorio actualizado de unidades de atención obstétrica cercanas, que incluya direcciones y teléfonos de contacto, con el fin de asegurar un traslado oportuno y coordinado.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso, con base en un análisis multidisciplinario y en la legislación aplicable vigente, para guiar la atención de personas gestantes con urgencia obstétrica.
(2) El proceso incluye, al menos, los elementos a) a g) establecidos en la guía.
(3) Se supervisa periódicamente la implementación del proceso, y se analizan los hallazgos para generar acciones de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)La práctica clínica observada es consistente con el proceso definido por el establecimiento.

(1)Se cuenta con un directorio actualizado de establecimientos de referencia en atención obstétrica, disponible en caso de identificar una situación de urgencia.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.
- Protocolos de atención, estabilización, referencia y seguimiento en urgencias obstétricas.
- Registros de activación del equipo de respuesta o de traslado.
- Listas de verificación o formatos de revisión de insumos y medicamentos obstétricos críticos.
- Evidencia de capacitación del personal en identificación, estabilización y referencia de urgencias obstétricas.
- Reportes de análisis de casos de urgencias obstétricas atendidas en el establecimiento.
- Actas de revisión de cumplimiento del proceso y de coordinación con unidades de segundo o tercer nivel.

v. Estándar 22/31. Fomento a la lactancia materna en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.

1. Guía.

La lactancia materna es un derecho de niñas, niños y madres, así como una estrategia clave de salud pública para mejorar la nutrición, prevenir enfermedades y reducir la mortalidad infantil. Los beneficios de la lactancia exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuidad hasta los dos años o más son ampliamente respaldados por evidencia científica nacional e internacional.

Los establecimientos que brinden servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, y tiene como propósito asegurar la promoción, protección y apoyo efectivo a la lactancia materna mediante políticas, procesos y acciones específicas, alineadas con la legislación aplicable vigente y con base en el Acuerdo emitido por el CSG.

El establecimiento debe acreditar el cumplimiento de las siguientes acciones:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Contar con una política institucional escrita sobre lactancia materna, difundida sistemáticamente entre todo el personal de atención en salud clínico y no clínico.
b) Capacitar a todo el personal de salud clínico y no clínico para implementar dicha política.
c) Informar a las mujeres embarazadas sobre los beneficios y prácticas adecuadas de la lactancia materna.
d) Favorecer el inicio de la lactancia durante la primera hora después del parto.
e) Educar a las madres sobre técnicas adecuadas de amamantamiento y cómo mantener la lactancia en caso de separación.
f) Evitar la administración de alimentos o bebidas diferentes a la leche materna a los recién nacidos, salvo indicación médica.
g) Facilitar el alojamiento conjunto madre-hijo las 24 horas del día.
h) Promover la lactancia a libre demanda del recién nacido.
i) Evitar el uso de biberones o chupones en recién nacidos amamantados.
j) Facilitar el contacto de las madres con grupos de apoyo a la lactancia materna.

Estas acciones deben incorporarse en la atención clínica y administrativa del establecimiento, y formar parte de sus procesos de mejora continua, educación al paciente y atención centrada en la persona.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con una política institucional sobre lactancia materna difundida entre todo el personal clínico y no clínico.
(2) El establecimiento ha implementado acciones definidas para dar cumplimiento a lo establecido en los incisos a) al j) de la guía.
(3) El cumplimiento de las acciones se supervisa periódicamente mediante mecanismos definidos por el establecimiento con participación del personal responsable de los servicios de atención materna.
(4) Los resultados de la supervisión son analizados por los equipos responsables y utilizados para generar acciones de mejora continua, orientadas a fortalecer las prácticas de fomento, protección y apoyo a la lactancia materna en el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional escrita sobre lactancia materna.
- Programas de capacitación y listas de asistencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Material educativo entregado a embarazadas sobre lactancia.
- Registros clínicos de inicio de lactancia dentro de la primera hora.
- Bitácoras clínicas o formatos de seguimiento de lactancia exclusiva.
- Protocolo de alojamiento conjunto y cuidados madre-hijo.
- Registros de canalización a grupos de apoyo.
- Plan de mejora de la calidad que incorpore el componente de lactancia.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 22 de junio de 2012.

w. Estándar 23/29. Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar una atención digna, respetuosa y centrada en la persona a los pacientes en situación terminal que han decidido continuar con la atención dentro del establecimiento.

Dada la complejidad clínica, emocional y ética de estos casos, el establecimiento debe definir un proceso que oriente al equipo multidisciplinario sobre cómo brindar cuidados enfocados en el confort, la comunicación con el paciente y su familia, y el respeto a su autonomía y valores.

Este proceso debe ser definido con base en un análisis multidisciplinario, considerando la legislación aplicable vigente, el contexto del establecimiento el proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal.

Puede aplicarse tanto en pacientes con enfermedades terminales de base, que han decidido no continuar con el tratamiento o para quienes el equipo clínico ha determinado la necesidad de adecuar el esfuerzo terapéutico.

El proceso debe contemplar, al menos:

a) La atención adecuada y proporcional de los síntomas más frecuentes en pacientes en etapa terminal (dolor, fatiga, náusea, ansiedad, entre otros).

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) La comunicación clara y compasiva con el paciente o cuidador primario, incluyendo educación sobre el pronóstico, las decisiones clínicas y el plan de atención.
c) La identificación de necesidades de apoyo para la familia o personas que cuidan del paciente.
d) El respeto a los valores, costumbres y creencias del paciente, que deben ser integrados al plan de atención.

El personal que participa en la atención de estos pacientes debe estar sensibilizado y, cuando sea posible, capacitado en los principios básicos de atención al final de la vida. Esto contribuye a reducir la variabilidad en el trato, evita medidas desproporcionadas y permite brindar una atención humanizada, aun en contextos con recursos limitados.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que guía la atención de pacientes en situación terminal.
(2)El proceso incluye, al menos, los incisos a) a d) de esta guía.
(3)La atención que se brinda a los pacientes terminales es coherente con lo definido en el proceso institucional.
(4)Se documenta en el expediente clínico la toma de decisiones compartida con el paciente o su familia en el contexto de atención terminal.
(5)El personal involucrado ha sido sensibilizado o capacitado respecto a la atención de pacientes en etapa terminal en el contexto.
(6)Todo el personal cuenta con su constancia de capacitación en cuidados paliativos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de atención a pacientes terminales en unidades de primer nivel de atención.
- Registros de capacitación o sensibilización del personal sobre atención al final de la vida.
- Notas clínicas o de evolución que evidencien evaluación de síntomas, comunicación con la familia, y adecuación del esfuerzo terapéutico.
- Formatos o evidencia de respeto a creencias, voluntades anticipadas o planes de atención centrados en valores.
- Referencias o enlaces con programas externos de cuidados paliativos, si aplica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

x. Estándar 24/29. Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia. – Indispensable –

1. Guía.

Aunque los establecimientos de primer nivel de atención no están formalmente habilitados como servicios de urgencias. Sin embargo, por la naturaleza clínica de los pacientes y el tipo de procedimientos que se realizan, pueden presentarse situaciones críticas que requieran una atención inmediata, organizada y eficiente.

Una urgencia médica se define como toda condición aguda que pone en riesgo la vida, un órgano o una función, y que requiere atención inmediata. En el contexto de primer nivel de atención, estas situaciones pueden incluir: pérdida súbita de conciencia, hipotensión grave, reacciones anafilácticas a medicamentos o materiales, sangrados activos, convulsiones, arritmias graves, entre otros.

Se ha observado que aquellos pacientes en situación de urgencia que reciben un abordaje sistematizado de manera temprana cuentan con mayor probabilidad de sobrevida y menos riesgo a desarrollar secuelas del evento, de ahí que se cuente con herramientas como la evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) la cual es un enfoque sistemático para la evaluación y el tratamiento inmediatos de pacientes en situación de urgencia.

Esta herramienta es aplicable a toda emergencia clínica. Los objetivos del enfoque ABCDE son:

i. Proporcionar un tratamiento que salve vidas.
ii. Dividir situaciones clínicas complejas en partes más manejables.
iii. Servir como algoritmo de evaluación y tratamiento iniciales.
iv. Establecer una conciencia situacional común entre todos los proveedores de tratamiento.
v. Ganar tiempo para establecer un diagnóstico y tratamiento definitivos.

El establecimiento debe definir un proceso para atender estas situaciones, adaptado a su contexto, infraestructura y competencias disponibles. Este proceso debe diseñarse mediante un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, e incluir, al menos, lo siguiente:

a) Identificación de situaciones clínicas específicas que puedan representar una urgencia dentro o fuera de las áreas clínicas, como paciente inconsciente en sala de espera, sangrado activo o paciente con descompensación hemodinámica súbita.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Adaptación del enfoque de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) a las competencias del personal y al entorno físico del establecimiento.
c) Definición de cómo se brindará o solicitará la atención inicial en las áreas o cómo se alertará y activará el equipo responsable.
d) Proceso para la obtención de consentimiento informado, si aplica (ej. procedimientos invasivos o referencia urgente).
e) Identificación de las competencias requeridas por el personal responsable de la primera respuesta.
f) Insumos y equipos necesarios (ej. carro rojo, ambú, oxígeno, desfibrilador), así como su localización y accesibilidad inmediata.
g) Mecanismos definidos para movilizar al paciente dentro del establecimiento cuando no se encuentra en un área clínica.
h) Protocolo de traslado a otro establecimiento cuando el establecimiento no cuente con la capacidad para resolver la urgencia, incluyendo directorio de hospitales receptores, ambulancias o servicios de emergencia.

El objetivo de este estándar no es que todo el personal cuente con habilidades avanzadas en urgencias, sino que exista un proceso institucional organizado que permita identificar y actuar oportunamente, minimizando el riesgo y maximizando la supervivencia y recuperación funcional del paciente.

En el caso de los EPNI, aunque no están formalmente habilitados como servicios de urgencias, pueden presentarse situaciones críticas que requieran atención inmediata. En este contexto, es fundamental que el personal cuente con las competencias necesarias para dar una respuesta inicial organizada y efectiva. Una de las herramientas clave es la reanimación cardiopulmonar básica (RCP), la cual permite actuar de manera inmediata en eventos que comprometen la vida, hasta que el paciente sea trasladado a un establecimiento con mayor capacidad resolutiva. El profesional titular debe asegurar que el personal esté capacitado en RCP básica y que dicha capacitación se mantenga actualizada con una vigencia menor a dos años.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso

SIN VALIDEZ OFICIAL

documentado e implementado para la atención de pacientes en situación de urgencia.

(2)El proceso incluye los incisos del inciso a) al h) de la guía.

(3)La práctica observada es consistente con lo definido en el proceso institucional.

(4)El personal involucrado en la primera respuesta ha sido capacitado en el enfoque ABCDE y en los protocolos de actuación del establecimiento.

(1)Se cuenta con evidencia de capacitación documentada en reanimación cardiopulmonar básica actualizada con vigencia menor a 2 años.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso de atención a urgencias en el establecimiento.
- Capacitación del personal clínico y de apoyo en el enfoque ABCDE y activación de respuesta ante urgencias.
- Registro de simulacros o ejercicios de respuesta rápida en el establecimiento.
- Inventario y bitácora de revisión de insumos y equipo de respuesta inmediata (carro rojo, DEA, oxígeno, sueros, medicamentos).
- Directorio institucional de hospitales receptores, ambulancias o servicios de emergencia disponibles.
- Registros clínicos o administrativos de eventos críticos ocurridos y la aplicación del protocolo.
- Consentimientos informados documentados cuando aplica.

y. Estándar 25/29 Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe definir un proceso documentado que guíe la atención de pacientes que presenten un evento de paro cardiorrespiratorio, garantizando una respuesta inmediata, con personal competente y recursos disponibles.

El paro cardiorrespiratorio en el ámbito clínico puede tener múltiples causas y presentarse en cualquier momento, por lo que la

SIN VALIDEZ OFICIAL

supervivencia y la recuperación neurológica del paciente dependen de cuatro factores críticos:

i. Reconocimiento inmediato del evento.
ii. Inicio oportuno del Soporte Vital Básico (SVB).
iii. Acceso al soporte vital avanzado.
iv. Atención post-reanimación adecuada.

El proceso debe ser definido a partir de un análisis multidisciplinario, adaptado a la capacidad resolutiva del establecimiento. Este proceso debe incluir, al menos, lo siguiente:

a) Identificación de los equipos de reanimación, disponibles durante los horarios de atención del establecimiento.
b) Logística de activación del código de emergencia, incluyendo el personal clínico participante y su localización.
c) Proceso de atención inmediata con soporte vital básico, al momento de identificar el paciente con paro y ejecutable por el personal que detecta el evento.
d) Proceso para trasladar al paciente a un establecimiento de mayor nivel resolutivo.
e) Insumos, medicamentos y equipamiento necesarios para la reanimación, así como la logística para su disponibilidad inmediata en todas las áreas operativas.

El establecimiento debe asegurar que el personal asignado a la atención de estos eventos cuente con las competencias necesarias en soporte vital básico, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, conforme al tipo de población atendida y a los servicios prestados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, mediante un análisis multidisciplinario con enfoque de sistema, un proceso documentado e implementado que guía la atención de pacientes en paro cardiorrespiratorio.
(2) El proceso incluye los incisos a) al e) de la guía.
(3) La práctica observada durante simulacros, eventos reales o auditorías clínicas es consistente con el proceso definido.
(4) El personal clínico asignado ha sido capacitado y validado en soporte vital básico conforme a su rol.
(5) El establecimiento cuenta con los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, disponibles y verificados mediante bitácoras.
(6) El establecimiento ha realizado al menos un simulacro documentado de reanimación en los últimos 12 meses.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo

- Proceso institucional documentado de reanimación (guía rápida, diagrama de flujo o política interna).
- Registros de capacitación del personal en SVB, con evidencias de certificación o entrenamiento interno.
- Bitácora de revisión del carro rojo, DEA y medicamentos para emergencias.
- Informe de simulacros o eventos reales, con cronograma, resultados y planes de mejora.
- Lista de equipo y medicamentos de emergencia adaptados al tipo de pacientes que atiende el establecimiento.
- Documentación clínica de eventos críticos, con tiempos de activación, maniobras realizadas y seguimiento post-evento.

z. Estándar 26/29. Proceso que guía la atención para el manejo de la anemia en pacientes de primer nivel de atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar un abordaje sistemático, oportuno y seguro de la anemia, especialmente en grupos prioritarios como niños menores de 12 años de edad, personas gestantes, puérperas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas o ameriten procedimiento quirúrgico y otros pacientes con condiciones clínicas identificadas como de riesgo por el establecimiento. La anemia en el embarazo está asociada a complicaciones perinatales, bajo peso al nacer, parto prematuro y aumento en la morbilidad materna e infantil.

Dada su alta prevalencia, impacto clínico y posibilidad de intervención temprana en el primer nivel, el establecimiento debe definir un proceso institucional que guíe la atención de pacientes con riesgo o diagnóstico de anemia, con base en un análisis multidisciplinario, enfoque de sistema, y alineado con la legislación aplicable vigente, las recomendaciones nacionales e internacionales, y la mejor evidencia clínica disponible.

El proceso debe estar formalmente documentado, ser conocido por el personal involucrado, e incluir criterios de evaluación, seguimiento, intervención y continuidad, con mecanismos claros de comunicación entre los miembros del equipo de salud y con los niveles de atención subsecuentes.

El proceso debe contemplar, al menos, los siguientes elementos:

a) Evaluación sistemática y periódica del estado hematológico de la persona (por ejemplo, determinación de hemoglobina y hematocrito

SIN VALIDEZ OFICIAL

en el embarazo, ferritina y cinética de hierro y otras deficiencias nutricionales, y frotis de sangre periférica según la normativa aplicable y las guías nacionales).

b) Identificación oportuna de la causa contribuyentes a la anemia, como deficiencias nutricionales (hierro, ácido fólico, vitamina B12), infecciones crónicas, pérdidas sanguíneas o condiciones de riesgo identificadas por el establecimiento.
c) Definición de umbrales para intervención terapéutica, incluyendo suplementación oral con hierro, ajuste alimenticio, medidas de educación para la salud, y referencia oportuna al segundo nivel en casos que lo ameriten.
d) Criterios para la derivación a servicios de mayor capacidad resolutiva, con base en signos de alarma, falta de respuesta al tratamiento o sospecha de etiología no común.
e) Registro clínico completo y oportuno de los hallazgos, decisiones clínicas y acciones realizadas en relación con la anemia, conforme al expediente clínico institucional.
f) Educación a la persona usuaria y su cuidador primario, con enfoque en la comprensión del tratamiento, adherencia, signos de alerta y prevención de la anemia, utilizando materiales cultural y lingüísticamente adecuados.
g) Evaluación de resultados del tratamiento implementado, incluyendo revisión de parámetros hematológicos y evolución clínica, conforme a la periodicidad definida en el protocolo institucional.

El establecimiento debe asegurar la capacitación del personal clínico responsable del abordaje de la anemia en el primer nivel de atención, y contar con herramientas validadas para el seguimiento y toma de decisiones. El proceso debe ser supervisado periódicamente y los hallazgos deben utilizarse para generar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que guía la atención de la anemia en pacientes del primer nivel de atención, enfocado en niños menores de 12 años de edad, gestantes, puérperas, adultos mayores, pacientes con enfermedades crónicas o que ameritan procedimiento quirúrgico y otros grupos de riesgo identificados.
(2) El proceso contempla lo definido del inciso a) al g) de la guía.
(3) Se supervisa periódicamente la implementación del proceso, y se analizan los hallazgos para generar acciones de mejora.
(4) El personal clínico ha recibido capacitación documentada en el protocolo de atención de la anemia en el primer nivel de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional para el abordaje de la anemia en el primer nivel de atención.
- Expediente clínico con evidencia de evaluación hematológica, intervención y seguimiento.
- Formatos o bitácoras de referencia a segundo nivel por anemia no controlada.
- Material educativo dirigido a pacientes y cuidadores.
- Evidencia de capacitación al personal clínico: lista de asistencia, constancias o registros de sesiones de actualización.
- Indicadores institucionales de control de anemia (porcentaje de gestantes con suplementación, prevalencia de anemia en primer trimestre, porcentaje de anemia en pacientes con intervención quirúrgica programada, porcentaje de anemia en pacientes con enfermedades crónicas, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal crónica, etc.).

aa. Estándar 27/29. Estructura y funcionamiento de los servicios de telemedicina.

1. Guía.

El establecimiento que ofrece Atención Médica a Distancia (AMD) debe contar con una organización y gestión de procesos claramente definidos que garanticen una atención efectiva, segura y centrada en el paciente. La AMD representa una herramienta estratégica para mantener la continuidad del cuidado, ampliar la cobertura, reducir riesgos asociados a desplazamientos innecesarios y mejorar la oportunidad de atención especializada. Su implementación permite mantener la vinculación clínica entre profesionales, unidades de atención y pacientes, particularmente en escenarios donde el acceso presencial inmediato resulta limitado o riesgoso.

La implementación de la AMD debe realizarse con un enfoque de sistema, con participación multidisciplinaria, bajo la conducción del gobierno del establecimiento. La organización debe contar con una estructura organizativa responsable de la planeación, operación, monitoreo y mejora continua de los servicios de AMD. Una estructura organizativa clara permite definir responsabilidades, flujos de trabajo y canales de comunicación entre los diferentes actores que intervienen en el proceso. Asimismo, cuenta con un directorio institucional actualizado que identifique a los establecimientos participantes y a sus responsables operativos. Esta información permite asegurar la

SIN VALIDEZ OFICIAL

trazabilidad, la responsabilidad clínica y administrativa, y la adecuada articulación del servicio.

Se debe contar con procesos documentados y vigentes que regulen la operación del servicio, incluyendo:

a) Catálogo de servicios ofertados por AMD.
b) Criterios de inclusión y exclusión clínica para la atención remota.
c) Protocolos clínicos y rutas de atención.
d) Procesos de referencia y contrarreferencia.
e) Esquemas de seguimiento post consulta.
f) Estrategias para identificar y mitigar el impacto de la brecha digital en la población, y criterios clínicos para determinar cuándo la atención a distancia no es apropiada debido a barreras tecnológicas o de alfabetización digital del paciente.

El personal involucrado debe tener claramente definidas sus funciones y responsabilidades, desde la programación de citas, atención médica virtual, registro clínico, seguimiento posterior. Asimismo, la AMD debe apoyarse en plataformas tecnológicas que garanticen la interoperabilidad con el ECE del establecimiento. Dichas plataformas deben cumplir con protocolos de ciberseguridad robustos (cifrado de extremo a extremo) para asegurar confidencialidad, integridad, disponibilidad, acceso oportuno de la información del paciente y favorezcan la comunicación eficiente entre el personal.

Para reducir los riesgos asociados, deben establecerse controles de seguridad de la información y contar con instrumentos legales, como consentimientos informados y registros clínicos electrónicos, que respalden la validez técnica, jurídica y ética del acto médico remoto.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado una unidad o figura responsable de coordinar los servicios de AMD.
(2) Se cuenta con procesos documentados, implementados y conocidos por el personal que regulan la operación de la AMD, incluyendo lo mencionado en los incisos a) al e) de la guía.
(3) Se cuenta con un directorio actualizado de los establecimientos de atención médica involucrados y del personal responsable del servicio de AMD.
(4) Existe un catálogo de servicios ofertados a través de AMD.
(5) Se ha definido de manera clara la distribución de responsabilidades y funciones del personal involucrado en el proceso de AMD, asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6) Se han implementado controles de seguridad de la información, conforme a la legislación aplicable vigente.
(7) El proceso de AMD es monitoreado periódicamente, y los hallazgos derivados son analizados para implementar acciones de mejora.
(8) Se cuenta con un proceso para la prescripción de medicamentos a distancia que cumple con la legislación aplicable vigente, garantizando la identidad del prescriptor y la seguridad e integridad de la receta electrónica.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual de operación o lineamientos institucionales para la AMD.
- Nombramiento formal del responsable de AMD.
- Bitácora o sistema de registro de atenciones por AMD, con datos epidemiológicos, de morbimortalidad, administrativos, entre otros.
- Consentimiento informado para atención médica a distancia.
- Directorio de EAM participantes y responsables.
- Documentos de interconsulta (solicitudes y respuestas).
- Políticas institucionales y/o procesos sobre privacidad y confidencialidad de datos personales.

bb.Estándar 28/29. Proceso que guía la atención dental segura.

1. Guía.

La atención odontológica en primer nivel de atención implica riesgos específicos que deben gestionarse de forma sistemática para proteger la seguridad del paciente y garantizar la calidad del servicio. Entre estos riesgos se encuentran las infecciones asociadas a la atención, errores en la identificación del paciente o en el sitio del procedimiento, reacciones adversas a anestésicos y fallas en la documentación clínica.

El establecimiento debe contar con un proceso institucional para asegurar la atención dental segura, alineado con la legislación aplicable vigente, AESP y las mejores prácticas en bioseguridad y control de infecciones.

El proceso debe contemplar la prevención, diagnóstico oportuno y control de enfermedades bucales, así como la seguridad durante los procedimientos odontológicos y la educación del paciente en higiene bucal. El proceso debe considerar al menos:

a) Mantener un expediente clínico dental completo, que incluya historia clínica, odontograma, periodontograma, diagnóstico,

SIN VALIDEZ OFICIAL

procedimientos realizados, medicamentos aplicados y consentimiento informado correspondiente.

b) Integrar en el sistema para la prevención y control de infecciones los aspectos específicos de la atención dental, como esterilización y desinfección de instrumental y equipo, asepsia de aspiradores de saliva y control de calidad del agua utilizada.
c) Asegurar la identificación correcta del paciente antes de cualquier procedimiento odontológico, aplicando la AESP 1 y, cuando corresponda, utilizar el odontograma para el marcaje del sitio del procedimiento.
d) Contar con personal clínico debidamente calificado y con competencias validadas para las funciones asignadas, conforme al sistema de gestión del talento humano.
e) Cumplir con las medidas de bioseguridad y seguridad radiológica aplicables a los equipos e intensidad utilizados, incluyendo la protección del personal y de los pacientes.
f) Implementar medidas de seguridad específicas para procedimientos dentales (uso y manejo seguro de anestésicos, protocolos de prevención de infecciones cruzadas, control de insumos estériles).
g) Educar al paciente y su cuidador primario en higiene bucal, autoexamen bucal, alimentación saludable y factores de riesgo como consumo de tabaco y alcohol, adaptando la información a las necesidades y contexto del paciente.

El proceso debe ser supervisado periódicamente con participación del personal involucrado, y los hallazgos derivados de la supervisión deben documentarse y usarse para la mejora continua de la atención dental segura en el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención dental segura, que incluye al menos los elementos a) a g) de la guía.
(2) Se cuenta con evidencia documentada de esterilización y desinfección de instrumental y equipo, asepsia de aspiradores de saliva y control de calidad del agua.
(3) El expediente clínico dental de cada paciente incluye historia clínica, odontograma, periodontograma y consentimiento informado cuando corresponde.
(4) El personal clínico que realiza procedimientos odontológicos cuenta con competencias validadas y registradas conforme al sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Se cumple con las medidas de seguridad radiológica y bioseguridad establecidas por la legislación aplicable vigente.
(6)Se documenta la educación brindada a los pacientes sobre higiene bucal, autoexamen y factores de riesgo.
(7)El establecimiento ha definido una dinámica de supervisión periódica para verificar el cumplimiento del proceso y utiliza los hallazgos para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual de operación o lineamientos institucionales.
- Nombramiento formal del responsable.
- Bitácora o sistema de registro de atenciones, con datos epidemiológicos, de morbimortalidad, administrativos, entre otros.
- Expediente clínico, historia clínica, odontograma, periodontograma, consentimiento informado.
- Bitácoras de mantenimiento preventivo y correctivo de equipos.
- Bitácoras de limpieza y desinfección.

cc. Estándar 29/29. Proceso que guía la atención segura en oftalmología.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel, los procedimientos oftalmológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, implican riesgos clínicos particulares que deben ser gestionados de forma sistemática y segura. Entre los errores más frecuentes en esta especialidad se encuentran la identificación incorrecta del paciente o del ojo a intervenir (lateralidad), reacciones adversas a medicamentos oftálmicos, infecciones postoperatorias, fallas en el seguimiento clínico o diagnóstico, y complicaciones por aplicación incorrecta de anestésicos o técnicas inadecuadas.

El establecimiento debe contar con un proceso institucional para garantizar la atención oftalmológica segura, adaptado a su capacidad resolutiva, al tipo de pacientes atendidos y a la complejidad de los procedimientos realizados. El proceso debe incluir al menos:

a) La definición de los servicios y procedimientos oftalmológicos disponibles en el establecimiento, con base en un análisis de riesgos clínicos y capacidades técnicas.
b) La planificación individualizada de la atención oftalmológica, considerando factores de riesgo clínico y características de poblaciones especiales (por ejemplo, trauma ocular, pacientes pediátricos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) La documentación clínica necesaria para asegurar la continuidad de la atención y una comunicación efectiva dentro del equipo de salud.
d) La obtención del consentimiento informado para procedimientos de riesgo o investigación, conforme a la legislación aplicable vigente.
e) Las competencias requeridas por el personal clínico autorizado para realizar procedimientos oftalmológicos, definidas conforme al sistema de gestión del talento humano.
f) La disponibilidad, control y etiquetado de medicamentos e insumos oftálmicos, incluyendo los multidosis, con registro de fecha de apertura, caducidad y uso controlado.
g) El cumplimiento de medidas específicas de bioseguridad y antisepsia para procedimientos oftalmológicos, como el uso de antisépticos adecuados para mucosa ocular, instrumental estéril, y protocolos seguros para la administración de medicamentos.
h) La delimitación de los contextos clínicos en los que se ofrece atención oftalmológica, y los mecanismos de referencia definidos cuando se rebase la capacidad del establecimiento.

Este proceso debe ser supervisado periódicamente con participación del personal clínico involucrado. Los hallazgos derivados de dicha supervisión deben utilizarse para generar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención segura en oftalmología.
(2) El contempla lo definido en los incisos a) al h) de la guía
(3) Uso de etiquetas claras en todos los fármacos oftálmicos multidosis, (fecha de apertura y caducidad).
(4) La atención con oftalmológica se documenta en el expediente clínico del paciente.
(5) El establecimiento ha definido una dinámica de supervisión periódica con participación multidisciplinaria para verificar la correcta implementación del proceso.
(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se documentan y generan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la práctica de la oftalmología.
- Protocolos clínicos que incluyan criterios de indicación, monitoreo y contraindicación.
- Registros de consentimiento informado aplicables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

- Listado de servicios y procedimientos oftálmicos autorizados en el establecimiento.
- Etiquetado de medicamentos oftálmicos y bitácoras de control.
- Bitácoras de supervisión y evidencia de acciones de mejora implementadas.

B. GESTIÓN DE RECURSOS

a. Estándar 1/32. Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con los recursos necesarios para desarrollar e implementar de forma efectiva los procesos clínicos y de gestión de los sistemas del MOCEBPASS, garantizando la calidad y seguridad del paciente. El cuerpo de gobierno y/o alta dirección y liderazgo del establecimiento son responsables de planear, proveer, supervisar y gestionar los recursos humanos, materiales, tecnológicos, financieros, entre otros, que permitan operar adecuadamente los procesos y barreras de seguridad en cada sistema. Esta asignación de recursos debe contemplar al menos los siguientes elementos:

a) Personal competente, capacitado y con funciones claramente definidas, que pueda llevar a cabo los procesos de cada sistema (por ejemplo: farmacovigilancia, control de infecciones, mantenimiento, capacitación, gestión de talento, etc.).
   La limitación de personal no debe ser un impedimento para una gestión efectiva, ya que el establecimiento puede estructurar estrategias de planeación, presupuestación y ejercicio eficiente de recursos que aseguren la continuidad operativa.
b) Insumos específicos requeridos por los procesos (por ejemplo: insumos para higiene de manos, seguridad eléctrica, medicamentos, materiales de señalización, materiales educativos, equipos de capacitación, entre otros).
c) Infraestructura y equipamiento funcional, incluyendo espacios adecuados, señalización de seguridad, tecnología médica y condiciones ambientales seguras.
d) Sistemas de información y análisis de datos, que permitan recolectar, analizar y presentar resultados de los procesos clínicos y de gestión. El manejo de la información debe integrarse al sistema institucional de mejora continua, permitiendo tomar decisiones

SIN VALIDEZ OFICIAL

basadas en riesgo, sustentar planes de acción y evaluar los resultados alcanzados.

e) Capacitación continua y metodologías de evaluación del desempeño, alineadas a las necesidades del establecimiento y los hallazgos derivados de la supervisión o análisis de eventos. Estos procesos se pueden ofrecer de forma general o adaptarse por grupo de personal según las competencias, funciones o el turno para minimizar el impacto en la atención del paciente.
f) Gestión presupuestal que permita documentar, justificar y asignar recursos financieros, asegurando su alineación con objetivos institucionales.

Estos recursos deben estar disponibles en todos los turnos operativos, adaptados a la estructura y capacidad instalada del establecimiento. La evidencia de su disponibilidad debe evaluarse periódicamente y alinearse con el sistema de mejora de la calidad y seguridad del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia para la asignación de recursos necesarios en todos los sistemas del modelo (medicación, control de infecciones, gestión de instalaciones y gestión del talento humano).
(2) Se cuenta con personal competente, con funciones definidas, y suficiente cobertura en todos los turnos operativos para operar los procesos y barreras de seguridad en cada sistema.
(3) El establecimiento proporciona los insumos, materiales y herramientas necesarios para la operación segura de los procesos clínicos y de gestión.
(4) Se dispone de infraestructura y equipamiento funcional que respalda el desarrollo de los sistemas del modelo, acorde a la capacidad instalada del establecimiento.
(5) El establecimiento cuenta con sistemas de información o medios documentales para recolectar, analizar y utilizar los datos derivados de los procesos, que respalde los sistemas del modelo.
(6) El establecimiento proporciona tiempo suficiente para que todo el personal participe en los procesos relacionados con la capacitación de los procesos clínicos y de gestión.
(7) El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección y los líderes del establecimiento gestionan recursos presupuestales para sustentar las necesidades operativas y de mejora continua de cada sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(8)La asignación de recursos se documenta, supervisa y revisa periódicamente para asegurar su alineación con los objetivos de los sistemas del modelo.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe la estrategia de planeación y asignación de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros para el funcionamiento de los sistemas del modelo (manual, plan operativo anual, política interna, etc.).
- Inventario actualizado de insumos y materiales necesarios para la operación segura del sistema de medicación, control de infecciones, infraestructura y capacitación (fichas técnicas, listas de chequeo, bitácoras de abastecimiento).
- Evidencia del uso de sistemas de información o registros estructurados para recopilar y analizar datos de los procesos.
- Presupuesto anual o plan financiero, que documente la asignación de recursos específicos para el cumplimiento de las acciones previstas en los sistemas del modelo (presupuesto aprobado, solicitudes justificadas, informes financieros con desglose por rubros de operación y calidad).
- Minutas o informes de reuniones de revisión de recursos, donde se analicen necesidades, asignaciones y seguimiento de recursos críticos para la operación (comités, juntas directivas, reuniones de seguridad y calidad, actas con acuerdos).

b. Estándar 2/32. Definición de funciones y responsabilidades del personal.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con funciones y responsabilidades definidas, documentadas y actualizadas para todo el personal que participa en los procesos del establecimiento. Esta definición constituye el punto de partida para todos los procesos que conforman el sistema de gestión del talento humano, incluyendo la selección, capacitación, supervisión y evaluación del desempeño.

Cada persona que labora en el establecimiento ya sea en funciones clínicas, administrativas, técnicas, operativas o de apoyo, debe contar con una definición clara de las actividades que le han sido asignadas o autorizadas, alineada a su perfil profesional y al área en la que se desempeña. En el caso del personal clínico, esta definición debe incluir o describir de forma explícita las actividades de atención clínica

SIN VALIDEZ OFICIAL

autorizadas, conforme a su formación, funciones asignadas y normativas aplicables.

La definición de funciones debe revisarse y actualizarse de forma periódica, especialmente cuando se integran nuevos servicios, se rediseñan procesos o se modifican estructuras operativas.

Asimismo, el establecimiento debe contemplar definiciones específicas de funciones en casos especiales, como los siguientes:

a) Personas que desempeñan funciones mixtas (clínicas y de gestión).
b) Personas que prestan servicios temporales en el establecimiento.
c) Personas en programas educativos y bajo supervisión (por ejemplo, médicos internos, residentes, enfermeras pasantes, ingenieros biomédicos en formación).
d) Personas que prestan servicios como voluntarios.
e) Personas que trabajan mediante esquemas subrogados y cuyas actividades impactan procesos clínicos o administrativos del establecimiento.

Cuando se utilicen definiciones de puesto genéricas, como “enfermera” o “médico”, es necesario especificar las funciones asociadas al área de asignación. Por ejemplo: “enfermera de consultorio”, “médico general en unidad ambulatoria”, o “enfermera de vigilancia epidemiológica”. Esta precisión es fundamental para garantizar una operación clara, segura y alineada a los principios de calidad en la atención.

La definición de funciones debe estar disponible para el personal y formar parte del expediente institucional o sistema de gestión correspondiente. Esta información debe utilizarse como base para los procesos de inducción, supervisión, capacitación continua, auditoría y evaluación del desempeño.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe asegurar que exista claridad sobre las funciones y responsabilidades del personal que labora en el establecimiento. Para ello, se debe contar con un perfil o descripción de puesto que defina las actividades que puede realizar el personal, así como los procedimientos clínicos y administrativos que corresponden al ámbito del consultorio.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todo el personal clínico del establecimiento cuenta con una definición de funciones documentada.

(2)Todo el personal no clínico del establecimiento cuenta con una definición de funciones documentada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El establecimiento ha definido funciones específicas para los siguientes casos especiales:
(3.1)Personal que desempeña funciones tanto clínicas como de gestión.
(3.2)Personal que presta servicios de manera temporal.
(3.3)Personas en programas educativos y bajo supervisión (por ejemplo: médicos internos, residentes, pasantes, estudiantes en formación).
(3.4)Personas que prestan servicios como voluntarios.
(3.5)Personal que presta servicios subrogados dentro del establecimiento.
(3.6)Las funciones se encuentran actualizadas.
(4)Las funciones son revisadas y actualizadas cuando se integran o rediseñan servicios, procesos o actividades dentro del establecimiento.

(1) Se cuenta con un perfil o descripción de puesto de cada profesional de salud, así como con los procedimientos que se pueden realizar en el consultorio.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos institucionales con la definición de funciones del personal clínico, no clínico y de apoyo, organizados por puesto y área de asignación.
- Formatos o fichas de funciones firmadas por el personal, integradas en su expediente o sistema de gestión del talento humano.
- Listado de personal con indicación del tipo de relación (planta, temporal, subrogado, voluntariado, en formación), y la definición de funciones correspondiente.
- Documentación específica de funciones para casos especiales, como:
  - Personal mixto (clínico/gestión).
  - Voluntarios.
  - Pasantes o residentes.
  - Servicios subrogados.
- Definiciones diferenciadas para personal con puestos genéricos, con funciones asignadas según área (por ejemplo: “médico general en atención ambulatoria”).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros o reportes de revisión y actualización de funciones (con fechas, responsables y cambios aplicados), como parte de la gestión del cambio o rediseño de procesos.
- Evidencia de que las funciones se usan como base para la inducción, evaluación del desempeño y procesos de mejora del talento humano.

c. Estándar 3/32. Otorgamiento de privilegios clínicos. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe implementar un proceso formal para el otorgamiento de privilegios clínicos, que defina de manera clara y documentada qué servicios están autorizados para ser prestados por cada profesional que ejerce dentro del establecimiento, particularmente cuando dicho personal no depende directamente de la estructura laboral del establecimiento.

Este proceso aplica, por ejemplo, a médicos externos que ingresan y atienden pacientes propios, enfermeras instrumentistas que colaboran con equipos quirúrgicos, nutriólogos que forman parte de equipos interdisciplinarios, o cualquier otro profesional clínico que brinde atención directa en el establecimiento sin formar parte de la plantilla interna.

El proceso de otorgamiento de privilegios clínicos debe ser conducido por una instancia definida por el establecimiento y validada por el cuerpo de gobierno y/o alta dirección del mismo. El proceso incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) Identificación del personal clínico que ejerce de forma independiente dentro del establecimiento.
b) Definición de los servicios clínicos específicos que puede prestar ese personal, de acuerdo con el contexto, servicios autorizados y necesidades del establecimiento.
c) Solicitud formal del profesional sobre los servicios que desea brindar en el establecimiento.
d) Verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones o adiestramientos, mediante documentos oficiales o mecanismos establecidos.
e) Análisis de la información recopilada, incluyendo formación académica, certificaciones vigentes, adiestramientos técnicos, experiencia profesional y, cuando aplique, resultados de evaluación de desempeño.

SIN VALIDEZ OFICIAL

f) Autorización de los privilegios clínicos, detallando con precisión las actividades o procedimientos que puede llevar a cabo el profesional dentro del establecimiento.
g) Comunicación formal al profesional sobre los privilegios otorgados, así como las condiciones para su evaluación, renovación o modificación.
h) Proceso de orientación e inducción institucional para el personal con privilegios clínicos que no depende directamente de la estructura laboral del establecimiento.

Los privilegios clínicos deben ser revisados y ratificados al menos cada tres años, o antes si existen resultados de desempeño que lo ameriten, si el profesional adquiere nuevas competencias, o si el establecimiento incorpora nuevos servicios. El establecimiento puede definir una periodicidad más estricta si así lo considera necesario.

Asimismo, el establecimiento debe prever una variante de proceso de otorgamiento de privilegios temporales o de emergencia, aplicable a situaciones críticas, urgencias institucionales o emergencias médicas en las que se requiera la participación de profesionales externos calificados, siguiendo una autorización inmediata bajo supervisión del cuerpo de gobierno y/o alta dirección.

Este proceso es fundamental para garantizar que toda persona que brinde atención clínica en el establecimiento lo haga dentro de un marco regulado, validado y seguro, en beneficio de los pacientes y del equipo institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente dentro del establecimiento.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el otorgamiento de privilegios, que incluye al menos los procesos descritos en los incisos a) a g) de la guía.
(3) El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se aplica formalmente a cada profesional que ejerce de forma independiente.
(4) Los profesionales que ejercen de forma independiente sólo fungen el rol y actividades que les han sido autorizados mediante el proceso de otorgamiento de privilegios.
(5) El otorgamiento de privilegios se actualiza al menos cada tres años, o antes si lo requieren los resultados de desempeño, incorporación de nuevos servicios, o adquisición de nuevas competencias por parte del profesional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Listado del personal clínico que ejerce de manera independiente dentro del establecimiento (no forma parte de la plantilla, pero presta atención directa a pacientes).
- Documento institucional del proceso de otorgamiento de privilegios, incluyendo:
  • Requisitos
  • Responsables
  • Etapas del proceso
  • Frecuencia de actualización
  • Mecanismo de comunicación al profesional
- Solicitudes formales de privilegios clínicos realizadas por profesionales independientes, firmadas y fechadas.
- Documentación que respalda la verificación de competencias, como:
  • Títulos
  • Cédulas profesionales
  • Certificaciones vigentes (por ejemplo: especialidad médica, cursos de adiestramiento técnico)
  • Constancias de experiencia o trayectoria
- Actas o formatos de autorización de privilegios clínicos, con:
  • Servicios autorizados
  • Firma del profesional
  • Firma del responsable institucional
  • Fecha de autorización y vigencia
- Registros de actualización de privilegios clínicos, cada tres años o antes cuando corresponda.
- Registros de evaluación de desempeño clínico, utilizados como criterio para la renovación o modificación de privilegios (cuando apliquen).
- Evidencia de que los servicios prestados por el profesional coinciden con los privilegios autorizados (por ejemplo, comparativos entre notas clínicas y privilegios otorgados).

d. Estándar 4/32. Reclutamiento y selección de personal.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con procesos definidos, documentados y sistemáticos para el reclutamiento y selección del personal, clínico y no clínico, que participará en los procesos del establecimiento. Estos procesos forman parte del sistema de gestión del talento humano y deben estar alineados con las

SIN VALIDEZ OFICIAL

necesidades operativas, el contexto de cada área y la legislación aplicable vigente.

Los procesos deben considerar criterios diferenciados según el tipo de puesto o servicio. Por ejemplo, el proceso de reclutamiento y selección para personal no clínico puede diferir del aplicado a médicos especialistas o personal de enfermería. Alternativamente, el establecimiento puede adoptar un proceso estandarizado de reclutamiento para todo el personal, pero con mecanismos diferenciados de selección según el perfil del puesto.

La selección del personal debe realizarse con base en una evaluación inicial de competencias, aplicada en el momento en que la persona inicia sus responsabilidades laborales. Esta evaluación permite establecer un punto de partida para su desarrollo dentro del sistema y debe ser realizada por el área o servicio al que fue asignado el trabajador.

El diseño, implementación y supervisión de estos procesos es responsabilidad de las instancias definidas dentro del sistema de gestión del talento humano, bajo un enfoque de sistema, garantizando coherencia entre las fases de atracción, incorporación, evaluación y desarrollo del personal.

Los procesos deben aplicarse de forma transversal, homogénea y sistemática en todas las áreas del establecimiento, y contar con evidencia documental que respalde su aplicación y mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para el reclutamiento del personal.

(2) El establecimiento ha definido un proceso para la selección del personal, que incluye la aplicación de una evaluación inicial de competencias.

(3) Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso, al momento de iniciar sus responsabilidades laborales.

(4) La evaluación inicial de competencias es realizada por el área o servicio al cual ha sido asignado el trabajador.

(5) Los procesos de reclutamiento y selección están implementados de manera sistemática en todo el establecimiento.

(6) Ambos procesos son supervisados bajo un enfoque de sistema, como parte del sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de reclutamiento, incluyendo fuentes de captación, responsables, criterios de búsqueda y perfil del puesto.
- Documento oficial del proceso de selección de personal, que integre la aplicación de una evaluación inicial de competencias técnicas, clínicas o administrativas según el perfil del puesto.
- Formatos de evaluación inicial de competencias, utilizados para valorar a personal de nuevo ingreso, adaptados a cada tipo de función (clínico, no clínico, técnico, operativo).
- Registros de evaluaciones aplicadas, firmadas por el evaluador del área correspondiente y fechadas al inicio del periodo laboral.
- Evidencia de que el área o servicio receptor participa en la evaluación inicial, como listas de cotejo, informes o actas internas.
- Listados del personal contratado recientemente, con vinculación a los formatos de evaluación de ingreso correspondientes.
- Indicadores de cumplimiento del proceso de reclutamiento y selección, cuando estén definidos.
- Evidencia de supervisión de ambos procesos, por parte del área responsable del sistema de gestión del talento humano (actas, auditorías internas, informes de seguimiento).

e. Estándar 5/32. Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con un plan definido, documentado y operativo para la asignación del personal clínico y no clínico, con el objetivo de garantizar la suficiencia, pertinencia y continuidad de los servicios ofrecidos, conforme a las necesidades del paciente y la operación del establecimiento. Este plan forma parte del sistema de gestión del talento humano y debe estar alineado con las competencias del personal, la demanda del servicio, la seguridad de los procesos y la calidad en la atención.

El plan debe elaborarse de forma multidisciplinaria, con participación de los responsables operativos, y debe contemplar la planeación de los siguientes procesos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Asignación del personal clínico y no clínico en función de las competencias requeridas, el número de pacientes, la carga de trabajo y la complejidad del servicio.
b) Reasignación del personal clínico entre áreas o turnos, ante variaciones en la demanda, ausencias, emergencias u otros cambios operativos, respetando los criterios de idoneidad y seguridad clínica.
c) Consideración de solicitudes de reasignación por motivos de valores o creencias personales, especialmente en casos donde estas puedan interferir con la atención o el entorno laboral.
d) Traspaso temporal de funciones entre profesionales clínicos, por ejemplo, cuando una función asignada habitualmente a una categoría (como enfermera general de consulta externa o enfermera del servicio de imagenología) es asumida por otro profesional clínico (como un médico general o residente), en situaciones justificadas y conforme al marco normativo aplicable.

La asignación y reasignación de personal debe ser monitoreada de forma permanente y el plan actualizado según sea necesario. Cuando existan modificaciones relevantes en un área o servicio, debe existir un mecanismo de colaboración institucional para actualizar el plan general, garantizando su coherencia, aplicabilidad y alineación con las necesidades reales del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado, de forma multidisciplinaria, un plan de asignación de personal que incluye a todo el personal clínico y no clínico.

(1.1) El plan describe las competencias, la cantidad y los tipos de personal necesarios para llevar a cabo las funciones diarias del establecimiento.

(2) El establecimiento ha definido y documentado, de forma multidisciplinaria, un plan de reasignación del personal clínico.

(2.1) El plan describe cómo se realizará la reasignación del personal clínico entre áreas o servicios en función de las necesidades cambiantes de los pacientes o ante la ausencia de personal.

(2.2) El plan contempla la consideración de solicitudes de reasignación por parte del personal clínico con base en sus valores o creencias.

(2.3) El plan describe cómo se llevará a cabo el traspaso temporal de funciones entre profesionales clínicos en situaciones justificadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El plan de asignación y reasignación está implementado en todas las áreas del establecimiento.
(4)La efectividad del plan se controla de manera continua mediante mecanismos definidos.
(5)El plan se revisa y se actualiza cuando existen cambios en la operación, el personal o los servicios del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan de asignación de personal, elaborado de manera multidisciplinaria, que incluya el número, tipo y competencias requeridas para el personal clínico y no clínico en función de las actividades del establecimiento.
- Documento del plan de reasignación del personal clínico, con criterios definidos para su movilización entre áreas o turnos, en respuesta a necesidades asistenciales, contingencias operativas o faltas de personal.
- Registros que evidencien la consideración de solicitudes de reasignación del personal clínico por razones de valores, creencias o situaciones personales, con la resolución correspondiente.
- Protocolos internos sobre el traspaso de funciones clínicas temporales, como asignación de funciones entre personal médico y de enfermería ante ausencia de un rol clínico específico.
- Evidencia de implementación del plan de asignación, como listas de roles y turnos, programación de personal por servicio, bitácoras de cobertura o matrices de disponibilidad.
- Reportes o formatos de control de efectividad del plan, como indicadores de cobertura, distribución de carga laboral, cumplimiento de roles asignados o análisis de ausencias.
- Registros de revisión y actualización del plan, incluyendo minutas, firmas de responsables, fechas de modificación y justificación de los cambios.

f. Estándar 6/32. Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que todo el personal clínico y no clínico, así como el personal subrogado o voluntario que participe en los procesos del establecimiento, reciba orientación inicial al momento de su incorporación o reasignación, como parte fundamental del sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Esta orientación permite que cada persona comprenda el funcionamiento general del establecimiento, el objetivo del área o servicio al que ha sido asignado, y cómo sus funciones contribuyen al cumplimiento de la misión institucional. Asimismo, refuerza los conocimientos operativos esenciales para realizar sus actividades con seguridad, eficacia y alineación normativa.

El proceso de orientación debe ser tanto general (visión institucional, misión, estructura, reglamentos, normativas básicas) como específico (funciones del puesto, procesos del área asignada, interacción con otros equipos, procedimientos críticos).

La orientación debe incluir, al menos, los siguientes contenidos:

a) Las barreras de seguridad aplicables a su área o funciones.
b) Las definiciones operativas y el proceso de notificación de eventos adversos.
c) Las medidas de prevención y control de infecciones, incluyendo higiene de manos, bioseguridad, desinfección de superficies y disposición de RPBI.
d) El uso adecuado del equipo de protección personal.
e) La comunicación de peligros y riesgos del entorno físico, según las condiciones del área asignada.

Asimismo, todo el personal reasignado a un área o servicio donde no haya trabajado previamente debe recibir orientación específica sobre las condiciones, funciones y riesgos particulares de esa nueva área.

Este proceso debe estar documentado, ser verificable y actualizarse cuando existan cambios operativos significativos o se modifiquen los contenidos clave de seguridad y normatividad institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general del establecimiento.
(2) El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación específica sobre el funcionamiento del área, servicio o establecimiento al que ha sido asignado.
(3) Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro del establecimiento reciben orientación sobre el área, servicio o establecimiento correspondiente.
(4) Las personas que prestan servicios como voluntarios reciben orientación sobre las funciones y responsabilidades asignadas.
(5) El personal es orientado cuando es reasignado a un área o servicio en el que no ha laborado previamente.
(6) La orientación incluye, al menos, los siguientes contenidos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6.1)Las barreras de seguridad aplicables en el área o servicio asignado.
(6.2)Las definiciones operativas y el proceso de notificación de eventos adversos, centinelas y cuasifallas
(6.3)Las medidas establecidas en el sistema para la prevención y control de infecciones.
(6.4)El uso adecuado del equipo de protección personal.
(6.5)La comunicación de peligros y riesgos según lo establecido en el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos, protocolos o manuales institucionales de orientación general y específica, que describan los contenidos impartidos a personal de nuevo ingreso o reasignado.
- Listados de personal con constancia de orientación recibida, firmadas por el responsable y el trabajador, incluyendo fecha, área asignada y tipo de contratación (planta, subrogado, voluntario).
- Materiales de apoyo utilizados durante la orientación, como presentaciones, trípticos, módulos digitales o documentos explicativos de los siguientes temas:
  • Barreras de seguridad institucionales.
  • Proceso de notificación de eventos adversos.
  • Medidas del sistema para la prevención y control de infecciones.
  • Uso correcto del equipo de protección personal.
  • Protocolos del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura (comunicación de riesgos físicos y operativos del entorno).
- Evidencia de orientación al personal subrogado y voluntario, con firma de recibido, lista de funciones asignadas y responsable institucional.
- Registros de orientación específica al personal reasignado a nuevas áreas, incluyendo fechas, responsables y contenidos abordados.
- Cronograma institucional de sesiones de orientación, actualizado y aplicado según nuevos ingresos o reasignaciones

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/32. Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe implementar un proceso sistemático de evaluación del desempeño que incluya a todo el personal clínico y no clínico, como parte esencial del sistema de gestión del talento humano. Esta evaluación permite verificar que los procesos se ejecuten de manera estandarizada y sistemática conforme a lo definido por el establecimiento, identificar áreas de oportunidad y tomar decisiones informadas para la mejora continua de las competencias institucionales.

La evaluación del desempeño debe realizarse de forma permanente, el establecimiento define la frecuencia y esta evaluación debe quedar documentada al menos una vez por año, de cada miembro del personal conforme al perfil clínico y no clínico y funciones asignadas.

El proceso debe estar alineado con las funciones y actividades reales que desempeña el personal, y debe centrarse en observar y valorar cómo ejecuta sus responsabilidades durante la operación diaria. Por ejemplo, en el caso de enfermería, debe evaluarse la forma en que prepara y administra medicamentos, o cómo aplica las medidas de seguridad en el manejo de accesos vasculares, más allá de la simple memorización de conceptos.

Si bien el establecimiento puede integrar en la evaluación otros elementos como puntualidad, comportamiento o conocimientos teóricos, el núcleo de la evaluación debe ser el análisis de competencias en acción, directamente relacionadas con los procesos institucionales, los riesgos operativos y la atención segura al paciente.

La evaluación debe ser utilizada para:

a) Identificar necesidades de capacitación específicas.
b) Reconocer el cumplimiento adecuado de las funciones.
c) Establecer estrategias para el desarrollo de competencias.
d) Tomar decisiones sobre reasignaciones, privilegios, asignación de nuevas responsabilidades, entre otras.
e) Vincular los resultados con los procesos de mejora de la calidad y la seguridad.

Este proceso debe estar documentado, aplicado a todo el personal (incluyendo subrogados cuando corresponda).

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para la evaluación del desempeño de todo el personal, tanto clínico como no clínico.

(2)Todo el personal cuenta con al menos una evaluación anual documentada.

(3)La evaluación del desempeño se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y actividades asignadas durante la operación diaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del proceso de evaluación del desempeño, que describa objetivos, frecuencia, criterios, responsables y formato utilizado para todo el personal (clínico y no clínico).
- Formatos o instrumentos oficiales de evaluación del desempeño, diferenciados por tipo de puesto o adaptados a las funciones del personal.
- Evaluaciones anuales documentadas para cada trabajador, con firma del evaluador, fecha, área correspondiente y observaciones específicas sobre competencias ejecutadas.
- Registros que evidencien que la evaluación se enfoca en el desempeño relacionado con los procesos y actividades reales, por ejemplo: observación directa, supervisión estructurada, listas de verificación funcional.
- Evidencia del uso de resultados de la evaluación para toma de decisiones, como reasignación de funciones, planes de mejora, capacitación o revisión de privilegios.

h. Estándar 8/32. Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe implementar un programa de capacitación continua dirigido a todo el personal clínico y no clínico, con el objetivo de mantener y mejorar sus competencias, en función de los procesos asignados, los riesgos asociados y desempeño institucional. Este programa forma parte del sistema de gestión del talento humano y debe estar basado en evidencia obtenida de distintas fuentes de información.

La capacitación debe planearse con base en el análisis sistemático de datos e información provenientes, al menos, de las siguientes fuentes:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Monitoreo de los procesos clínicos y de gestión
b) Supervisión de sistemas organizacionales relacionados con la seguridad y calidad (por ejemplo: medicación, infecciones, infraestructura, entre otros).
c) Resultados de las evaluaciones del desempeño del personal clínico y no clínico.
d) Notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
e) Condiciones inseguras o accidentes de trabajo documentados.

Además, el programa debe incorporar otras fuentes de información relevantes, como la introducción de nueva tecnología, la implementación de nuevos procesos, los planes institucionales para la apertura de nuevos servicios, o las actualizaciones normativas que requieran el fortalecimiento de competencias específicas.

A partir de esta integración, el establecimiento debe diseñar, ejecutar y supervisar un programa estructurado de capacitación, en el que se identifique qué personal debe ser capacitado, en qué temas, con qué frecuencia y bajo qué modalidad.

El programa debe contar con mecanismos de control y supervisión, tanto de la ejecución como de la aplicación práctica de lo aprendido, asegurando que la capacitación impacte positivamente en la calidad, seguridad y desempeño institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con un programa de capacitación del personal definido, documentado e implementado como parte del sistema de gestión del talento humano.

(2)El programa está basado en datos provenientes, al menos, de las siguientes fuentes mencionadas en lo incisos a) al e) de la guía.

(3)El programa se supervisa y se controla de forma multidisciplinaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Matriz de necesidades de capacitación.
- Programa de capacitación del personal, que incluya objetivos, fuentes de información para su diseño, metodología, periodicidad, criterios de priorización y población objetivo.
- Plan anual o semestral de capacitación, con temas, fechas, responsables, modalidad (presencial, virtual, en sitio), población objetivo y frecuencia.
- Registros de ejecución de capacitaciones, como listas de asistencia, firmas de recibido, evaluaciones antes/después, evidencias de participación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de seguimiento o control del programa, como indicadores de cumplimiento, evaluaciones de efectividad, retroalimentaciones, ajustes realizados.
- Documentación de actualización del programa, vinculada a nuevos procesos, tecnologías, cambios normativos o servicios incorporados.

i. Estándar 9/32. Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que todo el personal clínico y no clínico que mantiene contacto directo y regular con los pacientes reciba capacitación específica en aspectos clave de salud mental, intervención psicosocial y derechos humanos, tomando como base el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP), desarrollado por la OMS y adoptado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Este estándar responde a los avances recientes en la regulación vigente, que reconocen el derecho de toda persona a recibir atención integral en salud mental desde el primer nivel de contacto, promoviendo una atención centrada en la persona, sin discriminación, con enfoque de derechos y perspectiva comunitaria.

La salud mental es una dimensión esencial del bienestar de los pacientes que viven con enfermedad renal crónica. La prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, agotamiento emocional y desesperanza en personas en tratamiento sustitutivo renal es significativamente más alta que en la población general. Estas condiciones, cuando no son detectadas ni atendidas, afectan gravemente la calidad de vida, la adherencia al tratamiento, las relaciones familiares y sociales, e incluso los resultados clínicos.

Además, los profesionales de la salud que trabajan en entornos de alta demanda emocional están también expuestos a fatiga por compasión, burnout y estrés ocupacional, por lo que el conocimiento básico en contención emocional y primeros auxilios psicológicos es una herramienta clave no sólo para apoyar a los pacientes, sino también para fomentar una cultura de seguridad, empatía y cuidado entre equipos.

Esta capacitación busca fortalecer las competencias del personal para:

a) Identificar oportunamente trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias.
b) Prestar primeros auxilios psicológicos básicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Aplicar técnicas de comunicación empática y efectiva con pacientes en situaciones de crisis.
d) Referir adecuadamente a servicios especializados.
e) Contribuir a una atención centrada en la persona, no discriminatoria y respetuosa de los derechos humanos.

El curso debe abordar al menos los contenidos fundamentales definidos por la OMS/OPS para el programa mhGAP, incluyendo principios esenciales, intervenciones psicosociales, evaluación del estrés, identificación de trastornos por consumo, protección de derechos humanos, resolución de problemas y manejo de crisis. El curso puede impartirse de forma virtual o presencial, siempre que cuente con validación oficial por instituciones del sector salud.

Esta capacitación debe coordinarse desde el sistema de gestión del talento humano e integrarse a los procesos de inducción y formación continua del personal.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe garantizar que el personal clínico que mantiene contacto directo con los pacientes cuente con capacitación básica en salud mental, intervención psicosocial y derechos humanos. Esta capacitación debe estar alineada al Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), desarrollado por la OMS y adoptado por la OPS, y busca fortalecer la capacidad del personal para identificar oportunamente síntomas frecuentes de ansiedad, depresión u otras condiciones, brindar primeros auxilios psicológicos básicos, aplicar técnicas de comunicación empática y, cuando corresponda, referir a los pacientes a servicios especializados.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado una estrategia de capacitación para el personal en contacto directo con pacientes, centrada en salud mental y apoyo psicosocial, alineada al mhGAP, que cubre al menos el 80% de la plantilla identificada.

(2)Se cuenta con evidencia documental de la participación de la totalidad del personal en contacto directo con pacientes, en cursos validados por instituciones del sector salud o de organismos internacionales.

(3)La estrategia de capacitación forma parte del proceso de inducción y el programa de capacitación continua del sistema de gestión del talento humano del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con evidencia de capacitación en el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP).

(A). Referencia de apoyo.

- Programa anual de capacitación del establecimiento.
- Constancias de participación o certificados del personal
- Materiales utilizados en la capacitación interna o adaptados para formación local.
- Evaluación institucional del impacto de la capacitación, mediante encuestas de satisfacción, mejora en la identificación de casos, aumento de derivaciones adecuadas o reducción de conflictos.
- Documento institucional de lineamientos o política sobre salud mental
- Evidencia de inclusión del estándar dentro del sistema de gestión del talento humano y del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, como parte de una estrategia transversal de bienestar y seguridad psicológica.

j. Estándar 10/32. Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe impartir de manera sistemática capacitación continua dirigido a todo el personal clínico y no clínico, así como a otros actores involucrados en la operación (como personal de servicios subrogados, proveedores, pacientes, familiares, cuidadores primarios y visitantes, según corresponda), respecto a los procesos y barreras de seguridad definidas en los sistemas del modelo. Esta capacitación debe impartirse de manera estructurada en las siguientes situaciones:

- Durante la inducción de personal de nuevo ingreso.
- De forma periódica, conforme al programa anual del establecimiento.
- Cuando se rediseñan procesos o se identifican cambios relevantes.
- Como respuesta a hallazgos derivados del monitoreo, supervisión o análisis de eventos adversos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La capacitación debe considerar los hallazgos, patrones y tendencias identificadas durante la supervisión y monitorización de los procesos, los incidentes reportados, las condiciones inseguras observadas, reporte y análisis eventos adversos, centinela y cuasifallas, así como las áreas de oportunidad identificadas en la evaluación del desempeño del personal.

El contenido debe adaptarse al contexto y funciones del público al que va dirigido, incluyendo componentes teóricos y prácticos según corresponda.

Para el personal clínico y no clínico, la capacitación debe incluir al menos:

a) Definiciones operativas aplicables a su función.
b) Procesos y barreras de seguridad específicas de cada sistema.
c) Notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con cada sistema.
d) Notificación de incidentes, accidentes de trabajo y condiciones inseguras.

Cuando el establecimiento brinde información o educación dirigida a pacientes, familiares o visitantes, esta debe contemplar:

i. Temas relacionados con el sistema de gestión segura del uso de medicamentos.
ii. Temas relacionados con el sistema para la prevención y control de infecciones.
iii. Temas relacionados con el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
iv. Se deben considerar contenidos orientados a su seguridad, participación informada y cuidado durante su permanencia o tratamiento en el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento proporciona capacitación que incluye contenidos específicos para cada uno de los siguientes sistemas del modelo:
  (1.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
  (1.2) Sistema para la prevención y control de infecciones.
  (1.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
  (1.4) Sistema de gestión del talento humano.

(2) Todo el personal clínico y no clínico recibe capacitación durante su inducción

(3) Todo el personal clínico y no clínico recibe capacitación de forma periódica, conforme al programa anual de capacitación, cuando se

SIN VALIDEZ OFICIAL

rediseñan procesos o posterior al análisis de los hallazgos derivados del monitoreo y supervisión de los procesos.

(4)Cuando corresponde, se incluye en la capacitación al personal de servicios subrogados, proveedores y demás visitantes.

(5)Cuando corresponde, se incluye en la capacitación a pacientes y cuidadores primarios.

(6)La capacitación considera los hallazgos, patrones y tendencias derivados de la supervisión y monitorización de procesos, evaluación del desempeño, notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas y condiciones inseguras, y otras fuentes documentadas.

(7)La capacitación al personal clínico y no clínico incluye, al menos, los definidos del inciso a) al d) según el sistema.

(8)Se documenta la participación del personal en las capacitaciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa anual de capacitación del establecimiento, que incluya temas por sistema del modelo y responsables de cada sesión.
- Materiales didácticos utilizados, tales como:
  - Presentaciones, guías visuales, trípticos, videos educativos, checklists o simulaciones documentadas.
  - Material dirigido a pacientes y cuidadores primarios (p. ej., guía de higiene de manos, cuidados post-diálisis, instrucciones ante emergencias).
- Listas de asistencia o constancias de participación, firmadas y con fecha, tanto para personal.
- Registros de actualización del contenido del programa.
- Instrumentos de evaluación post-capacitación.

k. Estándar 11/32. Programa de salud y seguridad para el personal. – Indispensable –

1. Guía.

En el establecimiento de primer nivel de atención, cuidar la salud y la seguridad del personal, es una condición indispensable para fortalecer la calidad y seguridad en la atención brindada a los pacientes. Por eso, se debe contar con un programa de salud y seguridad para el personal, diseñado para proteger el bienestar físico y mental, prevenir lesiones relacionadas con los riesgos laborales dentro de las actividades y funciones definidas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este programa aplica tanto al personal clínico como no clínico, por lo que debe ser diseñado con participación activa de los responsables de cada área con enfoque multidisciplinario. Se construye con base en las características propias del establecimiento y se adapta a los recursos disponibles, considerando también el apoyo que puede ofrecer la comunidad o red institucional.

El programa debe contemplar, al menos, los siguientes componentes:

a) Identificación de riesgos laborales, diferenciados por perfil de puesto, funciones asignadas y área de trabajo, con el propósito de implementar medidas que disminuyan la probabilidad de lesiones o daños relacionados con las actividades desempeñadas.
b) Dotación de equipo de protección personal (EPP) adecuado y suficiente, de acuerdo con los riesgos identificados.
c) Capacitación continua en el uso correcto del EPP, orientada a reforzar la protección individual y colectiva dentro del establecimiento.
d) Capacitación sobre actos seguros y prevención de incidentes, incluyendo medidas de ergonomía, manejo de sustancias, señalización y uso de herramientas, entre otros.
e) Seguimiento médico a personal expuesto a riesgos específicos y enfermedades de trabajo, como, las producidas por pinchazos o exposición a sangre y fluidos corporales, exposición a enfermedades infecciosas transmisibles, exposición a radiaciones ionizantes, materiales o condiciones peligrosas en las instituciones, riesgos ergonómicos, y otros asuntos de salud y seguridad relevantes en el establecimiento.
f) Investigación, análisis y documentación de accidentes de trabajo, con enfoque en prevención, mejora de condiciones laborales y aprendizaje organizacional.

La implementación, supervisión y control del programa deben realizarse bajo un enfoque multidisciplinario, integrando áreas como recursos humanos, seguridad e higiene, medicina laboral, control de infecciones, ingeniería, entre otras que correspondan al tamaño y complejidad del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de salud y seguridad para el personal que incluye, al menos, los componentes descritos en los incisos a) al f) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento, abarcando tanto al personal clínico como no clínico.
(3)El programa es supervisado y controlado de manera multidisciplinaria, con participación activa de las áreas responsables.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de salud y seguridad para el personal, que describa objetivos, alcance, responsables, frecuencia de revisión y los componentes mínimos.
- Listados de riesgos laborales identificados por perfil de puesto, función y área de trabajo, incluyendo matrices de riesgo, reportes de evaluación de condiciones o formatos de diagnóstico ocupacional.
- Registros de entrega de EPP al personal, con fecha, firma de recibido, tipo de equipo y justificación basada en riesgos.
- Evidencia de capacitación en el uso correcto del EPP y actos seguros, como listas de asistencia, programas de formación, materiales de apoyo, o constancias firmadas.
- Reportes de seguimiento médico ocupacional, para personal involucrado en accidentes o enfermedades laborales.
- Registros de incidentes, condiciones inseguras o accidentes de trabajo, con evidencia de análisis de causas y acciones correctivas implementadas.
- Actas de reuniones del comité o grupo multidisciplinario responsable, que documenten la supervisión, revisión y mejora del programa.
- Indicadores de cumplimiento del programa o reportes de avance (si están definidos), por ejemplo: porcentaje de personal evaluado, porcentaje de acciones preventivas ejecutadas, porcentaje de capacitaciones cumplidas.

I. Estándar 12/32. Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico. – Indispensable –

1. Guía.

Una de las primeras barreras de seguridad que puede ofrecer el establecimiento a sus pacientes es asegurarse de que el personal que participa en los procesos de atención cuenta con las competencias conforme a su perfil de puesto. Para lograrlo, el establecimiento debe implementar un proceso de verificación de la fuente original de los

SIN VALIDEZ OFICIAL

títulos, cédulas, certificaciones o constancias que acreditan las competencias técnicas o profesionales del personal.

En el caso del personal clínico, esta verificación debe realizarse de forma obligatoria, al menos mediante la consulta electrónica de la cédula profesional en la página web de la Dirección General de Profesiones de la Secretaria de Educación Pública (SEP), o en otros registros oficiales válidos. Si el profesional se encuentra en proceso de trámite de cédula o ha adquirido una competencia que no emite cédula profesional (como adiestramientos técnicos, procedimientos específicos o formación pos-técnica), el establecimiento debe definir mecanismos documentados para verificar dicha formación directamente con la institución que avala la competencia.

Este proceso también debe aplicarse cuando el personal clínico adquiere nuevas competencias, cambia de funciones, o recibe privilegios adicionales, garantizando que la nueva actividad esté respaldada por formación válida y documentada.

En el caso del personal no clínico, el establecimiento debe definir, de manera documentada, qué perfiles o funciones requieren verificación de fuente original, tomando en cuenta el nivel de estudios declarado, el tipo de competencias técnicas requeridas, y el grado de influencia que sus funciones tienen sobre la seguridad del paciente, el funcionamiento crítico de los procesos o el cumplimiento normativo. Por ejemplo, este proceso podría aplicar a personal técnico en tratamiento de agua, ingenieros biomédicos, personal de mantenimiento especializado, responsables de sistemas informáticos o personal de calidad y seguridad, y no necesariamente al personal de apoyo general como intendencia o vigilancia.

Este procedimiento es parte del sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente laboral del trabajador, incluyendo el registro de la consulta, la fecha, la fuente utilizada y el documento verificado.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para verificar la fuente original de todo el personal clínico, ya sea mediante la consulta oficial de su cédula profesional o, en su caso, mediante verificación directa con la institución que avala la competencia cuando no cuenta con cédula.

(2) Se aplica este proceso cuando el personal clínico adquiere nuevas competencias, cambia de funciones o recibe privilegios adicionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El establecimiento ha definido qué personal no clínico requiere verificación de fuente original, con base en la naturaleza de sus funciones, nivel de estudios, cumplimiento normativo y relación con los procesos relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado del establecimiento para la verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.
- Registro de verificación de cédula profesional del personal clínico, obtenido a través del portal de la Dirección General de Profesiones.
- Constancias o comprobantes de verificación institucional para personal clínico que no cuenta con cédula profesional (por ejemplo, respuesta oficial de la escuela, correo electrónico con firma institucional, constancia emitida por la entidad formadora).
- Expediente laboral del personal con los documentos que acrediten su formación (título, cédula, constancia, certificado), acompañados de la evidencia de verificación de la fuente original.
- Listado de personal no clínico identificado por el establecimiento, con evidencia de verificación documental cuando aplica (por ejemplo: técnicos, ingeniería biomédica, personal de mantenimiento especializado).
- Formato interno de control, firmado por el área responsable, donde se registre la verificación de documentos, la fuente consultada y la fecha de revisión.

m.Estándar 13/32. Programa académico para recurso humano en formación.

1. Guía.

Cuando un establecimiento participa como campo clínico para el desarrollo académico de estudiantes o profesionales en formación, debe contar con un programa estructurado que regule su participación, alineado con la legislación aplicable vigente y con los principios del sistema de gestión del talento humano.

Este recurso humano en formación puede incluir, entre otros: médicos internos, residentes, pasantes de enfermería, técnicos, psicólogos o nutriólogos, que realizan actividades dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe implementar un programa académico documentado, que sirva como base para la colaboración con instituciones educativas y asegure que la participación del recurso humano en formación esté controlada, supervisada y orientada al desarrollo seguro de competencias.

Este programa incluye, al menos, los siguientes procesos:

a) Registro completo del recurso humano en formación, con datos institucionales, etapa académica, periodo de rotación y responsable asignado.
b) Aceptación formal de los lineamientos del programa académico, mediante convenios, cartas compromiso u otro medio oficial.
c) Supervisión continua de las actividades del recurso humano en formación, conforme a sus competencias y nivel de preparación.
d) Documentación de su estado académico, competencias adquiridas o certificaciones obtenidas durante su estancia.
e) Integración a los procesos institucionales del sistema de gestión de talento humano, incluyendo: orientación e inducción, programa de capacitación continua, evaluación del desempeño, programa de salud y seguridad.

Este estándar garantiza que el recurso humano en formación pueda cumplir con sus objetivos académicos dentro de un entorno seguro y regulado, sin comprometer la calidad de la atención ni la operación del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un programa académico documentado para el recurso humano en formación, que incluye al menos los incisos de la a) al e) definidos en la guía.

(2) El programa está implementado y supervisado en todos los casos en que el recurso humano en formación participa en procesos dentro del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa académico documentado del establecimiento, donde se definan los objetivos, lineamientos, responsables y procesos que regulan la participación del recurso humano en formación.
- Convenios de colaboración, cartas compromiso u oficios de vinculación entre el establecimiento y las instituciones educativas.
- Listado actualizado del recurso humano en formación con nombre, institución de procedencia, carrera o programa

SIN VALIDEZ OFICIAL

académico, nivel de avance (semestre o año), fechas de estancia, área asignada y responsable de supervisión clínica.
- Registros de orientación e inducción institucional, asistencia a sesiones de bienvenida o entrega de manuales institucionales al recurso humano en formación.
- Registros de supervisión del desempeño del recurso humano en formación, como formatos de seguimiento, bitácoras clínicas o evaluaciones emitidas por personal del establecimiento.
- Documentación del estado académico y avance del recurso humano en formación, como copias de constancias, certificados parciales, validaciones institucionales o evaluaciones por competencias, cuando apliquen.

n. Estándar 14/32. Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.

1. Guía.

Cuando un establecimiento de atención médica recibe recurso humano en formación proveniente de instituciones educativas externas (como estudiantes de medicina, enfermería, nutrición, psicología, trabajo social, ingeniería biomédica, entre otros), es su responsabilidad verificar que dichas instituciones cumplan con los criterios esenciales para la formación de recursos humanos en salud, conforme a lo establecido en los Lineamientos para obtener la Opinión Técnico-Académica de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) vigentes.

El establecimiento debe implementar un proceso documentado que le permita validar que las instituciones educativas que le asignan estudiantes para prácticas clínicas cuenten con Opinión Técnico-Académica Favorable vigente, emitida por la CIFRHS o su equivalente en el nivel estatal.

Además, el establecimiento debe considerar elementos clave de la evaluación técnica, tales como:

a) Evidencia de que el plan y programa de estudios ha sido evaluado favorablemente por CIFRHS.
b) Existencia de estructura curricular clara y progresiva.
c) Perfil del docente.
d) Documentación que respalde el modelo educativo y de evaluación del estudiante.
e) Evidencia de criterios de ingreso y seguimiento académico.
f) Existencia de condiciones adecuadas de campo clínico: número de estudiantes por tutor, horarios, criterios de asignación, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g) Evaluación y seguimiento de egresados.
h) Infraestructura, y equipamiento suficiente conforme al perfil profesional.
i) Participación del establecimiento en la supervisión y retroalimentación del proceso formativo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un proceso documentado para verificar que las instituciones educativas que asignan recurso humano en formación cuenten con Opinión Técnico-Académica Favorable vigente emitida por la CIFRHS o autoridad competente.
(2) Esta verificación se realiza antes de formalizar cualquier convenio académico o asignación de campo clínico.
(3) Se actualiza la verificación conforme al vencimiento del dictamen técnico o cuando haya cambios en el plan de estudios.
(4) El establecimiento revisa que los programas académicos cumplan con los criterios mínimos de formación definidos en la legislación aplicable vigente, incluyendo al menos, del inciso a) al i) de la guía.
(5) Se documenta la participación del establecimiento en la supervisión del proceso académico, incluyendo retroalimentación o reporte de incidencias a la institución educativa.

(A). Referencia de apoyo

- Procedimiento documentado del establecimiento para la validación académica de instituciones educativas que asignan recurso humano en formación, incluyendo los criterios mínimos a verificar y la responsabilidad institucional correspondiente.
- Copia vigente de la Opinión Técnico-Académica Favorable emitida por la CIFRHS (o por la autoridad estatal correspondiente), anexada al expediente del convenio académico o carpeta de docencia.
- Formato de verificación del programa académico, elaborado por el establecimiento.
- Actas, minutas o reportes internos que documenten la revisión académica del programa formativo y la aprobación o rechazo para operar en el establecimiento.
- Informe de retroalimentación o reporte de incidencias entregado por el establecimiento a la institución formadora, cuando aplique.
- Convenio formal de colaboración entre el establecimiento y la institución educativa, en donde se anexe o haga referencia

SIN VALIDEZ OFICIAL

explícita a la Opinión Técnico-Académica Favorable y al compromiso de cumplimiento de los criterios mínimos.

o. Estándar 15/32. Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un proceso formal y estandarizado para organizar y mantener actualizada la información del personal clínico y no clínico. Esta información debe documentarse en un expediente físico o digital, y contener al menos:

a) El perfil de puesto y la definición de funciones o privilegios autorizados.
b) Identificación de habilidades y competencias necesarias para las funciones del puesto, según corresponda.
c) La verificación de la fuente original (título, cédula profesional o constancia institucional).
d) La capacitación recibida, especialmente en temas como seguridad del paciente, prevención de infecciones, uso de barreras de seguridad, entre otros.
e) El resultado de la evaluación inicial de competencias (cuando corresponde).
f) Los resultados de la evaluación periódica del desempeño (al menos una vez al año).

La información se encuentra disponible para efectos de supervisión interna, mejora continua o auditoría externa. La actualización debe realizarse de manera periódica o cada vez que el trabajador asuma nuevas funciones o adquiera nuevas competencias.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se documenta, al menos una vez al año, la evaluación del desempeño del personal, acorde a sus funciones y/o privilegios asignados.
(2) Se documenta la capacitación recibida por el personal, incluyendo temas de seguridad del paciente, prevención de infecciones y procesos críticos.
(3) La información del expediente se encuentra organizada, estandarizada y actualizada conforme al proceso definido por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado del establecimiento para la gestión de expedientes del personal.
- Expedientes individuales (físicos o digitales) del personal.
- Formato institucional de expediente de personal, validado por el área responsable del sistema de gestión del talento humano, con estructura estandarizada y campos obligatorios definidos.
- Listado de personal activo con vinculación a sus expedientes respectivos.
- Evidencia de actualización periódica o por cambios relevantes, como: cambio de puesto o área, nuevas competencias adquiridas, modificación de funciones o privilegios.
- Acta, minuta o evidencia de supervisión interna del expediente, emitida por el área de talento humano o equivalente, como parte del monitoreo del sistema.
- Acta, minuta o evidencia de supervisión interna del expediente, emitida por el área de talento humano o equivalente, como parte del monitoreo del sistema.

p. Estándar 16/32. Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.

1. Guía.

establecimiento debe asegurar que los servicios de radiología e imagen estén bajo la dirección de un profesional con las competencias requeridas, conforme a la legislación aplicable vigente, y que todos los estudios se realicen, interpreten y reporten por personal técnico y profesional competente, con formación específica y suficiente para responder a las necesidades clínicas.

Esto incluye tanto los servicios de imagen propios como, en el caso de ser subrogados, los criterios definidos en las especificaciones de calidad formalizadas con los proveedores.

El responsable del servicio debe ser, cuando aplique, un médico radiólogo con formación y cédula profesional vigente, quien asume la supervisión operativa y profesional del área, y tiene a su cargo:

a) La elaboración, implementación y actualización de políticas y procesos.
b) La supervisión técnica y administrativa de las instalaciones y servicios.
c) El diseño e implementación de programas de seguridad del paciente, control de calidad y gestión del equipo médico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.
e) La recomendación técnica sobre servicios subrogados, cuando corresponda.
f) La revisión y mejora continua de todos los servicios de imagen, propios o contratados.

El personal técnico que realiza los estudios debe contar con capacitación formal, experiencia y habilidades alineadas a su perfil de puesto y procesos de evaluación del desempeño, conforme al sistema de gestión del talento humano.

Asimismo, debe existir suficiencia de personal para asegurar la continuidad operativa del área durante los horarios establecidos y en situaciones de urgencia, si corresponde. Para ello, el establecimiento debe contar con un análisis documentado de suficiencia de personal, el cual debe considerar, al menos:

i. La carga promedio de trabajo por tipo de estudio y horario.
ii. El número de turnos y horario operativo.
iii. El perfil de competencia técnica requerido para cada función.
iv. El número mínimo de personal necesario por jornada, incluyendo periodos de alta demanda o contingencias.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los servicios de radiología e imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo o profesional con competencias específicas, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) Se identifica al personal que realiza los estudios, los interpreta, los informa y los supervisa.
(3) Todos los estudios de imagen se realizan por personal técnico competente, de acuerdo con su formación y funciones.
(4) La interpretación y el informe de resultados se realizan por personal profesional con competencias clínicas y legales, según el tipo de estudio.
(5) Las responsabilidades del personal que dirige el servicio incluyen las comentadas de la a) a f) de la guía.
(6) El establecimiento documenta la evaluación del desempeño del personal conforme a su perfil de competencias.

(A). Referencia de apoyo.

- Nombramiento institucional del responsable del servicio (copia de cédula profesional).
- Descripciones de puesto y perfiles de competencias del personal técnico y médico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de personal disponible y cobertura de turnos.
- Registros de evaluación del desempeño y capacitación continua.
- Políticas, procesos y programas implementados en el área de imagen.
- Informes de supervisión del servicio, propios y subrogados.
- Especificaciones de calidad con proveedores subrogados que incluyan criterios de competencia y supervisión profesional.

q. Estándar 17/32. Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los servicios de laboratorio propios estén bajo la dirección de un profesional competente, conforme a la legislación aplicable vigente, y que todos los análisis e interpretaciones de resultados se realicen por personal con la formación, experiencia y habilidades necesarias.

El responsable de los servicios de laboratorio debe asumir la supervisión profesional y operativa del área, con funciones que incluyan:

a) Definición, implementación y actualización de procesos.
b) Supervisión técnica y administrativa.
c) Diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, control de calidad y gestión del equipo médico.
d) Integración con el sistema de gestión y seguridad de la infraestructura y sistema de gestión del talento humano.
e) Evaluación de necesidades operativas y recomendación de subrogación de servicios, cuando aplique.
f) Control y revisión de todos los procesos.

El establecimiento de primer nivel de atención debe identificar formalmente al personal responsable, técnico y de supervisión en sus descripciones de puesto, asegurar su alineación con el sistema de gestión del talento humano, e integrar esta información a los procesos de evaluación del desempeño. El personal de supervisión y el personal técnico cuentan con la capacitación, experiencia y habilidades apropiadas y orientadas a su trabajo. Se encomiendan al personal técnico tareas que concuerden con su capacitación y experiencia.

Asimismo, debe existir suficiencia de personal para asegurar la continuidad operativa del laboratorio durante los horarios establecidos y en situaciones de urgencia, si corresponde. Para ello, el establecimiento debe contar con un análisis documentado de suficiencia de personal, el cual debe considerar, al menos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. La carga promedio de trabajo por tipo de estudio y horario.
ii. El número de turnos y horario operativo.
iii. El perfil de competencia técnica requerido para cada función.
iv. El número mínimo de personal necesario por jornada, incluyendo periodos de alta demanda o contingencias.

En los casos donde los Servicios de Laboratorio son subrogados, estos criterios deben incluirse dentro de las especificaciones de calidad formalmente definidas con el proveedor, conforme a lo establecido en el sistema de gobierno de los servicios contratados.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los servicios de laboratorio están bajo la dirección y supervisión de un profesional competente, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2)Los análisis y la interpretación de resultados son realizados por personal con las competencias necesarias, conforme a su perfil y funciones.

(3)El personal técnico realiza actividades acordes con su capacitación, formación y experiencia.

(4)El responsable del laboratorio cumple las siguientes funciones mencionadas del inciso a) al f) de la guía.

(5)El establecimiento cuenta con un análisis documentado de suficiencia de personal en los servicios de laboratorio, que considera la carga de trabajo, los turnos de operación y el perfil de competencias técnicas requerido para asegurar la operación continua del servicio.

(6)El establecimiento documenta la evaluación del desempeño del personal conforme a su perfil de competencias.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que designa al responsable del servicio de laboratorio.
- Descripciones de puesto y perfiles de competencia del personal responsable de laboratorio, técnico y de supervisión.
- Registros de evaluación del desempeño del personal del laboratorio.
- Evidencia documental de capacitación y experiencia del personal.
- Documentación de procesos técnicos y administrativos bajo responsabilidad del jefe de laboratorio.
- Registros de horarios y cobertura operativa del servicio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados, cuando aplique.
- Informes de supervisión y control de calidad técnico.

r. Estándar 18/32. Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

La prescripción de medicamentos requiere conocimientos técnicos, criterio clínico y una formación específica. Por lo tanto, los establecimientos deben identificar de manera formal quién está autorizado para prescribir medicamentos, con base en su perfil profesional, el proceso de otorgamiento de privilegios o la descripción de funciones institucionales, conforme a la legislación aplicable vigente.

Además de lo anterior, deben establecerse de forma clara los límites y restricciones de prescripción, especialmente en relación con medicamentos que requieren precauciones especiales como:

a) Medicamentos controlados.
b) Medicamentos experimentales.
c) Cualquier otro medicamento definido por el establecimiento.

El personal involucrado en la dispensación, preparación, distribución y administración de medicamentos debe tener acceso a esta información y poder identificar con claridad quién está autorizado para prescribir medicamentos. También se debe contemplar qué personal puede prescribir en situaciones de urgencia, asegurando la continuidad y seguridad del tratamiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado formalmente al personal autorizado para prescribir medicamentos, con base en su perfil profesional, descripción de funciones o proceso de otorgamiento de privilegios.

(2) La prescripción de medicamentos es realizada exclusivamente por personal autorizado conforme a la legislación aplicable vigente.

(3) Se han establecido y comunicado los límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda al contexto del establecimiento.

(4) El personal encargado de dispensar, distribuir, preparar o administrar medicamentos identifica con claridad quién está autorizado para prescribirlos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Listado actualizado del personal autorizado para prescribir.
- Procesos documentados sobre privilegios de prescripción.
- Políticas internas sobre prescripción de medicamentos especiales.
- Manual de funciones del personal médico.
- Registro de inducción o capacitación al personal sobre prescriptores autorizados.
- Registro o cartel de visibilidad interna con nombres de prescriptores autorizados.

s. Estándar 19/32. Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

La administración de medicamentos en establecimientos debe ser realizada exclusivamente por personal con las competencias clínicas, legales y técnicas necesarias. Esto es esencial para garantizar la seguridad del paciente, el uso adecuado del medicamento y el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe identificar formalmente, documentar y difundir quiénes están autorizados para administrar medicamentos, considerando:

a) Perfil profesional.
b) Descripción de puesto.
c) Proceso de otorgamiento de privilegios (en el caso de médicos).
d) Asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de salud.

También se deben establecer restricciones para la administración de medicamentos especiales (por ejemplo, medicamentos controlados, biotecnológicos o de alto riesgo), cuando sea necesario, así como procedimientos para la administración en situaciones de urgencia.

Los profesionales responsables de otras fases del sistema de medicación (prescripción, preparación, dispensación, etc.) deben poder identificar a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado formalmente al personal autorizado para administrar medicamentos, de acuerdo con su perfil profesional, su descripción de puesto y/o el proceso de otorgamiento de privilegios o asignación de funciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Solo el personal autorizado por el establecimiento, y conforme a la legislación aplicable vigente, lleva a cabo la administración de medicamentos.
(3)Se han establecido y comunicado límites para la administración de medicamentos especiales, cuando corresponda.
(4)El personal involucrado en otras fases del proceso de medicación puede identificar correctamente a las personas autorizadas para administrar medicamentos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional actualizado de personal autorizado para la administración de medicamentos.
- Descripciones de puesto, manuales de organización y lineamientos de funciones del personal clínico.
- Procesos de otorgamiento de privilegios y/o designación de responsabilidades clínicas.
- Capacitación y constancias que acrediten competencias para administración de medicamentos.
- Políticas de administración segura para medicamentos especiales o de alto riesgo.
- Registros o protocolos de identificación y validación de personal durante auditorías internas.

t. Estándar 20/32. Gestión del personal involucrado en la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento que brinda servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe asegurar que el recurso humano involucrado en su operación cuente con el perfil, las competencias y el respaldo institucional necesarios para ofrecer una atención segura y de calidad. La AMD, que incluye modalidades como la teleconsulta, la teleorientación y el monitoreo remoto, exige una gestión estructurada del personal clínico y no clínico que participa en dichos servicios.

El personal debe estar identificado formalmente en el sistema institucional, con funciones documentadas y alineadas al tipo de servicio brindado. Esto incluye personal médico, de enfermería, técnicos en informática, personal administrativo, coordinadores operativos y otros profesionales que participen en el flujo de atención remota. El establecimiento debe verificar que cuenten con la formación y competencias requeridas para participar en servicios de AMD, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se debe implementar un programa de capacitación institucional orientado al personal involucrado, que incluya, al menos:

a) Uso de plataformas y herramientas digitales.
b) Principios de ética, confidencialidad y resguardo de datos personales.
c) Normativa aplicable para la prestación de AMD.
d) Habilidades de comunicación remota, centradas en la persona.
e) Procedimientos clínicos y logísticos estandarizados.
f) Protocolos de actuación ante fallas tecnológicas durante una consulta y manejo de emergencias médicas identificadas de forma remota.

Asimismo, se deben establecer mecanismos de evaluación del desempeño del personal asignado a AMD, con base en indicadores definidos, supervisión directa, retroalimentación periódica y mejora continua. Estos mecanismos deben estar integrados al sistema de gestión del talento humano del establecimiento, así como a los procesos de asignación y actualización de funciones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente las funciones y perfiles del personal clínico y no clínico involucrado en los servicios de AMD.
(2) El establecimiento ha implementado un programa de capacitación para el personal involucrado en AMD, que incluye al menos lo mencionado en los incisos a) al f) de la guía.
(3) Se cuenta con evidencia documental de la participación del personal en el programa de capacitación.
(4) Se evalúa de manera periódica el desempeño del personal que participa en AMD, conforme al sistema de gestión del talento humano.
(5) La evaluación del desempeño se utiliza para fortalecer competencias, reasignar funciones o implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Definición institucional de funciones y responsabilidades del personal asignado a AMD.
- Listado del personal clínico con acreditación vigente (títulos, cédulas o constancias).
- Programa anual o semestral de capacitación en AMD, con contenidos, fechas y responsables.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Constancias de participación del personal en actividades formativas relacionadas con AMD.
- Formatos de evaluación de desempeño aplicados al personal asignado a AMD.
- Reportes de seguimiento del desempeño y acciones de mejora asociadas.

u. Estándar 21/32. Programa para la gestión integral del equipo médico. – Indispensable –

1. Guía.

La gestión del equipo médico en unidades de primer nivel es un componente crítico para garantizar la seguridad del paciente, la calidad de la atención y la continuidad operativa. El establecimiento debe contar con un programa de gestión integral del equipo médico, que abarque todas las etapas del ciclo de vida de los dispositivos médicos utilizados en los procesos clínicos y de apoyo.

Este programa debe incluir la planificación, adquisición, instalación, mantenimiento, verificación funcional, trazabilidad, evaluación del ciclo de vida, documentación, capacitación del personal, así mismo, se debe contar con manuales de usuario de equipos y con etiqueta de información técnica en cada equipo que forme parte del programa. Su implementación debe ser sistemática, documentada, verificable y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

El programa debe considerar todos los dispositivos asignados al establecimiento, independientemente de su régimen de propiedad (propios, en arrendamiento, en comodato).

Entre los componentes esenciales del programa se encuentran:

a) La identificación y análisis de necesidades de equipo médico según el perfil clínico de los pacientes, riesgos asociados y condiciones de infraestructura.
b) La planificación diferenciada del mantenimiento preventivo, considerando la etapa del ciclo de vida de cada equipo, conforme a las recomendaciones del fabricante. Y seguimiento de los mantenimientos correctivos emergentes.
c) La verificación funcional y documentación técnica individual por equipo. Que las verificaciones funcionales periódicas permitan confirmar que opera dentro de los parámetros establecidos por el fabricante y en condiciones seguras para el paciente y el personal. Estas pruebas deben incluir la verificación funcional para puesta en marcha, así como, evaluaciones de seguridad eléctrica, utilizando instrumentos de medición calibrados y certificados. Asimismo, se

SIN VALIDEZ OFICIAL

debe asegurar la trazabilidad técnica completa de cada equipo médico a través de bitácoras individuales por número de serie, donde se documenten: mantenimientos, calibraciones, inspecciones, fallas y acciones correctivas. Esta documentación debe mantenerse actualizada, organizada y disponible.

d) La capacitación continua del personal clínico y técnico en el uso seguro del equipo médico, incluyendo sus registros y/o certificados de capacitación y los manuales operativos en formatos físicos o digitales.
e) La gestión de criterios clínicos y técnicos para la baja, actualización o sustitución de equipos, con enfoque en el costo-beneficio y la seguridad operativa.
f) La verificación de etiquetado de la información técnica y de seguridad del equipo sea visible y conforme a la legislación aplicable vigente.
g) El registro, sistematización y análisis de incidentes adversos técnicos o clínicos relacionados con el funcionamiento del equipo.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria, con personal con las competencias necesarias.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado actualizado del equipo médico asignado al servicio, incluyendo equipo propio, en comodato o arrendado.
(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de gestión del equipo médico que incluye, al menos, los componentes señalados de la letra a) al g) descritos en la guía.
(3) El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento donde se utilice equipo médico.
(4) El equipo médico es inspeccionado, verificado funcionalmente y se le da mantenimiento conforme al plan definido.
(5) El programa cuenta con registros técnicos individuales por equipo, incluyendo bitácoras, verificaciones, mantenimientos y calibraciones.
(6) Las actividades del programa son realizadas por personal con competencias técnicas documentadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional para la gestión integral del equipo médico documentado

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listado actualizado de equipo médico por número de serie, ubicación y régimen de propiedad (propio, rentado, en comodato).
- Plan de mantenimiento preventivo y verificaciones funcionales, con frecuencias definidas por tipo de equipo y conforme al fabricante.
- Bitácoras individuales por equipo y por número de serie, que incluyan:
  • Fecha de ingreso al servicio.
  • Mantenimientos preventivos y correctivos realizados.
  • Resultados de verificaciones funcionales.
  • Incidentes técnicos registrados.
  • Calibraciones realizadas y certificados asociados.
- Certificados de calibración vigentes de los instrumentos de medición utilizados (simuladores, analizadores, multímetros, etc.).
- Reportes de mantenimiento emitidos por personal interno o proveedor subrogado, con firma y perfil técnico documentado.
- Constancias de capacitación del personal clínico y técnico en el uso seguro del equipo médico.
- Formato o evidencia del etiquetado técnico visible en el equipo médico (marca, modelo, serie, advertencias, símbolos gráficos, registro sanitario).
- Minutas o reportes de supervisión técnica, evaluación del programa o reuniones de seguimiento.

v. Estándar 22/32. Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.

1. Guía.

La operación segura y eficiente del equipo médico no se limita a que funcione de manera adecuada; también requiere que dicho equipo se utilice de forma adecuada en la práctica clínica diaria, alineado a su propósito previsto, capacidad operativa y nivel de riesgo. Por ello, el establecimiento debe contar con un proceso sistemático para evaluar el uso clínico y operativo del equipo médico, como parte de una etapa avanzada de madurez en su gestión.

Este proceso permite identificar errores de uso, subutilización, sobreutilización, inadecuación clínica, o riesgos asociados a la operación real del equipo, lo cual resulta esencial para tomar decisiones fundamentadas sobre reubicación, sustitución, baja o reforzamiento en la capacitación del personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La evaluación del uso debe considerar:

a) La frecuencia y tipo de uso clínico del equipo, basada en registros de operación, bitácoras, sistemas digitales o formularios clínico-técnicos.
b) La recopilación y análisis de fallas, errores de usuario o incidentes adversos vinculados al uso del equipo, con revisión causa-raíz.
c) La retroalimentación del personal clínico y técnico sobre limitaciones operativas, barreras de uso, o desviaciones respecto a la expectativa de desempeño.
d) El cruce de datos entre desempeño técnico y resultados clínicos, cuando aplique.
e) El cálculo de indicadores clave como:
    i. Tiempo fuera de servicio (TFS).
    ii. Tiempo medio entre fallas (MTBF).
    iii. Número de eventos adversos por tipo de equipo.
    iv. Nivel de utilización efectiva según carga asistencial.

La evaluación debe realizarse al menos una vez al año y debe quedar documentada, incluyendo el análisis de datos, hallazgos, áreas de oportunidad y acciones derivadas. Los resultados se deben utilizar para:

- Reajustar planes de mantenimiento, capacitación o distribución de equipos.
- Justificar compras o retiros de tecnología.
- Reforzar acciones de tecnovigilancia o gestión de riesgos clínicos.

La evaluación debe ser conducida por personal técnico competente en coordinación con responsables clínicos y administrativos del establecimiento, y sus resultados deben formar parte del ciclo de mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
(2) Se realiza al menos una evaluación anual del uso clínico y operativo, con base en evidencia de funcionamiento, patrones de utilización, fallas, errores de uso y retroalimentación del personal.
(3) Existen registros de análisis y evaluación del uso, que incluyan:
    (3.1) Indicadores operativos (ej. tiempo fuera de servicio, frecuencia de uso, fallas).
    (3.2) Reportes de incidentes, eventos adversos o errores relacionados con el uso del equipo.
    (3.3) Opinión técnica y clínica sobre desempeño, utilidad o barreras operativas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Los resultados de la evaluación se utilizan para la toma de decisiones sobre la distribución, sustitución, baja, reubicación o mejora en el uso de los equipos médicos.
(5)Se cuenta con evidencia de acciones correctivas o preventivas implementadas a partir de los hallazgos de la evaluación del uso clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.
- Informe(s) de evaluación anual o periódica del uso clínico, con análisis de:
- Frecuencia de uso por tipo de equipo.
- Patrones de subutilización, sobreutilización o uso no conforme.
- Desempeño operativo frente a demanda asistencial.
- Registros de indicadores operativos, como:
  - Tiempo fuera de servicio (TFS).
  - Tiempo medio entre fallas (MTBF).
  - Incidentes clínicos o técnicos reportados.
  - Número de intervenciones de mantenimiento por equipo o modelo.
  - Registros de eventos adversos o incidentes clínicos relacionados con el uso del equipo médico.
- Encuestas, minutas o reportes de retroalimentación clínica o técnica que documenten observaciones sobre el desempeño, barreras de uso o riesgos percibidos.
- Actas o reportes de comités técnicos o clínicos donde se analice el uso del equipo y se tomen decisiones derivadas.
- Documentación de acciones correctivas o preventivas implementadas en función de los hallazgos (por ejemplo, reubicación de equipos, capacitación adicional, propuestas de sustitución).
- Criterios o lineamientos internos para evaluar pertinencia clínica o costo-beneficio de la continuidad operativa del equipo.

w. Estándar 23/32. Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un programa para la gestión de los servicios prioritarios para la operación, diseñado para asegurar la disponibilidad, continuidad, supervisión y mantenimiento de aquellos

SIN VALIDEZ OFICIAL

servicios esenciales que permiten brindar atención clínica segura y condiciones laborales adecuadas para el personal.

Se consideran servicios prioritarios para la operación tanto los servicios públicos como los servicios clave de soporte clínico y técnico, entre los cuales se incluyen:

i. Servicios públicos: suministro de agua, energía eléctrica, gas, drenaje, entre otros.
ii. Servicios clave: ventilación, gases medicinales, sistemas de comunicación, sistemas de información y redes de datos, entre otros.

En el caso de establecimientos que operan de forma continua o cuentan con servicios de atención crítica durante periodos prolongados, como las unidades de cuidados intensivos, el funcionamiento ininterrumpido de estos servicios durante los horarios de atención es indispensable para garantizar la seguridad del paciente.

El programa debe estar basado en la identificación documentada de todos los servicios prioritarios disponibles en el establecimiento, incluyendo aquellos prestados de forma directa o mediante servicios subrogados. A partir de esta identificación, se deben desarrollar los siguientes procesos:

a) Análisis de las necesidades del establecimiento relacionadas con el suministro, uso y disponibilidad de los servicios prioritarios.
b) Selección y contratación de los servicios requeridos, cuando corresponda.
c) Gestión y monitoreo para asegurar el funcionamiento continuo y seguro de los servicios prioritarios, incluyendo planes de contingencia y fuentes alternas.
d) Supervisión operativa mediante inspecciones, pruebas funcionales, mantenimiento preventivo, correctivo y calibración técnica, según aplique para cada servicio.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados, se deben definir especificaciones de calidad y mecanismos de supervisión, alineados con los criterios establecidos en el eje estructural de liderazgo y gobernanza, y con base en la normatividad técnica vigente.

El programa debe ser implementado, documentado y supervisado de forma sistemática, con participación de las áreas técnicas, clínicas y administrativas del establecimiento, y bajo un enfoque de continuidad operativa, prevención de riesgos y cumplimiento regulatorio.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento ha definido y documentado un programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación, que incluye al menos los procesos descritos en los incisos a) a d) de la guía.
(3)El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento donde se requieren servicios prioritarios.
(4)Los servicios públicos (como agua, energía eléctrica y gas) están disponibles y funcionales durante los horarios de operación del establecimiento.
(5)Los servicios clave (como ventilación, gases medicinales y sistemas de comunicación o datos) están disponibles y funcionales durante los horarios de operación del establecimiento.
(6)En caso de contar con servicios subrogados, se han definido especificaciones de calidad y se implementan mecanismos de supervisión para verificar su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado documentado de los servicios prioritarios identificados (servicios públicos y clave), incluyendo su ubicación, responsables operativos y condiciones actuales.
- Documento oficial del Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios, con descripción de procesos, responsables, frecuencias de supervisión, y protocolos ante fallas o interrupciones.
- Registros de inspección, pruebas funcionales y mantenimiento preventivo o correctivo de: Suministro de agua, Energía eléctrica, Gas, Gases medicinales, Sistemas de ventilación, Sistemas de comunicación y datos.
- Plan de contingencia ante fallas en servicios prioritarios, con rutas de acción, responsables y mecanismos de aviso o mitigación.
- Evidencia de disponibilidad de fuentes alternas de agua para garantizar el funcionamiento de tratamientos en caso de interrupción del suministro.
- Reportes de supervisión de servicios subrogados, incluyendo evidencias de cumplimiento de las especificaciones de calidad definidas.
- Contratos o convenios con terceros, en el caso de servicios subrogados, con cláusulas que establezcan obligaciones técnicas, de calidad y de respuesta operativa.
- Registros de fallas o interrupciones documentadas, análisis de causa raíz (ACR), y medidas correctivas implementadas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Indicadores de disponibilidad y desempeño operativo de los servicios prioritarios, aplicables a la operación regular del establecimiento.

x. Estándar 24/32. Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos. – Indispensable –

1. Guía.

La resistencia antimicrobiana representa una amenaza creciente para la seguridad de los pacientes y la efectividad de los tratamientos. Su origen está vinculado al uso inadecuado y prolongado de antibióticos, lo que puede provocar complicaciones como infecciones por *Clostridioides difficile*, toxicidad renal o hepática, entre otras.

Los profesionales del cuidado de la salud contribuyen al desarrollo de resistencias antimicrobianas de distintas maneras, por ejemplo, manteniendo los antibióticos cuando ya no hacen falta, utilizando un antibiótico de amplio espectro cuando no se necesita o manteniendo un antibiótico de amplio espectro de manera innecesaria tras haber recibido los resultados de sensibilidad, utilizando el antibiótico equivocado, prescribiendo la dosis errónea, o manteniendo la profilaxis antibiótica más tiempo de lo recomendado

Para contribuir a su control, los establecimientos deben implementar acciones estructuradas para promover el uso racional, óptimo y basado en evidencia científica de los antimicrobianos, de acuerdo con las guías de práctica clínica actualizadas, la normatividad vigente y el contexto de atención.

Estas acciones deben considerar, al menos:

a) La educación continua al personal clínico sobre los principios de uso racional de antimicrobianos.
b) La disponibilidad y aplicación de guías de práctica clínica o directrices de práctica aceptadas, adaptadas al contexto del establecimiento, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis antimicrobiana.
c) La vigilancia del uso de antimicrobianos y de patrones de resistencia (en coordinación con el servicio de microbiología, si aplica).
d) La comunicación periódica al personal sobre los datos de uso y resistencia antimicrobiana, cuando estos estén disponibles.
e) La asignación de responsabilidad institucional mediante una persona o equipo encargado de supervisar e impulsar estas acciones.
f) La implementación del enfoque AWaRe (Access, Watch, Reserve) de la OMS, que promueve la clasificación de los antibióticos según su perfil de seguridad y riesgo de generar resistencia:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Access: antibióticos de primera línea, seguros, con bajo riesgo de generar resistencia.
ii. Watch: antibióticos con alto potencial de generar resistencia, cuyo uso debe ser restringido.
iii. Reserve: antibióticos de último recurso, sólo para infecciones multirresistentes.

En el caso de los EPNI, el uso responsable de antibióticos es fundamental para prevenir la resistencia antimicrobiana y proteger la seguridad de los pacientes. El profesional titular debe asegurar que el personal clínico cuente con capacitación en el Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA), lo que le permitirá aplicar los principios básicos de prescripción adecuada, evitar el uso innecesario o prolongado de antibióticos, y promover la selección correcta de acuerdo con la normativa vigente y las guías clínicas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha diseñado, documentado e implementado acciones para la optimización del uso de antimicrobianos, con base en evidencia científica, guías de práctica clínica aceptadas y la legislación aplicable vigente.
(2) Las acciones para el uso óptimo y racional de los antimicrobianos, incluye al menos:
    (2.1) La educación continua al personal clínico sobre los principios de uso racional de antimicrobianos.
    (2.2) La disponibilidad y aplicación de guías de práctica clínica o directrices de práctica aceptadas, adaptadas al contexto del establecimiento, para el diagnóstico, tratamiento y profilaxis antimicrobiana.
    (2.3) La vigilancia del uso de antibióticos y de patrones de resistencia (en coordinación con el servicio de microbiología, si aplica).
(3) Existe un mecanismo definido (mediante una persona, comité o equipo) responsable de la supervisión y mejora continua del uso de antimicrobianos.
(4) Se comunica regularmente al personal clínico la información disponible sobre patrones de uso y resistencia antimicrobiana, cuando aplique.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con evidencia capacitación en el Programa de Optimización del Uso de Antibióticos (PROA).

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos internos de prescripción y profilaxis antibiótica, acorde a los servicios brindados por el establecimiento.
- Registros de prescripción y consumo de antibióticos en el establecimiento.
- Materiales de capacitación continua del personal clínico sobre uso racional de antibióticos. Por ejemplo: manuales, presentaciones, evaluaciones.
- Registro de participación en sesiones educativas o talleres internos sobre uso racional de antibióticos.
- Acta de designación del comité o persona responsable de la supervisión del uso de antibióticos.
- Registro de reuniones y actividades del equipo de vigilancia del uso de antibióticos.
- Plan operativo del comité o programa de antimicrobianos con objetivos e indicadores.
- Informes periódicos institucionales sobre consumo de antibióticos.
- Boletines de farmacovigilancia institucional o del servicio de microbiología, si aplica.
- Formato de retroalimentación al personal clínico sobre prescripción antibiótica y sensibilidad local.

y. Estándar 25/32. Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.

1. Guía.

Cada unidad de primer nivel de atención debe contar con un listado institucional de medicamentos y mantener un inventario mínimo que permita garantizar la continuidad del tratamiento prescrito, la seguridad del paciente y el cumplimiento normativo. Este listado debe estar alineado con la misión del establecimiento, los perfiles clínicos de los pacientes, los servicios ofrecidos y la legislación aplicable vigente.

La lista de medicamentos debe incluir tanto aquellos en existencia como aquellos que pueden obtenerse de forma inmediata, conforme a las disposiciones institucionales (en algunos casos, los establecimientos

SIN VALIDEZ OFICIAL

se rigen por reglamentaciones que determinan el inventario de medicamentos, como el cuadro básico). La selección de medicamentos es resultado de un proceso colaborativo en el que participa el personal clínico y no clínico involucrados en el sistema de gestión segura del uso de medicamentos, se toma en cuenta las necesidades del paciente, su seguridad y aspecto económico.

El establecimiento debe establecer un método formal para:

a) Definir y controlar el listado institucional de medicamentos y garantizar su disponibilidad mínima para atender las prescripciones médicas.
b) Guiar la inclusión o eliminación de medicamentos del listado mediante criterios previamente establecidos que consideren su uso clínico, seguridad, costo, entre otros.
c) Monitorear la respuesta clínica de los pacientes a los medicamentos recientemente incluidos en el listado institucional, en función de su eficacia y seguridad (Por ejemplo, se puede monitorear un medicamento recién añadido en cierto número de pacientes por un periodo determinado).
d) Revisar y actualizar el listado institucional, al menos una vez al año, con base en información actualizada sobre evidencia científica, seguridad, efectos secundarios, reacciones adversas reportadas y datos de uso clínico.
e) Asegurar que la adquisición de medicamentos se realice conforme a lo establecido en la legislación aplicable vigente.

Este proceso garantiza que el conjunto de medicamentos disponibles responda a las necesidades reales de los pacientes, promueva su seguridad y se mantenga dentro del marco legal y técnico correspondiente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un listado institucional de medicamentos, que considera tanto los medicamentos disponibles como aquellos que pueden obtenerse de forma inmediata, acorde a la misión, los servicios prestados, las necesidades clínicas y la legislación aplicable vigente.

(2) El listado institucional de medicamentos se elabora y supervisa mediante un proceso colaborativo multidisciplinario, que incluye personal clínico y no clínico vinculado con el sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.

(3) El establecimiento ha definido y aplica criterios técnicos y clínicos para agregar o eliminar medicamentos del listado, considerando su uso, seguridad, costo, entre otros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El listado institucional de medicamentos se revisa y actualiza al menos una vez al año, tomando en cuenta información actualizada sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios, reacciones adversas y datos de uso.
(5)La adquisición de medicamentos se realiza conforme a la legislación aplicable vigente.
(6)El establecimiento ha diseñado e implementado un proceso para monitorizar la respuesta clínica a los medicamentos recientemente incluidos en el listado, a fin de evaluar su eficacia y seguridad en la práctica.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado vigente de medicamentos institucionales (disponibles o con acceso inmediato).
- Actas o registros de reuniones del comité o grupo multidisciplinario responsable de su elaboración o revisión.
- Políticas internas para la gestión del listado de medicamentos.
- Documento con criterios técnicos para la inclusión/exclusión de medicamentos (uso, seguridad, costo, entre otros).
- Registros de aplicación de estos criterios en decisiones recientes de modificación del listado.
- Historial o cronograma de revisiones del listado de medicamentos.
- Notificaciones o circulares internas con actualizaciones derivadas de efectos adversos, nuevas guías clínicas o alertas sanitarias.
- Protocolos o fichas técnicas para la monitorización de medicamentos recién integrados.
- Reportes o análisis de seguimiento de la respuesta clínica a nuevos medicamentos.
- Registros de adquisiciones documentadas conforme a la legislación aplicable vigente.

z. Estándar 26/32. Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención deben asegurar que los medicamentos estén almacenados de forma segura en todas las áreas donde se resguardan o utilizan, como farmacias, almacenes, centrales de enfermería o cualquier punto de atención clínica o administrativa que maneje medicamentos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En todos los lugares donde se almacenen, se deben implementar acciones que aseguren:

a) Las condiciones adecuadas para la estabilidad del producto (control de temperatura, humedad, luz).
b) La seguridad física (prevención de robo, pérdida o mal uso).
c) El cumplimiento a la legislación aplicable vigente respecto al manejo de medicamentos controlados.
d) El etiquetado claro y completo de los medicamentos, incluyendo nombre, lote, fecha de vencimiento y advertencias visibles.
e) El establecimiento de barreras de seguridad para los medicamentos de alto riesgo.
f) La inspección periódica de todas las áreas donde se almacenan y resguardan medicamentos (incluidas ambulancias, si aplica), conforme a un procedimiento institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado acciones que garantizan el resguardo y almacenamiento seguro de los medicamentos,
(2)El proceso contiene lo definido en los incisos a) al f) de la guía.
(3)El establecimiento ha definido mecanismos de supervisión institucional y ha generado acciones de mejora documentadas en función de los hallazgos detectados durante las inspecciones de almacenamiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas y procesos internos para el almacenamiento seguro de medicamentos.
- Protocolo de inspecciones periódicas en áreas clínicas y no clínicas.
- Listas de verificación o bitácoras de inspección de áreas de almacenamiento.
- Reportes de temperatura y humedad (registros de refrigeradores, sensores ambientales).
- Registros de cumplimiento con disposiciones para medicamentos controlados.
- Evidencia de señalización visible para medicamentos de alto riesgo.
- Registros de capacitación sobre almacenamiento, seguridad, manejo de medicamentos y protocolos ante pérdida o desvío.

SIN VALIDEZ OFICIAL

aa. Estándar 27/32. Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención pueden presentarse situaciones de urgencia o complicaciones con pacientes que requieren atención inmediata, tales como reacciones anafilácticas, crisis hipertensivas, convulsiones, hipoglucemia, entre otras. Para atender estos eventos de forma oportuna, el establecimiento debe identificar y contar con un conjunto de medicamentos de urgencia disponibles, accesibles (determinar donde serán almacenados como por ejemplo un botiquín) y debidamente controlados.

El establecimiento debe implementar acciones que aseguren:

a) La disponibilidad permanente de los medicamentos identificados como necesarios para urgencias, según los riesgos clínicos del establecimiento.
b) El resguardo seguro para prevenir robos, extravíos o uso no autorizado.
c) El reemplazo inmediato de medicamentos usados, dañados o caducados.
d) La ubicación visible, accesible y bajo condiciones adecuadas, exclusivamente para el personal autorizado y capacitado para atender la urgencia.

El establecimiento comprende el equilibrio entre el rápido acceso y el resguardo en los sitios donde se almacenan los medicamentos de urgencia. Estas acciones deben documentarse en un proceso, integrarse al sistema de gestión segura del uso de medicamentos del establecimiento, y mantenerse bajo supervisión constante.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones que aseguran la disponibilidad, control, reposición y resguardo seguro de los medicamentos utilizados en situaciones de urgencia, conforme a los incisos a) a d) de la guía.
(2) Los medicamentos de urgencia están disponibles en lugares estratégicos, visibles y accesibles solo para personal autorizado.
(3) La unidad lleva un control de uso, caducidad y reposición de los medicamentos de urgencia, según el proceso definido.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional que incluya las acciones para el manejo de medicamentos de urgencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Inventario actualizado de medicamentos de urgencia con registro de fechas de vencimiento y reposiciones.
- Registros de revisión de botiquines o contenedores de urgencia.
- Listado institucional validado de medicamentos esenciales en urgencias (adaptado al contexto del establecimiento).
- Evidencia de capacitación del personal en el uso adecuado de medicamentos en eventos agudos.

bb. Estándar 28/32. Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención deben contar con un proceso que permita gestionar de forma efectiva los medicamentos fuera de uso, incluyendo aquellos retirados del mercado por razones sanitarias, vencidos o con riesgos identificados. Esta gestión es esencial para proteger la seguridad de los pacientes y garantizar el cumplimiento de la legislación sanitaria.

El proceso debe permitir al establecimiento:

a) Recibir y actuar ante alertas sanitarias nacionales o internacionales emitidas por autoridades regulatorias (por ejemplo, COFEPRIS).
b) Identificar, aislar, recuperar y retirar medicamentos en desuso, ya sea por disposición del fabricante/proveedor o por alerta sanitaria.
c) Retirar del inventario medicamentos vencidos o caducados, y proceder conforme a lo establecido en la normatividad.
d) Realizar el desecho adecuado de medicamentos fuera de uso, conforme a la legislación ambiental y sanitaria vigente.
e) Establecer un procedimiento para realizar la denuncia sanitaria cuando se detecten medicamentos falsificados, contaminados, manipulados o con fallas de calidad, aun cuando no exista alerta formal.

Todos estos procesos deben estar documentados, implementados y bajo supervisión, integrándose al sistema de gestión de medicamentos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones para gestionar el retiro, devolución y desecho de medicamentos fuera de uso, que incluyen los incisos a) al e) de la guía.
(2) El establecimiento cuenta con mecanismos para recibir y actuar ante alertas de retiro de medicamentos emitidas por autoridades nacionales o internacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se ha definido, documentado e implementado un procedimiento para la denuncia sanitaria ante la detección de medicamentos falsificados, contaminados o con riesgos para el paciente.

(4)Se lleva un registro de medicamentos retirados, devueltos, destruidos o denunciados, incluyendo evidencia de su trazabilidad y disposición final conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado de retiro, devolución y eliminación de medicamentos.
- Alertas sanitarias emitidas por COFEPRIS, OMS o instituciones homólogas.
- Registro de medicamentos retirados del inventario (bitácoras, formatos de devolución).
- Registro de destrucción de medicamentos caducos, conforme a la normatividad vigente.
- Evidencia de denuncia sanitaria ante COFEPRIS (avisos, folios, actas).
- Capacitación del personal sobre acciones ante detección de medicamentos con riesgo.
- Contratos o convenios con gestores autorizados para el manejo de residuos peligrosos.

cc. Estándar 29/32. Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que los insumos esenciales para la operación segura y continua de los servicios de radiología e imagen estén correctamente identificados, disponibles, almacenados y controlados conforme a procedimientos definidos institucionalmente. Este estándar aplica a servicios propios, y para los subrogados debe estar contemplado en las especificaciones de calidad contractuales.

Los insumos pueden incluir:

a) Soluciones de preparación o limpieza.
b) Material radiológico desechable (jeringas, catéteres, guantes, gasas, campos estériles, etc.).
c) Equipos de protección personal (del paciente y del personal).
d) Insumos para desinfección de superficies o sondas.
e) Entre otros.

El establecimiento debe:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Identificar los insumos esenciales, conforme a los estudios y procedimientos realizados.
ii. Establecer procesos de adquisición, almacenamiento y reposición, que aseguren disponibilidad continua.
iii. Etiquetar correctamente los insumos, incluyendo datos como: nombre, concentración, fecha de vencimiento, lote y fecha de apertura (cuando aplique).
iv. Realizar una evaluación periódica de insumos críticos, especialmente si intervienen en la calidad del resultado o la seguridad del paciente (por ejemplo: reactivos para pruebas de densitometría, medios de contraste, etc.).

Estas acciones permiten prevenir retrasos en la atención, errores por uso de insumos alterados y riesgos para el paciente o el personal.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado los insumos esenciales requeridos para la operación de los servicios de radiología e imagen.
(2)Los insumos esenciales se encuentran disponibles de manera oportuna y continua.
(3)Se realiza una evaluación periódica de la calidad, exactitud o estabilidad de los insumos críticos, cuando corresponda.
(4)Todos los insumos están etiquetados en forma completa y conforme a lo definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de insumos críticos para radiología e imagen.
- Procesos documentados de almacenamiento, dispensación y control de insumos.
- Registros de entrada, salida, caducidad y reposición.
- Bitácoras o reportes de evaluación de calidad de insumos críticos.
- Etiquetas visibles en los insumos almacenados (nombre, fecha de apertura, lote, fecha de caducidad).
- Evidencia de supervisión y control en servicios subrogados (informes, minutas, actas de verificación).
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

dd. Estándar 30/32. Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que los reactivos esenciales y demás suministros necesarios para los servicios de laboratorio estén identificados, disponibles, almacenados, etiquetados y controlados de acuerdo con procesos definidos institucionalmente. Este estándar aplica a los laboratorios propios del establecimiento; en caso de servicios subrogados, estos criterios deben incorporarse en las especificaciones de calidad acordadas.

Para garantizar la continuidad y seguridad de los procesos diagnósticos, el establecimiento debe:

a) Identificar los reactivos y suministros críticos para los análisis que se realizan.
b) Definir un proceso de abastecimiento y reposición para asegurar su disponibilidad oportuna.
c) Establecer condiciones de almacenamiento, manejo y dispensación conforme a los requisitos técnicos de cada producto.
d) Etiquetar de manera clara y completa todos los reactivos y soluciones, incluyendo información como nombre, concentración, fecha de caducidad, fecha de apertura o preparación, y responsable.
e) Realizar una evaluación periódica de la calidad, precisión y vigencia de los reactivos utilizados, como parte del control de calidad interno.

Estas medidas permiten garantizar la trazabilidad, prevenir errores diagnósticos por insumos alterados o vencidos, y asegurar que los resultados emitidos sean confiables.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha identificado los reactivos y suministros esenciales para la operación de los servicios de laboratorio.
(2)Los reactivos y suministros esenciales están disponibles para su uso durante el horario de funcionamiento y en situaciones de urgencia, cuando aplique.
(3)Se realiza una evaluación periódica de la precisión, estabilidad y confiabilidad de los reactivos utilizados.
(4)Todos los reactivos y soluciones están etiquetados de forma completa y precisa, de acuerdo con los lineamientos institucionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de reactivos y suministros críticos para laboratorio.
- Procesos documentados de almacenamiento, manejo y dispensación.
- Registros de existencias, caducidad y reposición de reactivos.
- Bitácoras de evaluación de reactivos y validación de precisión.
- Etiquetas de reactivos (con fecha de apertura, concentración, caducidad, responsable).
- Especificaciones de calidad documentadas para laboratorios subrogados.
- Reportes de supervisión interna del cumplimiento de estos procesos.

ee. Estándar 31/32. Gestión del equipamiento médico y tecnológico para la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento que ofrece servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe asegurar la disponibilidad, funcionamiento y uso adecuado del equipo médico y tecnológico requerido, como parte fundamental de la continuidad, seguridad y eficiencia del servicio. La gestión del equipamiento debe contemplarse desde un enfoque de sistema, con participación multidisciplinaria, alineada al contexto, recursos y nivel de atención del establecimiento, incluyendo la implementación, resguardo y uso correcto de los dispositivos, tanto clínicos como tecnológicos, utilizados en dicho proceso.

Cuando la atención a distancia requiera el uso de dispositivos médicos (por ejemplo, estetoscopios digitales, oxímetros conectados, monitores remotos, entre otros), estos deben encontrarse en condiciones funcionales, con mantenimiento vigente, y cumplir con la legislación aplicable vigente, incluyendo el aval correspondiente por parte de la autoridad sanitaria (COFEPRIS), cuando aplique.

En cuanto al equipamiento tecnológico, el establecimiento debe contar con los elementos esenciales para garantizar la operación continua del servicio, entre ellos:

a) Dispositivos de audio y video de calidad (cámaras, micrófonos, pantallas).
b) Infraestructura de conectividad segura y estable.
c) Plataformas interoperables para agenda electrónica, ECE y sistema de videollamada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Soporte técnico disponible, ya sea interno o externo, para resolución de fallas.

Se debe capacitar a todo el personal involucrado sobre el uso seguro y correcto del equipamiento, y establecer procesos de mantenimiento preventivo, correctivo y monitoreo del estado del equipo, acorde al sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. Asimismo, el establecimiento debe contar con inventarios actualizados, control de trazabilidad y evidencias de supervisión periódica, a fin de asegurar la disponibilidad y funcionamiento continuo de los recursos críticos.

La integración de estos recursos debe ser coherente con la infraestructura física y digital ya existente en el establecimiento, promoviendo el uso racional de recursos aprovechamiento de los recursos ya disponibles en buenas condiciones, sostenibilidad operativa y escalabilidad del modelo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha capacitado al personal involucrado en AMD sobre el uso correcto del equipamiento médico, tecnológico y de las plataformas utilizadas.

(2) El establecimiento cuenta con el equipamiento médico, tecnológico (hardware y software) y de telecomunicaciones necesario para ofrecer servicios de AMD, priorizando plataformas y soluciones tecnológicas que sean accesibles desde dispositivos de uso común (teléfonos inteligentes) y optimizadas para operar en condiciones de bajo ancho de banda, conforme a su cartera de servicios autorizada.

(3) Se cuenta con un plan documentado de mantenimiento preventivo y/o correctivo, y evidencia de su cumplimiento para el equipamiento médico y tecnológico utilizado en AMD.

(4) El establecimiento mantiene un inventario actualizado del equipamiento médico y tecnológico destinado a la AMD.

(5) La funcionalidad y disponibilidad del equipamiento es supervisada periódicamente, y los hallazgos se utilizan para implementar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Inventario institucional de equipamiento médico y tecnológico destinado a la AMD (cámaras, micrófonos, monitores, dispositivos médicos, etc.).
- Manual de operación o lineamiento técnico sobre uso del equipamiento en AMD.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Bitácoras o reportes de mantenimiento preventivo y correctivo (físico y lógico).
- Constancias de capacitación del personal involucrado.
- Registro del soporte técnico solicitado o recibido.
- Plataforma de ECE con módulo de AMD documentado.

ff. Estándar 32/32. Condiciones de infraestructura y mobiliario para la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento que ofrece servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe disponer de espacios físicos adecuados que aseguren funcionalidad operativa, privacidad, confort y cumplimiento de la legislación aplicable vigente. La infraestructura utilizada para AMD, comúnmente denominada teleconsultorio, debe estar diseñada para favorecer una experiencia segura, digna y efectiva para el paciente, y debe garantizar condiciones óptimas para el desempeño del personal de salud.

El espacio debe ser cerrado, contar con iluminación suficiente y bien orientada, ventilación adecuada y condiciones de aislamiento acústico que eviten la interferencia o filtración de sonidos desde y hacia el exterior. Asimismo, la disposición física debe permitir la realización tanto del interrogatorio clínico como, cuando corresponda, de la exploración física, utilizando medios digitales o auxiliares técnicos disponibles.

La confidencialidad y privacidad son elementos clave. El teleconsultorio debe resguardar la información del paciente y evitar cualquier interrupción o exposición involuntaria durante la sesión. Deben implementarse barreras físicas, tecnológicas y administrativas que aseguren el cumplimiento de estas condiciones, incluyendo el despliegue visible del aviso de privacidad y el uso del consentimiento informado.

El diseño del espacio debe contemplar las dimensiones mínimas necesarias para el tipo de atención brindada, la presencia de mobiliario esencial (silla, escritorio, soporte de cámara), y la disponibilidad de conexión eléctrica y de red suficiente para garantizar la operación continua del servicio.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con uno o más espacios físicos definidos y habilitados para ofrecer servicios de AMD. El espacio destinado para AMD cuenta con al menos:

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

(1.1) Área destinada al interrogatorio clínico.
(1.2) Área que permite realizar o asistir en la exploración física remota, cuando aplique.
(1.3) Mobiliario básico necesario para que el personal de salud pueda brindar la AMD.

(2)El espacio permite realizar la teleconsulta sin interrupciones, con condiciones que garanticen la privacidad del paciente y del personal.

(3)La iluminación del espacio es adecuada en cantidad, calidad y ubicación para asegurar una imagen clara durante la teleconsulta.

(4)La sonorización del espacio permite una transmisión de audio nítido, sin eco o ruido de fondo significativo. El espacio cuenta con aislamiento acústico suficiente para proteger la confidencialidad de la consulta.

(5)El diseño y uso del espacio cumple con la legislación aplicable vigente en materia de salud, privacidad y seguridad.

(A). Referencia de apoyo

- Planos, fotografías o esquemas del espacio físico utilizado para AMD.
- Listado y evidencia del mobiliario instalado.
- Evidencia de pruebas de funcionalidad del espacio (checklists o informes de prueba).
- Aviso de privacidad visible en el espacio o en pantalla durante la sesión.
- Documentos técnicos o administrativos que acrediten el cumplimiento de la normativa vigente.

C. GESTIÓN DE RIESGOS

a. Estándar 1/19. Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe integrar un enfoque proactivo para la gestión de riesgos en todos los procesos que conforman los sistemas del modelo que tienen impacto sobre la seguridad del paciente, del personal y la operación. Este enfoque se fundamenta en la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos, como base para el diseño, evaluación y mejora de los sistemas.

La metodología debe estar definida, implementada, aplicarse y documentarse, al menos, una vez al año en cada uno de los siguientes

SIN VALIDEZ OFICIAL

sistemas del modelo (o aquellos que el establecimiento defina como tales):

a) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
   i) Se identifican los riesgos en cada una de las fases del sistema de medicación. El análisis de estos riesgos permite implementar buenas prácticas para reducir errores de medicación y prevenir eventos adversos.

b) Sistema de prevención y control de infecciones.
   i) Se identifican los procesos y áreas asociados a mayor riesgo de infección que se observan en el establecimiento en cada una de las áreas de enfoque del sistema.
   ii) De acuerdo con el contexto del establecimiento, se podrán considerar los riesgos en los procesos que afectan:
      a) Dispositivos intravasculares invasivos, como los catéteres de acceso vascular.
      b) Sitios de inserción o curación de accesos vasculares, donde el cuidado aséptico y la vigilancia son fundamentales.
      c) Organismos multirresistentes y enfermedades infecciosas relevantes desde el punto de vista epidemiológico.
      d) Infecciones emergentes o recurrentes en la comunidad, como brotes de enfermedades virales o bacterianas.
   iii) Se analizan estos riesgos para implementar buenas prácticas que reduzcan IAAS.

c) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
   i) Se realiza una identificación de riesgos internos y externos sobre la cual se fundamenta el desarrollo del sistema con el objetivo de diseñar procesos que prevengan lesiones, accidentes y peligros y coadyuven a mantener condiciones seguras para los pacientes. familiares, visitantes y el personal
   ii) La identificación de los riesgos internos incluye, al menos, las siguientes áreas:
      1) Protección del establecimiento y su entorno inmediato.
      2) Manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
      3) Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.
      4) Gestión del equipo médico.
      5) Servicios prioritarios para la operación (Servicios públicos: energía eléctrica, agua, gas; Servicios clave: gases medicinales, ventilación, sistemas de comunicación y datos, etc.).
   iii) Se realiza la identificación de riesgos externos incluyendo, al menos, los siguientes:

SIN VALIDEZ OFICIAL

1) Geológicos (por ejemplo: sismos, erupciones y emisiones volcánicas, inestabilidad de laderas, hundimientos, agrietamientos)
2) Hidrometeorológicos (por ejemplo: huracanes, inundaciones, tormentas de granizo, heladas, nevadas, tornados, viento, sequías, frente frío)
3) Socio-organizativos (por ejemplo: conflictos bélicos, terrorismo, concentraciones humanas, hambruna, accidentes por transporte)
4) Sanitario-ecológicos (por ejemplo: epidemias, plagas, contaminación del aire, suelo y alimentos)
5) Químico-tecnológicos (por ejemplo: incendios, explosiones, fugas y derrames de materiales peligrosos)

iv) Esta identificación es la base para diseñar e implementar procesos seguros, barreras de protección y acciones de mantenimiento o mejora.
v) Esta identificación de riesgos se documenta de forma gráfica, descriptiva o de la forma que el establecimiento determine.

d) Sistema de gestión del talento humano.

i) Se identifican los riesgos asociados a los procesos que conforman el sistema.
ii) Esta identificación se conjunta con la identificación de los riesgos del personal por perfil de puesto y área de asignación.
iii) Reclutamiento, asignación, evaluación, capacitación y desempeño del personal, considerando su perfil, funciones asignadas y área de trabajo.
iv) El análisis permite implementar mejoras en los procesos, reducir errores humanos y fortalecer la preparación del personal.

La identificación y priorización de los riesgos se realiza de manera multidisciplinaria, y se utiliza una metodología clara que permita tomar decisiones basadas en riesgo.

Cuando se identifique, al menos, un riesgo prioritario en cada uno de los sistemas del modelo, el establecimiento debe definir, documentar e implementar una buena práctica como medida de control o mejora, para posteriormente rediseñar los procesos y hacerlos más seguros.

Una buena práctica se considera una intervención estructurada y documentada que ha generado resultados positivos en la seguridad o desempeño de un sistema, y que puede mantenerse, adaptarse o escalarse. Su monitoreo puede integrarse a los indicadores del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, cuando así lo determine el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El enfoque proactivo de riesgos debe integrarse como parte de la cultura organizacional, que identifica y evalúa oportunidades, que promueve la mejora continua de la operación, la toma de decisiones basada en evidencia y que, por tanto, optimiza el desempeño del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado una metodología institucional documentada para la identificación, priorización, análisis y gestión de riesgos, aplicable a todos los sistemas del modelo.

(2) Se identifican de forma multidisciplinaria, al menos una vez al año, los riesgos presentes en los sistemas definidos por el establecimiento, incluyendo al menos:
- (2.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
- (2.2) Sistema de prevención y control de infecciones.
- (2.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
- (2.4) Sistema de gestión del talento humano.

(3) En el caso del sistema de gestión y seguridad de la Infraestructura, se identifican riesgos internos y externos.

(4) Los riesgos se priorizan conforme a la metodología definida por el establecimiento.

(5) Los riesgos identificados se analizan y se gestionan activamente como base para rediseñar o mejorar procesos dentro de cada sistema.

(6) El establecimiento implementa, al menos, una buena práctica documentada por cada sistema en un riesgo prioritario identificado.

(A). Referencia de apoyo.

- Metodología institucional documentada para la gestión de riesgos.
- Evaluación de riesgos documentada, para cada uno de los sistemas del modelo, puede incluir: lista de riesgos identificados, priorización con base en criterios definidos, análisis del impacto, probabilidad, severidad y detectabilidad y plan de acción o gestión de riesgos.
- Evidencia de la aplicación del enfoque proactivo por sistema: matriz de riesgos por procesos, enfoques, medidas específicas implementadas.
- Documento o reporte de la buena práctica seleccionada, implementada en al menos un riesgo prioritario por sistema.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Minutas de reuniones del comité o grupo multidisciplinario para la gestión de riesgos, donde se documenten: participación de personal de distintas áreas, análisis y priorización conjunta de los riesgos, propuesta y seguimiento de buenas prácticas.
- Integración de los riesgos priorizados y las buenas prácticas en el plan de calidad del establecimiento, incluyendo: Indicadores asociados, responsables del monitoreo, frecuencia de medición, resultados y retroalimentación institucional.
- Evidencia de revisión anual del enfoque proactivo de riesgos, incluyendo actualización de matrices, rediseño de procesos o incorporación de nuevas buenas prácticas.

b. Estándar 2/19. Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.
– Indispensable –

1. **Guía.**

A través de la monitorización, supervisión multidisciplinaria y la operación diaria de los sistemas definidos en el modelo, el establecimiento, de manera reactiva, identifica, analiza y gestiona los resultados, relacionados con las áreas de oportunidad en la implementación de procesos, capacitación y evaluación del desempeño del personal, seguimiento de condiciones inseguras, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos y otras fuentes relevantes.

Los datos recolectados deben analizarse de manera estructurada y multidisciplinaria con el fin comprender las causas de los incidentes o desviaciones de los procesos, tomar decisiones basadas en datos, y a partir de ello:

i. Rediseñar procesos existentes.
ii. Implementar mejoras inmediatas o progresivas.
iii. Reducir la probabilidad de que se vuelvan a presentar.
iv. Fortalecer la cultura de seguridad y calidad en el establecimiento.

Este análisis debe realizarse al menos en los siguientes sistemas del modelo (o aquellos que el establecimiento defina como tales):

a) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos. Considera como mínimo los siguientes aspectos: eventos adversos, centinela y cuasifallas de los procesos de medicación, evaluación del desempeño del personal en fases de medicación, procesos con variabilidad o desvíos.
b) Sistema de prevención y control de infecciones. Considera como mínimo los siguientes aspectos: monitorización de procesos en cada una de las áreas de enfoque, áreas de oportunidad de capacitación

SIN VALIDEZ OFICIAL

evaluación del desempeño, notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas, tasas de IAAS.

c) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura. Considera como mínimo los siguientes aspectos: reportes de accidentes, condiciones inseguras o incidentes para los pacientes, cuidadores primarios, visitantes y el personal, relacionados con la infraestructura, Resultados de simulacros, áreas de oportunidad relacionadas con capacitación del personal, fallas en servicios prioritarios, reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.
d) Sistema de gestión del talento humano. Considera como mínimo los siguientes aspectos: monitorización de procesos implementados, condiciones inseguras, accidentes de trabajo, evaluaciones de desempeño con hallazgos negativos, capacitación no efectiva o no realizada.

Los hallazgos generados por este enfoque deben ser presentados a los líderes del establecimiento y utilizados para la toma de decisiones operativas y estratégicas. Deben ser integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento y documentarse para asegurar trazabilidad y aprendizaje organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido e implementado acciones para identificar, recolectar y analizar los datos derivados de la supervisión, monitoreo y evaluación de los sistemas del modelo.

(2)Se identifican y analizan datos e información de forma estructurada y multidisciplinaria, provenientes de al menos las siguientes fuentes:

(2.1)Supervisión operativa de procesos clínicos y de gestión.
(2.2)Evaluación del desempeño del personal.
(2.3)Resultados de capacitación y formación técnica.
(2.4)Notificación y análisis de eventos adversos, centinela, cuasifallas; y condiciones inseguras.
(2.5)Incidentes operativos, fallas técnicas, accidentes de trabajo.
(2.6)Resultados de simulacros, auditorías o evaluaciones internas.

(3)El análisis de datos se realiza, al menos una vez al año, en cada uno de los siguientes sistemas (o aquellos definidos por el establecimiento):

(3.1) Sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.
(3.2) Sistema de prevención y control de infecciones.
(3.3) Sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.
(3.4) Sistema de gestión del talento humano.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Se implementan mejoras como resultado del análisis de áreas de oportunidad y se documentan para asegurar su trazabilidad y seguimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones documentadas e implementadas para la recolección y análisis de datos derivados de la supervisión, monitoreo y evaluación de los sistemas del modelo (manuales, protocolo o procedimiento interno).
- Matrices o plantillas de análisis de datos por sistema que incluyan fuentes, causas, frecuencia y medidas correctivas propuestas.
- Minutas o reportes de reuniones multidisciplinarias donde se analizaron los datos recolectados y se tomaron decisiones para implementar mejoras.
- Reportes de indicadores asociados a cada sistema (por ejemplo: tasa de errores de medicación, tasa de IAAS, número de fallas en servicios prioritarios, desempeño del personal).
- Planes de mejora derivados del análisis de datos, con responsables, fechas, acciones y seguimiento.
- Evidencia de implementación de mejoras o rediseño de procesos.
- Reportes consolidados de eventos adversos, cuasifallas, condiciones inseguras o simulacros (internos o institucionales) y sus análisis respectivos.
- Integración de hallazgos y acciones en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente del establecimiento, con registro de actualizaciones y seguimiento.

c. Estándar 3/19. Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe desarrollar e implementar un programa institucional para la protección del entorno físico, cuyo objetivo es prevenir accidentes y lesiones, mantener condiciones seguras para pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y reducir y controlar los riesgos y peligros.

Este programa debe incluir procesos proactivos de protección, especialmente en áreas con riesgos en la seguridad, con medidas que regulen el acceso y control, identifiquen a las personas que ingresan (personal, visitantes, proveedores, entre otros, cuando corresponda) y

SIN VALIDEZ OFICIAL

promuevan un entorno protegido y funcional en todas las áreas clínicas y no clínicas. La implementación de estos procesos debe ser responsabilidad compartida y contar con la participación activa de todas las áreas, bajo un enfoque organizacional y preventivo.

Los líderes del establecimiento gestionan adecuadamente los recursos disponibles para ofrecer una instalación segura, con procesos definidos e implementados para brindar protección a todos los usuarios del establecimiento. Asimismo, una cultura proactiva y de mejora continua es esencial para consolidar entornos físicos seguros y sostenibles en el tiempo.

A fin de planear de manera efectiva el programa para la protección del entorno físico, los líderes deben tomar en cuenta todos los riesgos identificados mediante procesos de evaluación, supervisión o análisis de incidentes, con el fin de anticipar amenazas, priorizar recursos y establecer medidas de mitigación.

Como parte de este programa, el establecimiento debe desarrollar y aplicar un sistema de supervisión integral de las instalaciones, que contemple inspecciones completas y documentadas al menos una vez al año, y/o cada vez que se presente un siniestro, se planifique o realice una construcción o remodelación, se identifiquen condiciones que presenten riesgos operativos o de seguridad.

Estas inspecciones deben ser la base para definir e implementar acciones proactivas para reducir riesgos, establecer procesos de control o mitigación, cumplir con la legislación aplicable vigente y presupuestar y priorizar actualizaciones en las instalaciones a largo plazo.

En el caso específico de remodelaciones o construcciones, el establecimiento debe realizar una evaluación de riesgos previa, que permita establecer medidas de protección y supervisión adecuadas durante todas las fases del proyecto. Esta evaluación debe incluir, al menos, los siguientes aspectos:

a) Control de infecciones.
b) Ventilación y calidad del aire.
c) Manejo de basura y desechos.
d) Aislamiento de zonas en obra y circulación segura.

Dentro del programa, el gobierno y los líderes del establecimiento planean, presupuestan y aprueban la actualización o sustitución de sistemas, edificaciones y servicios prioritarios para la operación, conforme a los hallazgos derivados de las supervisiones y en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado un programa para la protección del entorno físico.

(2)El establecimiento realiza, al menos una vez al año, una inspección integral y completa de sus instalaciones y procesos relacionados con la seguridad y protección.

(3)El programa incluye procesos para prevenir accidentes, mantener condiciones seguras y establecer medidas de protección en áreas con riesgos identificados, así como controlar el acceso e identificar a las personas que ingresan al establecimiento, cuando corresponde.

(4)Se realiza una inspección integral y completa cuando se presenta un siniestro, una remodelación o una construcción.

(5)El establecimiento cuenta con un proceso documentado para la evaluación de riesgos antes del inicio de una remodelación o construcción.

(6)Los hallazgos de las inspecciones se utilizan para definir acciones para reducir y controlar los riesgos asociados a remodelaciones o construcciones.

(7)El cuerpo gobierno y/o la alta dirección y los líderes del establecimiento participan en la planeación, aprobación y presupuestación de mejoras en la infraestructura, basándose en los hallazgos de las supervisiones y en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa para la protección del entorno físico, que incluya objetivos, responsables, metodología de inspección y cronograma anual.
- Formatos de inspección integral y completa de las instalaciones (checklists, bitácoras, reportes técnicos).
- Evidencia documental de inspecciones anuales realizadas (reportes firmados, registros fotográficos, actas).
- Registros de inspecciones realizadas tras siniestros, remodelaciones o construcciones (incluyendo fecha, hallazgos y acciones derivadas).
- Procedimiento o protocolo para la evaluación de riesgos previo al inicio de remodelaciones o construcciones.
- Registros de evaluaciones de riesgo específicas para proyectos de obra o adecuación (análisis de impacto, mapas de riesgo, autorizaciones).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de implementación de medidas de mitigación o control durante obras (barreras físicas, rutas seguras, señalización, contención de polvo o residuos).
- Documentación sobre priorización y presupuesto de actualizaciones derivadas de inspecciones (actas de comité, solicitudes de recursos, planes de mejora).
- Comunicaciones oficiales del liderazgo donde se aprueban acciones correctivas o proyectos de mejora en infraestructura.

d. Estándar 4/19. Protección contra agresiones físicas a los pacientes. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento es responsable de implementar un proceso integral para prevenir, identificar y actuar ante cualquier situación de agresión o violencia que ponga en riesgo la integridad física o emocional de los pacientes durante su atención.

Este proceso debe cubrir las posibles agresiones provenientes de otras personas dentro del establecimiento, incluyendo: personal del propio establecimiento, otros pacientes, familiares, cuidadores, o visitantes.

La protección es especialmente prioritaria para pacientes que, por su edad, sus condiciones físicas, cognitivas o emocionales, no puedan defenderse ni comunicar una situación de riesgo, como personas adultas mayores, pacientes con discapacidad, trastornos psiquiátricos o en estado de vulnerabilidad social.

El establecimiento debe contemplar medidas preventivas, reactivas y de vigilancia, como:

a) Identificación de personas que ingresan al establecimiento y a las áreas clínicas.
b) Restricción y control de acceso a espacios clínicos.
c) Supervisión y vigilancia de áreas remotas o con riesgo identificado.
d) Capacitación del personal sobre cómo prevenir, identificar y actuar ante situaciones de agresión.
e) Coordinación, cuando corresponda, con autoridades, protección civil o servicios especializados en atención a víctimas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para prevenir y proteger a los pacientes contra las agresiones físicas.

(2) El proceso contempla medidas específicas para proteger a pacientes vulnerables como adultos mayores, personas con

SIN VALIDEZ OFICIAL

discapacidad o alteraciones cognitivas o psiquiátricas, que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas.

(3)El establecimiento ha definido acciones a seguir cuando se identifica una situación de maltrato, agresión o riesgo inminente hacia un paciente, por parte de cualquier persona.

(4)Se aplican protocolos para investigar la presencia de personas no identificadas dentro de las áreas clínicas.

(5)Se cuenta con un sistema de vigilancia, supervisión o monitoreo en áreas del establecimiento identificadas como prioritarias por su nivel de riesgo.

(6)El personal conoce y aplica el proceso en situaciones de agresión o maltrato.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la protección del paciente ante agresiones.
- Políticas de ingreso y control de acceso de personas al establecimiento.
- Registro de incidentes relacionados con agresiones, maltrato o violencia.
- Documentación de capacitación al personal sobre prevención, detección y actuación ante agresiones.
- Manual de actuación ante eventos de violencia contra el paciente.
- Coordinación documentada con servicios de seguridad, protección civil o servicios legales cuando aplica.

e. Estándar 5/19. Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe desarrollar e implementar un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, diseñado para identificar, clasificar, almacenar, utilizar y disponer de manera segura todos los elementos que representen riesgos químicos, biológicos o físicos para las personas, el medio ambiente y la operación segura del establecimiento.

El programa debe desarrollarse, implementarse y supervisarse en estricto apego a la legislación aplicable vigente, incluyendo normativas sanitarias, ambientales, de seguridad laboral, tanto federales como locales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Se consideran como materiales, sustancias y residuos peligrosos aquellos que representan riesgos por su toxicidad, reactividad, inflamabilidad, radioactividad, capacidad infecciosa o cualquier otro atributo que pueda comprometer la seguridad. Entre ellos se incluyen: productos químicos, residuos patológicos, farmacéuticos peligrosos, químicos peligrosos, objetos punzocortantes, y residuos altamente infecciosos.

El programa debe iniciar con la identificación y clasificación de estos materiales, sustancias y residuos con los que cuenta el establecimiento, mediante un listado actualizado que indique su nivel de riesgo, ubicación y condiciones de almacenamiento. Para el uso seguro de estas sustancias, el establecimiento debe contar con las Hojas de Datos de Seguridad (HDS) correspondientes, las cuales deben incluir, en apego a la legislación aplicable vigente, al menos:

i. Nivel de toxicidad.
ii. Peligros para la salud y el ambiente.
iii. Recomendaciones para almacenamiento seguro.
iv. Procesos de eliminación.
v. Equipos de protección personal requeridos.
vi. Medidas en caso de derrames o exposición.

A partir de esta información, el programa debe integrar, al menos, los siguientes procesos:

a) Etiquetado e identificación adecuada de contenedores y materiales, sustancias y residuos peligrosos
b) Manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos
c) Uso correcto del EPP y procesos de protección durante el manejo, trasvase, derrame o exposición
d) Medidas para minimizar riesgos ante derrames, fugas, exposiciones y demás incidentes.
e) Control y disposición final segura de materiales, sustancias y residuos peligrosos.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento donde se almacenen, utilicen, manipulen o desechen estos materiales, sustancias y residuos peligrosos. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan o generan, en un listado clasificado por nivel de riesgo y ubicación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, que integra, al menos, los procesos descritos en los incisos a) al e) de la guía.

(3)El programa está implementado de forma sistemática en todas las áreas donde se almacenan, manipulan, utilizan o desechan materiales, sustancias o residuos peligrosos.

(4)Se cuenta con HDS actualizadas para todos los materiales, sustancias o residuos peligrosos identificadas, disponibles para el personal.

(5)Los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos están debidamente etiquetados, conforme a la normatividad aplicable vigente.

(6)Los procesos de manejo, almacenamiento, uso y disposición final de materiales, sustancias y residuos peligrosos se realizan de forma segura y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

(7)Se han implementado medidas para minimizar los riesgos ante derrames, exposiciones y otros incidentes relacionados con materiales, sustancias y residuos peligrosos.

(A). Referencia de apoyo

- Listado documentado y actualizado de materiales, sustancias y residuos peligrosos, clasificados por tipo, nivel de riesgo y ubicación.
- Programa institucional formalizado para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos, que incluya procesos específicos
- HDS disponibles, completas y actualizadas para todos los materiales y sustancias peligrosas manejadas en el establecimiento.
- Registros de capacitación al personal sobre el manejo seguro de materiales y residuos peligrosos, incluyendo uso de EPP y atención a derrames o exposiciones.
- Evidencia de etiquetado visible y correcto en los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.
- Registros de incidentes o reportes internos relacionados con derrames, exposiciones u otros eventos, así como las acciones correctivas implementadas.
- Contrato o evidencia de disposición final segura y conforme a la legislación aplicable vigente, emitido por un proveedor autorizado (cuando aplique).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de supervisión interna o externa del cumplimiento del programa en las áreas clínicas, administrativas y de soporte.

f. Estándar 6/19. Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con un programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, orientado a prevenir, contener y responder de manera segura y efectiva ante incidentes vinculados con fuego y/o humo. Este tipo de eventos representan un riesgo potencial de alto impacto en los establecimientos de atención médica, por lo que es indispensable implementar acciones preventivas para proteger a los ocupantes y restablecer las actividades después de que se presente uno de estos eventos.

El programa debe desarrollarse e implementarse con enfoque preventivo, aplicable a todas las áreas clínicas, administrativas y de soporte, y cumplir con la legislación aplicable vigente en materia de seguridad y protección civil.

El programa debe incluir, al menos, los siguientes procesos:

a) Identificación de áreas con mayor riesgo de incendio, considerando instalaciones, procesos, materiales involucrados, entre otros.
b) Prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como el manejo seguro de materiales inflamables y gases medicinales (oxígeno), así como la regulación de fuentes de ignición (mecheros, estufas, entre otros.).
c) Reducción de riesgos durante obras o remodelaciones en el establecimiento o en sus inmediaciones.
d) Implementación de sistemas de detección temprana de fuego y humo.
e) Acciones para la contención y extinción de fuego y humo, incluyendo equipos, rutas, barreras, brigadas, entre otras.
f) Definición de roles y responsabilidades del personal en caso de incendio.
g) Planeación de salidas seguras del establecimiento, con enfoque especial en pacientes en condiciones vulnerables, cuando corresponda.

Las acciones por implementar deben contribuir a facilitar una el tiempo suficiente para evacuar de manera segura y oportuna, considerando la protección de pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes.

Asimismo, el programa debe integrar:

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Inspección, prueba y mantenimiento de sistemas de protección y seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, conforme a la legislación aplicable vigente.
ii. Ejecución de simulacros del programa de manera parcial o total, al menos dos veces por año.
iii. Participación de todo el personal en al menos un simulacro anual
iv. Capacitación continua del personal para evacuar y proteger a los pacientes de forma efectiva durante una emergencia.
v. Vinculación y coordinación con apoyos externos disponibles en la comunidad, como servicios de emergencia, protección civil o bomberos.

El programa debe estar implementado de forma sistemática, documentada y verificable en todas las áreas del establecimiento. Su operación debe supervisarse de manera continua y multidisciplinaria.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, que incluye, al menos, los procesos descritos en los incisos a) al g) de la guía.
(2)El programa está implementado de forma sistemática en todas las áreas del establecimiento.
(3)Se realizan inspecciones, pruebas y mantenimiento de los sistemas de detección y extinción de incendios, con la frecuencia definida y conforme a la legislación aplicable vigente.
(4)Todo el personal recibe capacitación para participar en el programa, y cuenta con constancia de capacitación de prevención y actuación ante peligros relacionados con fuego y humo y atención de emergencias.
(5)Se realizan al menos dos simulacros por año, para probar total o parcialmente el programa.
(6)Todo el personal participa, al menos una vez al año, en un simulacro.
(7)Las inspecciones, pruebas y mantenimientos son documentados.
(8)El establecimiento gestiona la vinculación con apoyos externos en la comunidad, como bomberos, protección civil u otras instancias, para la atención de emergencias por fuego y humo.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de seguridad contra fuego y humo, que incluya los procesos de prevención, detección, contención, evacuación y respuesta.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Mapas de riesgo de incendio, con identificación de áreas críticas.
- Protocolos y/o procesos operativos estandarizados para:
  - Manejo seguro de materiales inflamables.
  - Uso de gases medicinales.
  - Contención y extinción de incendios.
  - Evacuación de pacientes, especialmente en situación de vulnerabilidad.
- Bitácoras o registros de inspección, prueba y mantenimiento de sistemas de detección y extinción de incendios (detectores, alarmas, extintores, gabinetes, sistemas fijos, etc.).
- Registros de participación del personal en simulacros, con fecha, alcance y resultados.
- Evidencia de realización de al menos dos simulacros anuales, y de la participación de todo el personal en al menos uno de ellos por año.
- Constancias o listas de asistencia a capacitaciones sobre evacuación, uso de extintores y respuesta ante incendios.
- Registros de coordinación o convenios con instancias externas, como bomberos, protección civil o cuerpos de emergencia.
- Actas o reportes de evaluación de simulacros, con hallazgos y acciones de mejora implementadas.
- Plan de continuidad o restablecimiento de operaciones post-incendio (cuando aplique).

g. Estándar 7/19. Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.

1. Guía.

La seguridad del equipo médico en un establecimiento no depende únicamente de su funcionamiento interno, sino también del entorno en el que opera. Factores como la calidad del suministro eléctrico, hidráulico, las condiciones de instalación, el acceso a planta de emergencia y uso adecuado del personal clínico pueden impactar directamente en la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

Se debe contar con un proceso sistemático para identificar, prevenir y mitigar los riesgos asociados al entorno físico, eléctrico e hidráulico, así como aquellos derivados de errores humanos en el uso de los equipos. Entre los componentes clave de este proceso se encuentran:

a) Inspección técnica de la infraestructura eléctrica asociada al uso de equipo médico: verificación de polaridad de contactos eléctricos,

SIN VALIDEZ OFICIAL

tierra física, disponibilidad y conexión a planta de emergencia, tomas identificadas, conforme a la legislación aplicable vigente.

b) Evaluación de las condiciones del suministro hidráulico: presión, flujo, temperatura, limpieza de conexiones, cambio de filtros.
c) Identificación y análisis de incidentes adversos técnicos y errores del personal clínico relacionados con el uso inadecuado del equipo (por ejemplo, conexión en tomas erróneas, mal uso del panel de control, omisión de alarmas, uso incorrecto de accesorios, uso incorrecto de elementos susceptible de ser fracturados).
d) Verificación de que los equipos críticos están correctamente conectados a la planta de emergencia o a sistemas de respaldo en caso de falla del suministro eléctrico.
e) Implementación de medidas preventivas, incluyendo capacitación específica, revisiones programadas, control de accesos a áreas técnicas, señalización adecuada, y protocolos de contingencia.
f) Vinculación con los programas de mantenimiento e infraestructura, de modo que los riesgos detectados se integren a las acciones correctivas o de mejora continua.

La gestión de estos riesgos debe realizarse en coordinación entre el área técnica (ingeniería biomédica o mantenimiento), el personal clínico y los responsables de la infraestructura del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la identificación y control de riesgos relacionados con el entorno de operación del equipo médico (eléctrico, hidráulico, físico y humano).
(2) Se realizan inspecciones técnicas periódicas de las condiciones de conexión eléctrica del equipo médico, que incluyen:
  (2.1) Pruebas de seguridad eléctrica.
  (2.2) Verificación de polaridad de contactos eléctricos.
  (2.3) Pruebas de continuidad de tierra física.
  (2.4) Confirmación de conexión a planta de emergencia para equipos críticos.
(3) Se realizan verificaciones periódicas del suministro hidráulico en los equipos que lo requieren (p. ej. máquinas de hemodiálisis), considerando presión, flujo, temperatura y condiciones del sistema de pretratamiento.
(4) Existen registros documentados de incidentes, fallas o errores de usuario relacionados con las condiciones del entorno o uso indebido del equipo médico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)Se han implementado acciones preventivas o correctivas derivadas del análisis de riesgos del entorno (p. ej. reubicación de tomas, mantenimiento a instalaciones, capacitación focalizada).

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la identificación y mitigación de riesgos operativos relacionados con el entorno del equipo médico (eléctrico, hidráulico, estructural y de usuario).
- Registros de pruebas de seguridad eléctricas periódicas:
  - Verificación de polarización de tomas.
  - Pruebas de tierra física.
  - Confirmación de conexión a planta de emergencia o UPS para equipos críticos.
- Mapeo de riesgos técnicos por área, incluyendo identificación de zonas críticas y condiciones de instalación de alto riesgo.
- Registros de eventos o fallas operativas relacionadas con el entorno o errores de usuario (p. ej., uso en tomas inadecuadas, desconexiones por caída de tensión, daños por humedad o temperatura).
- Actas o reportes de acciones correctivas derivadas de hallazgos (p. ej., adecuaciones eléctricas, reubicación de equipos, instalación de protecciones, capacitación específica).
- Constancias de capacitación al personal clínico y técnico sobre prevención de riesgos asociados al entorno de uso del equipo médico.

h. Estándar 8/19. Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.
– Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con procesos de emergencia definidos, documentados y operativos para asegurar la continuidad de los servicios prioritarios para la operación en caso de falla, interrupción o contingencia. Estos procesos son esenciales para proteger la vida, salud y seguridad de pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes, y deben ejecutarse en cumplimiento con la legislación aplicable vigente en materia de seguridad, protección civil y continuidad operativa.

Los servicios prioritarios (como suministro de agua, electricidad, gases medicinales, ventilación y sistemas de comunicación) son indispensables para la atención clínica. Su interrupción, incluso

SIN VALIDEZ OFICIAL

temporal, puede comprometer seriamente la atención, por lo que deben existir fuentes alternas, sistemas de respaldo y protocolos de respuesta diseñados específicamente para el contexto operativo del establecimiento.

Como parte de la planeación ante emergencias, el establecimiento debe:

a) Identificar los equipos, áreas y sistemas, en los que una falla en los servicios prioritarios represente un riesgo elevado para la seguridad del paciente o del personal (por ejemplo: refrigeración de medicamentos, iluminación de emergencia).
b) Evaluar y minimizar los riesgos de interrupción, mediante barreras preventivas, mantenimientos reforzados o redundancias.
c) Definir y documentar fuentes de emergencia viables para cada servicio prioritario relevante, incluyendo generadores eléctricos, cisternas, tanques de respaldo, líneas redundantes o convenios con terceros.
d) Probar periódicamente estas fuentes de emergencia, conforme a una frecuencia definida por el establecimiento, y con participación del personal técnico y clínico involucrado.
e) Documentar, analizar y retroalimentar los resultados de las pruebas, con el fin de implementar acciones de mejora, fortalecer la preparación y reducir los tiempos de respuesta ante emergencias reales.

Estos procesos deben estar integrados en el programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación, y coordinados con el plan general de continuidad operativa y atención ante emergencias del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado las áreas, sistemas y servicios que presentan mayor riesgo ante la interrupción o falla de los servicios prioritarios para la operación.
(2) Se han evaluado y se implementan medidas para minimizar los riesgos en dichas áreas.
(3) El establecimiento ha definido e implementado procesos de emergencia para prevenir y responder a fallas en los servicios prioritarios.
(4) Se han planificado fuentes de emergencia para cada uno de los servicios prioritarios críticos, según las necesidades del establecimiento.
(5) Se realizan pruebas periódicas para verificar la disponibilidad y confiabilidad de las fuentes de emergencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)Los resultados de las pruebas se documentan, se analizan y, cuando corresponde, se implementan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado de áreas y sistemas identificados como vulnerables ante fallas de servicios prioritarios (por ejemplo: sala de tratamiento, sistemas de refrigeración, comunicaciones, etc.).
- Evaluaciones de riesgo documentadas sobre fallas en servicios prioritarios, incluyendo análisis de impacto y medidas implementadas.
- Procesos o protocolos de emergencia definidos para cada tipo de servicio prioritario (agua, electricidad, gases, ventilación, datos), con responsables y acciones específicas.
- Registro de fuentes de respaldo disponibles, incluyendo:
  - Especificaciones técnicas (capacidad, autonomía, ubicación)
  - Evidencia de instalación y estado operativo
  - Planes de activación y operación
- Cronograma de pruebas programadas para fuentes de emergencia (por ejemplo, generadores, bombas, cisternas, líneas redundantes, etc.).
- Registros de pruebas realizadas, con resultados, observaciones y responsables.
- Análisis de resultados y reportes de seguimiento, con acciones correctivas o preventivas derivadas.
- Planes de mejora derivados de la revisión técnica de los resultados de pruebas de emergencia.
- Evidencia de capacitación del personal en protocolos de activación de fuentes de emergencia, evacuación y continuidad operativa.

i. Estándar 9/19. Programa para el manejo de emergencias externas.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con un programa para el manejo de emergencias externas, diseñado para prever, preparar, responder y recuperar de eventos externos que puedan comprometer directa o indirectamente su operación, la atención a los pacientes o la seguridad del personal.

Este programa debe desarrollarse en función del contexto local y regional, considerando los riesgos geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y socio-organizativos a los que está expuesto el establecimiento, y conforme a la legislación

SIN VALIDEZ OFICIAL

aplicable vigente en materia de protección civil, salud pública y seguridad estructural.

El programa debe estar basado en un análisis de riesgos externo, realizado por un equipo multidisciplinario del establecimiento, y debe integrar al menos los siguientes procesos:

a) Determinación del tipo, probabilidad y consecuencias de peligros, amenazas y eventos que puedan generar una emergencia externa.
b) Definición del rol del establecimiento antes, durante y después de dichos eventos, incluyendo atención clínica, protección de recursos, evacuación, comunicación y recuperación.
c) Estrategias de comunicación interna y externa durante emergencias, incluyendo canales, responsables y mensajes clave.
d) Gestión de recursos durante la emergencia, incluyendo asignación de suministros críticos, uso de fuentes alternas y administración del personal.
e) Planeación de acciones para asegurar la continuidad de la atención clínica en escenarios adversos.
f) Identificación de lugares alternativos para la atención de pacientes, en caso de evacuación o daño estructural.
g) Asignación de roles y responsabilidades específicas al personal, según etapas y escenarios de la emergencia.
h) Capacitación del personal en su rol dentro del programa, así como en protocolos de seguridad, evacuación y recuperación.
i) Coordinación con instancias externas, como el Comité Estatal de Protección Civil, la Secretaría de Salud o servicios de emergencia.

El programa debe someterse a prueba al menos una vez cada doce meses, mediante simulacros diseñados según los eventos de mayor probabilidad. En caso de una emergencia real, el análisis formal de la respuesta institucional puede ser considerado como equivalente a una prueba del programa.

Los resultados de las pruebas o eventos reales deben ser analizados, documentados y retroalimentados para la mejora continua del programa.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha desarrollado, documentado e implementado el programa para el manejo de emergencias externas con base en la identificación de riesgos externos geológicos, hidrometeorológicos, sanitario-ecológicos, químico-tecnológicos y socio-organizativos.

(2) El programa integra, al menos, los procesos descritos en los incisos a) a i) de la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El programa está implementado en todas las áreas del establecimiento.
(4)El programa se somete a prueba al menos una vez cada doce meses.
(5)El personal participa en al menos una prueba anual relacionada con emergencias externas.
(6)Los resultados de las pruebas o eventos reales se analizan y, cuando corresponde, se implementan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de manejo de emergencias externas, que incluya: análisis de riesgos, objetivos, procesos a seguir, roles del personal, rutas de comunicación, vinculación con instancias externas, planes de acción y recuperación.
- Análisis de riesgos externos documentado, clasificando amenazas geológicas, hidrometeorológicas, sanitario-ecológicas, químico-tecnológicas y socio-organizativas.
- Mapas de peligros, fichas técnicas o matrices de evaluación de riesgo que sustenten la priorización de escenarios.
- Evidencia de coordinación con instancias externas, como el Comité Estatal de Protección Civil, sector salud o cuerpos de emergencia.
- Registros de simulacros realizados en los últimos 12 meses, incluyendo:
  - Fecha y tipo de escenario probado.
  - Participación del personal.
  - Evaluación de resultados.
  - Acciones de mejora implementadas.
- Actas o minutas de reuniones de análisis posterior a simulacros o emergencias reales, con decisiones y compromisos de mejora.
- Registros de capacitación del personal sobre el programa, sus responsabilidades y protocolos de actuación en caso de emergencia.
- Indicadores de evaluación de capacidad de respuesta institucional, cuando estén definidos (por ejemplo: tiempo de evacuación, cumplimiento de procesos, participación).

SIN VALIDEZ OFICIAL

j. Estándar 10/19. Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control en primer nivel de atención. – indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe identificar y priorizar las infecciones relevantes en función de su contexto clínico, epidemiológico y operativo, con el objetivo de implementar acciones efectivas para reducir riesgos, prevenir infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

La priorización debe realizarse mediante un enfoque de sistema, con participación multidisciplinaria y con base en el análisis de riesgos institucional. Esta priorización permite orientar recursos, definir estrategias de prevención, y establecer procesos de vigilancia activa y sistemática.

El proceso debe considerar, al menos, las siguientes infecciones o riesgos asociados:

a) Infecciones de vías respiratorias, particularmente en pacientes con enfermedades crónicas, población pediátrica y adultos mayores, así como aquellas relacionadas con nebulizaciones, aspiración de secreciones o uso prolongado de mascarillas de oxígeno.
b) Infecciones del tracto urinario, especialmente en personas portadoras de sondas urinarias, con patología prostática o con alteraciones urológicas crónicas.
c) Infecciones relacionadas con dispositivos invasivos utilizados en el primer nivel, como catéteres periféricos, sondas, curaciones de heridas o inyecciones múltiples.
d) Heridas quirúrgicas y lesiones dérmicas tratadas en el establecimiento, incluyendo manejo de episiotomías, abscesos, úlceras por presión, heridas postquirúrgicas ambulatorias y lesiones traumáticas.
e) Organismos multirresistentes y enfermedades infecciosas prioritarias desde el punto de vista epidemiológico, incluyendo tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, hepatitis virales y enfermedades de notificación obligatoria.
f) Infecciones emergentes o recurrentes en la comunidad, como dengue, COVID-19, influenza o brotes locales de enfermedades prevenibles por vacunación.

El establecimiento debe contar con un proceso de vigilancia epidemiológica formal, sistemático y documentado, que permita identificar tasas esperadas (endémicas), detectar brotes y responder oportunamente a eventos infecciosos dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido las prioridades del sistema de prevención y control de infecciones conforme a su contexto, incluyendo al menos del inciso a) al f) de la guía.

(2)Se cuenta con evidencia de la vigilancia epidemiológica sistemática y de las acciones definidas según las prioridades establecidas.

(A). Referencia de apoyo.

- Listados institucionales o matrices de priorización de IAAS vigentes, construidos con base en el análisis de riesgos del establecimiento y firmados por el Comité de Infecciones o autoridad designada.
- Protocolos o procesos internos que indiquen los criterios para definir prioridades en vigilancia de IAAS (por ejemplo: frecuencia, gravedad, potencial de brote, resistencia antimicrobiana, etc.).
- Evidencia documental de vigilancia epidemiológica activa y sistemática (listas de verificación, registros de tasas de IAAS, reportes mensuales o anuales).
- Actas o reportes del Comité para la Detección y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud, donde se revise y apruebe la priorización y se dé seguimiento a infecciones de mayor relevancia.
- Registros de investigación de brotes o eventos inusuales, que documenten el seguimiento de infecciones emergentes, multirresistentes o eventos de notificación obligatoria.
- Comunicación interna de alertas epidemiológicas y medidas de control al personal del establecimiento.

k. Estándar 11/19. Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención. – Indispensable –

1. Guía.

Las medidas de precaución estándar son la base de la prevención y control de infecciones en cualquier unidad de atención médica, incluidas los establecimientos de primer nivel de atención. Estas medidas se aplican de forma universal, sin importar el diagnóstico del paciente, y buscan minimizar la transmisión de agentes infecciosos tanto al personal como a otros pacientes y visitantes.

En particular, estas precauciones son críticas en unidades por la frecuencia de exposición a sangre, catéteres, y otras vías de contacto directo. Las medidas estándar incluyen:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Higiene de manos (conforme al programa integral de higiene de manos alineado a la AESP 5).
b) Uso correcto de equipo de protección personal (guantes, batas, mascarillas, protección ocular).
c) Manejo seguro de objetos punzocortantes.
d) Prácticas adecuadas para el manejo de superficies, ropa, dispositivos reutilizables y desechos contaminados.
e) Educación continua al personal sobre su correcta aplicación.

El establecimiento identifica las situaciones clínicas y operativas que requieren estas medidas y garantiza que el personal esté capacitado y supervisado de forma continua. El sistema para la prevención y control de infecciones es responsable de coordinar estas acciones y vigilar su cumplimiento como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

La higiene de manos es la piedra angular del control de infecciones, y su cumplimiento debe formar parte de las auditorías, capacitaciones y supervisión institucional. El establecimiento debe asegurar que se implemente un programa integral de higiene de manos, el cual esté coordinado desde el sistema para la prevención y control de infecciones y forme parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas son atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y buenas prácticas recomendadas. Se implementan las precauciones basadas en mecanismos de transmisión (aislamientos) respecto de pacientes inmunocomprometidos y del personal expuesto.

(2) El establecimiento ha definido e implementado una estrategia para el manejo de una afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas, acorde a su capacidad operativa y a los niveles de riesgo.

(3) El establecimiento identifica las situaciones en las que se requiere el uso de equipo de protección personal, asegura su disponibilidad y capacita al personal en su uso correcto.

(4) El sistema de prevención y control de infecciones supervisa y coordina el programa integral de higiene de manos, en concordancia con la AESP 5.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales de manejo de pacientes con enfermedades infectocontagiosas, que incluyan medidas de aislamiento, uso de EPP y rutas de atención diferenciadas.
- Manual de prevención y control de infecciones, lineamientos internos de bioseguridad, algoritmos clínicos por patología infecciosa.
- Plan operativo institucional para la atención de afluencia de pacientes con enfermedades transmisibles.
- Procesos de contingencia epidemiológica, plan de respuesta ante brotes, flujogramas de escalamiento operativo.
- Registros de capacitación al personal sobre precauciones estándar, uso de EPP y manejo de pacientes inmunocomprometidos: Listas de asistencia, materiales didácticos, evaluaciones de competencia.
- Evidencia de implementación y supervisión del programa integral de higiene de manos, en coordinación con el sistema de prevención de infecciones.
- Informes del sistema de vigilancia epidemiológica local, incluyendo tasas de IAAS, auditorías de cumplimiento y mejoras implementadas.

I. Estándar 12/19. Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos. – Indispensable –

1. Guía.

La adecuada limpieza, desinfección y esterilización de materiales, dispositivos y equipos médicos es un componente esencial para prevenir IAAS.

El establecimiento debe asegurar que:

a) Todos los procesos de limpieza, desinfección y esterilización se lleven a cabo conforme a protocolos estandarizados, basados en evidencia científica y alineados con la legislación aplicable vigente.

b) Se implementan medidas y barreras de seguridad que reduzcan el riesgo de contaminación cruzada.

c) Se supervisa periódicamente el cumplimiento de estos procesos, ya sean realizados internamente o por proveedores subrogados. Y se generan acciones de mejora cuando se identifican desviaciones.

Estos procesos pueden llevarse a cabo en áreas descentralizadas, como consultorios, salas de procedimientos u otras zonas clínicas, donde se realiza la limpieza y desinfección rutinaria de equipos no críticos o de

SIN VALIDEZ OFICIAL

superficies. En todos los casos deben aplicarse los mismos criterios de calidad y seguridad, incluyendo:

i. Registro documentado de cada ciclo de desinfección.
ii. Trazabilidad del instrumental reutilizable.
iii. Capacitación continua del personal responsable, acorde a sus funciones en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización de materiales, dispositivos y equipos, tanto en servicios centralizados como descentralizados, según el tipo de insumo y su nivel de riesgo.

(2) Los procesos de limpieza, desinfección y esterilización están sujetos a supervisión periódica, conforme a un plan coordinado por el sistema para la prevención y control de infecciones.

(3) El personal responsable de realizar estos procesos ha sido capacitado conforme a su función y demuestra competencia en la aplicación segura y eficaz de los métodos establecidos.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales de limpieza, desinfección y esterilización, incluyendo validación y registros de control.
- Evidencia de capacitación y competencias del personal responsable:
- Listas de asistencia, evaluaciones de competencia, manuales de entrenamiento específicos para el tipo de equipo procesado.
- Supervisión de proveedores subrogados:
- Contratos, auditorías y evidencia documental de cumplimiento de estándares de control de infecciones.

m. Estándar 13/19. Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso. – Indispensable –

1. Guía.

El uso inadecuado o la reutilización no controlada de dispositivos marcados como “de un solo uso” incrementa el riesgo de infecciones en los pacientes y el personal. Algunos dispositivos podrían considerarse reutilizables bajo condiciones específicas, principalmente por criterios de disponibilidad, costo o sostenibilidad operativa.

El establecimiento, a través del sistema para la prevención y control de infecciones, debe:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Identificar los dispositivos de un solo uso que serán reutilizados, justificando técnica y operativamente su decisión.
b) Elaborar un listado validado de estos dispositivos, incluyendo criterios claros para su uso seguro.
c) Definir e implementar procesos para:
   i. Establecer el número máximo de reutilizaciones permitidas.
   ii. Verificar signos de desgaste o deterioro que impidan su uso posterior.
   iii. Aplicar técnicas de limpieza, desinfección y esterilización específicas para cada tipo de dispositivo reutilizado.
   iv. Registrar y analizar datos relacionados con los dispositivos reutilizados, como efectos adversos, número de reutilizaciones y rechazos por deterioro.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado y documentado un listado de materiales y dispositivos de un solo uso que pueden ser reutilizados, conforme a criterios técnicos, operativos y de seguridad.

(2) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el reúso seguro de dispositivos de un solo uso, el cual incluye, al menos, lo siguiente:

(2.1) El número máximo de reutilizaciones permitidas por tipo de dispositivo.
(2.2) Los criterios de desgaste o deterioro para suspender su uso.
(2.3) Los procesos específicos de limpieza, desinfección y esterilización.
(2.4) El monitoreo y análisis de datos relacionados con los dispositivos reutilizados.

(3) El proceso se aplica conforme a lo definido por el establecimiento y se supervisa su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional validado de dispositivos de un solo uso autorizados para reúso, con justificación técnica y aprobación del comité de control de infecciones o equivalente.
- Protocolos documentados que incluyan:
  - Número máximo de reutilizaciones por tipo de dispositivo.
  - Indicadores de deterioro físico o funcional.
  - Procesos de limpieza, desinfección y/o esterilización.
- Formatos de registro de control de reutilización por lote o dispositivo individual (bitácoras, etiquetas, códigos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de capacitación al personal sobre el manejo, trazabilidad y riesgos asociados al reúso.
- Resultados de auditorías internas sobre el cumplimiento del proceso de reúso seguro.

n. Estándar 14/19. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, el adecuado manejo de la ropa hospitalaria (incluyendo sábanas, batas, toallas, uniformes, campos, entre otros insumos textiles) es esencial para reducir el riesgo de IAAS. Esto aplica tanto a ropa limpia como a la sucia o contaminada, y abarca desde su uso inicial hasta su disposición final o reprocesamiento.

El establecimiento debe definir procesos para garantizar el manejo seguro e higiénico de la ropa, que incluyan al menos las siguientes actividades:

a) Clasificación, recolección y confinamiento inmediato de ropa sucia y/o contaminada en contenedores específicos.
b) Transporte interno seguro, evitando el contacto con superficies limpias o materiales estériles.
c) Lavado, desinfección y secado de la ropa (ya sea en servicios internos o subrogados), conforme a protocolos que aseguren la eliminación de microorganismos.
d) Almacenamiento y distribución de ropa limpia en condiciones que eviten su contaminación.
e) Separación física y lógica de los flujos de ropa limpia y sucia.
f) Capacitación continua al personal sobre las medidas de prevención y control de infecciones relacionadas con el manejo de ropa.
g) Supervisión periódica del cumplimiento de los procesos establecidos.

Cuando el establecimiento subroga el servicio de lavandería, debe establecer especificaciones contractuales claras, alineadas con estándares de calidad e higiene, y mecanismos de supervisión continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos seguros para el manejo de la ropa limpia, sucia y contaminada, que incluyen lavado, transporte, almacenamiento y confinamiento, minimizando los riesgos de infección para pacientes y personal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Los procesos están diseñados para reducir el riesgo de contaminación cruzada y prevenir infecciones.
(3) El establecimiento supervisa de forma periódica el cumplimiento de los procesos relacionados con el manejo de la ropa.
(4) Cuando el servicio de manejo de ropa es subrogado, se han definido y se supervisan las especificaciones de calidad e higiene, conforme a lo establecido por el establecimiento y la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional de manejo de ropa, que incluya rutas, barreras, puntos de control, y protocolos de separación de ropa limpia y contaminada.
- Formatos de registro de limpieza, recolección, entrega y supervisión de la ropa.
- Bitácoras de supervisión periódica, evidencias de auditorías internas o externas.
- Contrato y especificaciones técnicas con el proveedor subrogado (cuando aplique), incluyendo indicadores de cumplimiento.

o. Estándar 15/19. Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención generan de forma constante residuos considerados peligrosos y con riesgo biológico-infeccioso, como agujas, materiales contaminados con sangre, gasas, guantes, entre otros. Su manejo adecuado es fundamental para prevenir infecciones en pacientes, personal y comunidad.

El establecimiento debe implementar procesos que aseguren la gestión segura de estos residuos, desde su generación hasta su disposición final, incluyendo las siguientes fases:

a) Identificación y segregación desde el punto de origen.
b) Envasado, etiquetado y almacenamiento temporal conforme a normativa.
c) Recolección, transporte interno y externo seguro.
d) Destino final por proveedor autorizado.

Además, el personal clínico y no clínico con riesgo de exposición a RPBI, especialmente por objetos punzocortantes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso seguro para el manejo de los RPBI, que contempla la identificación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte y disposición final, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El personal clínico y no clínico está capacitado en el manejo seguro de RPBI y en la prevención de accidentes relacionados con objetos punzocortantes.

(3) El establecimiento cuenta con protocolos implementados para la atención y seguimiento de accidentes con punzocortantes.

(4) Cuando se subrogan servicios relacionados con el manejo y disposición final de RPBI, se definen especificaciones de calidad y se supervisa su cumplimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Plan institucional para el manejo de RPBI (identificación, envasado, recolección, transporte y disposición final).
- Registro de capacitación al personal sobre manejo de RPBI y prevención de accidentes con punzocortantes.
- Reportes de incidentes con objetos punzocortantes y evidencia de su seguimiento.
- Contratos o convenios con proveedores subrogados del servicio de recolección, transporte y disposición final de RPBI.
- Lista de verificación y resultados de supervisión a servicios subrogados.
- Contenedores etiquetados y ubicados correctamente según clasificación de residuos.
- Bitácoras de recolección y entrega a empresa subrogada con trazabilidad.
- Procedimiento documentado para la atención de exposiciones a sangre o fluidos corporales.

p. Estándar 16/19. Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.

1. Guía.

Las actividades de construcción, remodelación o adecuación dentro de los establecimientos polvo, escombros, humedad y condiciones propicias para la dispersión de microorganismos ambientales como hongos del género *Aspergillus* o *Legionella*, elevando significativamente el riesgo de IAAS.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para mitigar estos riesgos, el establecimiento debe implementar un proceso proactivo que contemple:

a) La planificación previa de toda obra, independientemente de su magnitud.
b) La evaluación de riesgos específica, basada en el tipo y duración de la obra, su ubicación dentro del establecimiento, la población expuesta (especialmente pacientes inmunocomprometidos), y la posibilidad de generar aerosoles o escombros contaminantes.
c) La identificación de medidas de control durante cada etapa de la obra, como aislamiento físico, rutas alternas de circulación, monitoreo ambiental, barreras plásticas, filtros HEPA, presión negativa, limpieza frecuente y educación al personal involucrado.
d) La coordinación entre áreas clínicas, administrativas, técnicas y de mantenimiento para garantizar que las medidas preventivas se integren sin afectar la operación del establecimiento ni la seguridad del paciente.

Cuando estas actividades son realizadas por proveedores externos, se deben definir claramente las especificaciones de seguridad en los contratos y dar seguimiento a su cumplimiento conforme a los protocolos del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para evaluar de forma proactiva los riesgos de infección asociados a actividades de construcción, remodelación o adecuación, antes de que estas se lleven a cabo. Este proceso incluye:
  (1.1) Identificación del tipo, duración y ubicación de la obra.
  (1.2) Evaluación de la población expuesta y las condiciones clínicas del entorno.
  (1.3) Identificación de rutas críticas y medidas de contención.

(2) Se implementan medidas preventivas y de mitigación de riesgos durante las actividades de construcción, remodelación o adecuación, tales como:
  (2.1) Aislamiento de áreas en obra.
  (2.2) Control de partículas y polvo (barreras físicas, presión negativa, filtros, etc.).
  (2.3) Limpieza y desinfección frecuente y rutas alternas.
  (2.4) Monitoreo y seguimiento del cumplimiento de las medidas.

(3) Cuando las actividades son ejecutadas por un proveedor externo, el establecimiento establece especificaciones de seguridad que se supervisan de acuerdo con los lineamientos definidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la evaluación de riesgos en obras y remodelaciones.
- Matriz de análisis de riesgo por área o tipo de obra.
- Registros de implementación de barreras físicas, señalización y medidas de mitigación.
- Actas de supervisión o auditoría durante el periodo de intervención.
- Evidencia fotográfica de áreas intervenidas antes, durante y después de la obra.

q. Estándar 17/19. Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención que manejan medicamentos o vacunas deben reconocer que algunos de estos procesos pueden representar un riesgo para la transmisión de infecciones. Por ejemplo:

a) El almacenamiento en condiciones inadecuadas.
b) La preparación en espacios no higiénicos.
c) El mal uso de frascos multidosis.
d) La pérdida de la cadena de frío en biológicos y medicamentos termoestables.
e) El uso de jeringas, diluyentes o soluciones contaminadas.

El establecimiento debe definir e implementar medidas preventivas que garanticen el manejo seguro desde la perspectiva prevención y control de infecciones. Esto implica procesos que consideren:

i. Condiciones ambientales adecuadas en el almacenamiento y preparación.
ii. Buenas prácticas de higiene y asepsia.
iii. Condiciones y límites para el uso de medicamentos multidosis.
iv. Control de cadena de frío y registros de temperatura.
v. Supervisión y evaluación periódica de cumplimiento.

Estas acciones deben formar parte del sistema para la prevención y control de infecciones y estar alineadas a los principios de bioseguridad y legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento identifica los procesos de medicación que representan riesgos de infección.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Se han definido medidas de prevención y control de infecciones para los procesos identificados, incluyen al menos los relacionados con el almacenamiento, preparación y administración de medicamentos y biológicos.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para la preparación y administración de medicamentos en condiciones higiénicas, que incluya evidencia del diseño del área, limpieza y verificación de insumos antes de su uso.
- Registros de temperatura de almacenamiento en refrigeradores de medicamentos y biológicos, incluyendo bitácoras y gráficas de monitoreo continuo (manual o automatizado), conforme a los lineamientos técnicos.
- Capacitación documentada al personal clínico y no clínico involucrado en los procesos sobre:
  - Uso seguro de frascos multidosis.
  - Manejo de vacunas y medicamentos refrigerados.
  - Técnicas de higiene en la preparación y administración de medicamentos.
- Formato de reporte y evaluación de condiciones del entorno de preparación de medicamentos (checklists, auditorías internas o supervisiones del área de calidad).
- Fotografías o esquemas del área física donde se preparan medicamentos que evidencien cumplimiento de condiciones higiénicas, señalización y uso de insumos seguros.

r. Estándar 18/19. Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte.

1. Guía.

El ambiente físico del establecimiento puede ser un reservorio o vía de transmisión de microorganismos patógenos si no se mantienen condiciones adecuadas de higiene y desinfección de las instalaciones. Esto incluye tanto las instalaciones tanto áreas clínicas como no clínicas, y los medios de transporte utilizados para la atención de pacientes, personal o insumos, como camillas, sillas de ruedas, entre otros.

El establecimiento debe definir e implementar procesos sistemáticos y seguros de limpieza y desinfección de todas las áreas y superficies inertes, que incluyan:

a) Zonas clínicas (salas de tratamiento, salas de espera, estaciones de enfermería, consultorios, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Zonas comunes y áreas de tránsito de pacientes, cuidadores primarios, visitantes y personal.
c) Superficies de contacto frecuente (mesas, barandales, escritorios, perillas, interruptores, etc.).
d) Medios de transporte (camillas, sillas de ruedas, mobiliario, entre otros).

Los procesos deben adaptarse al nivel de riesgo de cada área, frecuencia requerida, productos utilizados y técnica de limpieza, diferenciando entre limpieza rutinaria y limpieza terminal cuando se trate de áreas críticas, como quirófanos o unidades de cuidados intensivos, conforme a los protocolos establecidos en la legislación aplicable vigente. Además, deben contemplar:

i. Capacitación al personal de limpieza (propio o subrogado).
ii. Supervisión periódica de la calidad del servicio.
iii. Protocolos escritos basados en evidencia y legislación aplicable vigente.

Cuando el servicio de limpieza o desinfección es proporcionado por un servicio subrogado, el establecimiento debe definir especificaciones de calidad y supervisar su cumplimiento conforme a los lineamientos establecidos por el componente de liderazgo y gobernanza.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado procesos de limpieza y desinfección adecuados para cada área y servicio, incluyendo superficies inertes y medios de transporte, de manera que se minimicen los riesgos de infección.
(2) El establecimiento supervisa la correcta ejecución de las actividades de limpieza y desinfección conforme a los procesos establecidos.
(3) Cuando el servicio es subrogado, se han definido especificaciones de calidad y se supervisa su cumplimiento conforme a lo establecido.

(A). Referencia de apoyo

- Programa institucional de limpieza y desinfección que establezca protocolos según las instalaciones (áreas), incluyendo frecuencia, productos, técnicas y responsables.
- Formatos de supervisión y verificación de limpieza por turno y por área, firmados por personal responsable (propio o subrogado).
- Registros de limpieza y desinfección de superficies inertes (camillas, sillas de ruedas, mesas, barandales, etc.)

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Protocolos de limpieza y desinfección de medios de transporte,
- Contratos o convenios con proveedores de servicios subrogados de limpieza, que incluyan cláusulas de calidad, supervisión, indicadores y sanciones.
- Capacitación al personal de limpieza (propio o subrogado) sobre técnicas de desinfección, uso de productos, riesgos biológicos y prevención de infecciones, con lista de asistencia y constancias.
- Informe de evaluación interna del cumplimiento del programa de limpieza y desinfección, emitido por el comité o sistema para la prevención y control de infecciones.

s. Estándar 19/19. Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.

1. Guía.

El establecimiento que aplica vacunas debe contar con un programa de vacunación universal implementado de acuerdo con la legislación aplicable vigente, con el objetivo de reducir la incidencia de enfermedades prevenibles por vacunación, contribuir a su control epidemiológico y mitigar riesgos de brotes y complicaciones.

Este programa debe integrar procesos clínicos y de apoyo que aseguren el cumplimiento del esquema nacional de vacunación para los grupos blanco definidos por la autoridad sanitaria, alineado a la misión y a la población que atienden. Para ello, el establecimiento debe garantizar el cumplimiento de las siguientes condiciones:

a) Procedimientos documentados para la obtención, el transporte, almacenamiento, conservación, preparación, aplicación y eliminación de vacunas e insumos.
b) Cumplimiento de prácticas de inyección segura, incluyendo el manejo de frascos abiertos.
c) Capacitación, evaluación y supervisión del personal vacunador, con conocimientos, en el uso de equipo, registros de aplicación, red de frío, y notificación de eventos atribuibles a la vacunación (ESAVIS), de acuerdo al Programa de Vacunación Universal.
d) Implementación de estrategias para favorecer la cobertura en la población blanco definida.

Uno de los componentes críticos del programa es la gestión de la red de frío, la cual debe mantenerse operativa para asegurar la potencia inmunológica de los biológicos. Esta incluye recursos materiales y humanos tales como insumos y equipos, condiciones de conservación, monitoreo y trazabilidad de la temperatura durante todo el proceso logístico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para garantizar su funcionamiento, el establecimiento debe contar con:

i. Acciones implementadas de monitoreo y control continuo de la temperatura, humedad, exposición a la luz y condiciones del almacenamiento.
ii. Bitácoras, registros y gráficas que permitan verificar la trazabilidad de cada lote de vacuna.
iii. Procedimientos de calibración de los instrumentos utilizados para la medición.
iv. Un Plan de Contingencia para accidentes en la red de frío, que contemple acciones preventivas y correctivas ante interrupciones del suministro eléctrico, fallas del equipo o accidentes logísticos.

Asimismo, el establecimiento debe contar con procesos para:

- Notificar los ESAVIS conforme a los tiempos y mecanismos establecidos por la normatividad.
- Conocer y utilizar los indicadores de cobertura por tipo de biológico, y diseñar acciones de mejora continua.
- Coordinarse con el Consejo Nacional de Vacunación a través de las autoridades sanitarias responsables

Este programa debe estar alineado a la legislación aplicable vigente y su implementación debe contribuir a la prevención de infecciones asociadas a la atención, el control epidemiológico y la seguridad del paciente.

En el caso de los EPNI que ofrezcan aplicación de vacunas, el profesional titular debe garantizar que este servicio se realice conforme a la legislación aplicable vigente y bajo condiciones que aseguren la seguridad del paciente y la eficacia de los biológicos. Para ello, el consultorio debe contar con un proceso documentado que abarque el transporte, almacenamiento, conservación, preparación, aplicación y eliminación de vacunas e insumos. El cumplimiento de este procedimiento es esencial para mantener la potencia inmunológica de las vacunas, prevenir riesgos asociados a su aplicación y garantizar la trazabilidad del proceso.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado el Programa de Vacunación Universal conforme a la legislación aplicable vigente, que contempla los procesos en los que participe para la obtención, el transporte, almacenamiento, conservación,

SIN VALIDEZ OFICIAL

preparación, aplicación y eliminación de vacunas e insumos según corresponda.

(2) El personal encargado de la vacunación ha sido capacitado, evaluado y supervisado en los temas de aplicación de biológicos, seguridad, registros de aplicación, uso de la red de frío y notificación de ESAVIS.

(3) El establecimiento cuenta con acciones de monitoreo y control continuo de la temperatura y condiciones de conservación de los biológicos.

(4) Existen bitácoras, registros o gráficas que permiten verificar la trazabilidad y condiciones de conservación de cada lote de vacuna.

(5) Los instrumentos de medición utilizados para el control de la red de frío cuentan con evidencia de calibración vigente, cuando aplique.

(6) El establecimiento dispone de un plan documentado de contingencia operativo para accidentes en la red de frío, que incluye acciones preventivas y correctivas, así como medidas inmediatas y mediatas ante situaciones de riesgo.

(7) Se realizan notificaciones de ESAVIS conforme a los tiempos y mecanismos establecidos por la autoridad sanitaria.

(1)En caso de aplicar vacunas, se cuenta con el proceso documentado y apego completo al transporte, almacenamiento, conservación, preparación, aplicación y eliminación de vacunas e insumos.

(A). Referencia de apoyo

- Documento institucional del Programa de Vacunación Universal del establecimiento, que incluya población blanco, tipo de biológicos administrados, procesos de aplicación y responsables.
- Procesos documentados que aborden:
  - Obtención por donación, compra, campaña externa
  - Transporte, almacenamiento y conservación de vacunas.
  - Preparación, aplicación y eliminación de biológicos.
  - Prácticas de inyección segura y manejo de frascos abiertos.
- Lista de personal autorizado para aplicar vacunas, con evidencia de capacitación, evaluación de competencias y supervisión documentada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Bitácoras, gráficas o registros digitales de monitoreo de temperatura, en refrigeradores o termos de conservación, incluyendo firmas y frecuencias de registro.
- Certificados de calibración de termómetros y dispositivos de control de la red de frío, vigentes y emitidos por proveedores o laboratorios autorizados, cuando así aplique.
- Plan de contingencia documentado para accidentes en la red de frío, que incluya medidas inmediatas y mediatas como:
  - Sellar la puerta de la unidad refrigerante
  - Alternativas de almacenamiento.
  - Procedimientos de traslado de biológicos.
  - Tiempos máximos de respuesta y responsables.
- Registros de notificación de ESAVIS enviados a la autoridad sanitaria, o evidencia de que el personal conoce el proceso de notificación y lo aplica.
- Indicadores institucionales de cobertura de vacunación, por tipo de biológico, con análisis de brechas y evidencia de acciones de mejora.
- Evidencia de coordinación con el Programa Nacional de Vacunación, como actas de reunión, registros de entrega-recepción de biológicos o reportes mensuales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

IX. EJE ESTRUCTURAL: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

La atención clínica es el núcleo de la misión de cualquier establecimiento de salud. Este eje estructural evalúa la calidad técnica, humana y segura de los servicios prestados, con énfasis en la atención centrada en la persona, la práctica basada en evidencia, la prevención de eventos adversos y el respeto a los derechos de los pacientes. La atención debe ser efectiva, equitativa, oportuna, continua y ética.

Componente	Estándar	
A. Valoración	1	Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.
	2	Planificación segura e individualizada de la consulta externa.
	3	Priorización clínica para pacientes en situación de urgencia en primer nivel de atención
	4	Comunicación de la información al inicio y durante los procesos de atención.
	5	Reducción de barreras para el acceso a la atención.
	6	Valoración inicial del paciente.
	7	Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.
	8	Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.
	9	Valoración del dolor en pacientes.
	10	Valoración de los factores de riesgo social.
	11	Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.
	12	Valoración de factores de riesgo psicológico.
	13	Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.
	14	Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.
	15	Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.
	16	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.
	17	Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.
B. Diagnóstico	1	Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.
	2	Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio.
	3	Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.
	4	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.
	5	Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
B. Diagnóstico	6	Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen.
	7	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.
C. Evaluación	1	Reevaluación clínica periódica de los pacientes.
D. Intervención o tratamiento	1	Planeación individualizada de la atención al paciente.
	2	Participación activa del paciente en los procesos de atención.
	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.
	4	Participación de terceros en el proceso educativo.
	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.
	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.
	7	Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.
	8	Protección de la privacidad del paciente durante la atención.
	9	Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.
	10	Documentación de indicaciones clínicas.
	11	Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.
	12	Registro clínico completo para pacientes que reciben atención médica continua.
	13	Proceso para la obtención del consentimiento informado.
	14	Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.
	15	Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.
	16	Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.
	17	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.
	18	Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.
	19	Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.
	20	Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.
	21	Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad.
	22	Prevención de errores en la transcripción de medicamentos.
	23	Conciliación de medicamentos.
	24	Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos.
	25	Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Componente	Estándar	
D. Intervención o tratamiento	26	Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas.
	27	Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración.
	28	Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales.
	29	Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis.
	30	Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.
	31	Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.
	32	Atención a Pacientes con indicación de parto obstétrico
	33	Práctica clínica segura de la acupuntura.
E. Egreso	1	Definición del proceso que guía el alta médica del paciente.
F. Continuidad de la atención	1	Identificación del médico responsable de la atención del paciente.
	2	Definición del proceso de interconsulta entre servicios del establecimiento.
	3	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.
	4	Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.
	5	Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.
	6	Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.
	7	Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.
	8	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico al finalizar la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

A. VALORACIÓN.

a. Estándar 1/17. Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.

1. Guía.

Para brindar una atención segura, oportuna y centrada en las necesidades de los pacientes, los establecimientos de primer nivel de atención deben contar con un proceso estandarizado de aceptación de pacientes. Este proceso inicia desde el primer contacto y tiene como objetivo garantizar que el establecimiento reciba a pacientes cuyas necesidades clínicas puedan ser atendidas de manera segura y oportuna dentro del alcance de servicios, recursos y misión del establecimiento.

Para ello, se requiere implementar las acciones para valoración o tamizaje inicial al momento del primer contacto con el paciente, con el fin de determinar si el establecimiento cuenta con los recursos y las capacidades técnicas, humanas, tecnológicas y operativas necesarias para otorgar la atención requerida o referir al paciente a otro establecimiento.

Este proceso debe estar documentado, estandarizado y contar con criterios previamente definidos por el establecimiento para identificar las necesidades del paciente y tomar la decisión de aceptación o su referencia a otro establecimiento. Dichos criterios deben considerar al menos:

a) La condición clínica actual del paciente y tipo de tratamiento requerido.
b) La disponibilidad de infraestructura, equipo, personal y turnos para su atención.
c) El cumplimiento de requisitos normativos para la atención segura del paciente.
d) La existencia de contraindicaciones relativas o absolutas para brindar el tratamiento en ese contexto.

Este proceso debe incluir lineamientos específicos para la aceptación en situaciones programadas o no programadas. Asimismo, el establecimiento debe haber definido el área física y funcional para la recepción y valoración de pacientes, así como el proceso de toma de decisión documentada respecto a la aceptación o referencia. Cuando el establecimiento no cuente con los recursos necesarios para atender adecuadamente al paciente, debe existir un proceso de referencia oportuna y efectiva a otro establecimiento con mayor capacidad resolutiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la aceptación de pacientes que acuden a solicitar atención.

(2)El proceso incluye criterios para valorar si el paciente puede ser atendido de forma segura conforme a los recursos, capacidades y misión del establecimiento.

(3)Se realiza un tamizaje inicial al momento del primer contacto del paciente con el establecimiento con base en los criterios definidos.

(4)Se ha definido un área física y funcional donde se lleva a cabo la valoración y aceptación del paciente.

(5)El personal responsable de ejecutar el proceso está capacitado y lo implementa conforme a lo establecido.

(6)En caso de no poder ofrecer atención adecuada, se implementa un proceso de referencia a otro establecimiento.

(7)El proceso de tamizaje y la decisión de aceptación o referencia se documentan.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la aceptación y admisión de pacientes, que especifique los pasos para el tamizaje inicial, verificación de criterios de ingreso y proceso de rechazo o canalización, en caso de no contar con condiciones para la atención.
- Registro de ingreso clínico inicial que evidencie la valoración y decisión de aceptación.
- Registro de personal capacitado en el proceso de aceptación de pacientes, incluyendo responsables de realizar el tamizaje o valoración inicial.
- Formato de tamizaje inicial, con campos para diagnóstico, evaluación de compatibilidad con recursos y nota de decisión.
- Manual o lineamiento donde se definan los criterios técnicos, humanos y operativos requeridos para aceptar pacientes en el establecimiento.
- Registros de pacientes referidos a otras instituciones en caso de no cumplir con criterios de aceptación definidos.
- Informe o acta de revisión periódica del proceso de aceptación de pacientes, como parte del sistema de mejora continua.
- Lineamientos o protocolo de admisión y referencia de pacientes.
- Documentos de coordinación o convenio con otras unidades para referencia de pacientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/17. Planificación segura e individualizada de la consulta externa.

1. Guía.

La planificación de la consulta médica en primer nivel debe garantizar que la atención sea accesible, segura y orientada a las necesidades reales de la población atendida. Esta planificación es una responsabilidad institucional que debe sustentarse en información epidemiológica, demográfica y organizacional del establecimiento, y considerar tanto la continuidad como la oportunidad en la atención.

El proceso de planificación debe contemplar elementos como la modalidad de atención (presencial o a distancia), duración y tipo de consulta, horarios de servicio, número y tipo de profesionales disponibles, así como sus competencias clínicas y organizacionales.

Asimismo, deben definirse criterios institucionales para la programación y priorización de citas, de forma que los pacientes con condiciones más complejas o prioritarias accedan a la atención de manera oportuna, sin afectar la continuidad de quienes ya están en seguimiento.

Las estrategias para aumentar la asistencia a las consultas pueden incluir:

a) Disponibilidad de horarios adaptados a la población atendida.
b) Confirmación de citas o recordatorios activos.
c) Canales de contacto con el paciente y su cuidador primario.
d) Mecanismos para retroalimentar el sistema a partir del análisis de inasistencias.

El proceso debe estar formalmente documentado, implementado y evaluado periódicamente como parte de la mejora continua, incluyendo la revisión de indicadores clave de uso, cobertura y asistencia.

i. Requerimiento auditable.

(1) Se planean los servicios de acuerdo al perfil epidemiológico de los pacientes atendidos, además del diagnóstico de salud del establecimiento, considerando las patologías más prevalentes, sexo, grupo etario, así como aspectos demográficos.

(2) La programación de servicios clínicos considera criterios establecidos para priorizar a pacientes con mayor necesidad o riesgo, y permite el seguimiento continuo.

(3) Se cuenta con mecanismos para la gestión de citas, incluyendo reagendamiento, cancelación y confirmación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El establecimiento cuenta con profesionales con competencias acordes a los perfiles clínicos más frecuentes y a la modalidad de consulta utilizada.
(5)La planificación de consultas se supervisa periódicamente, y los hallazgos se utilizan para fortalecer la oportunidad y continuidad de la atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Informes estadísticos de consultas de primera vez y subsecuentes, grupos etarios y especialidades médicas.
- Proceso institucional documentado para la planificación de consultas.
- Agenda o sistema de programación de citas.
- Registros estadísticos de consultas por grupo etario, sexo, tipo de consulta, y motivos de atención.

c. Estándar 3/17. Priorización clínica para pacientes en situación de urgencia en primer nivel de atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención que brinda atención médica continua o atención en casos de situaciones de urgencia debe contar con un proceso estandarizado para identificar, priorizar estabilizar y derivar, de forma inmediata, a los pacientes que presenten signos clínicos de riesgo vital o necesidades de atención urgente.
Este proceso debe permitir reconocer, de manera oportuna, a aquellos pacientes cuya condición clínica requiere intervención inmediata, con el fin de iniciar el abordaje médico sin demora, reducir riesgos, evitar complicaciones y asegurar una atención oportuna y derivación referencia a algún establecimiento de mayor resolución.
La priorización debe ser realizada por personal capacitado, con base en criterios clínicos objetivos y fisiológicos, adaptados al contexto y nivel de resolución del establecimiento. El proceso debe incluir, al menos:
a) Criterios fisiológicos para la detección temprana de signos de riesgo vital, como alteración del estado de conciencia, dificultad respiratoria, hemorragia activa, convulsiones, dolor torácico, fiebre elevada en población vulnerable, entre otros.
b) Una clasificación o categorización del nivel de urgencia, con base en el riesgo clínico identificado, que oriente la atención inmediata o el acceso prioritario a servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Procedimientos definidos para la estabilización inicial del paciente, de acuerdo con las capacidades del establecimiento, previo a su referencia a un segundo o tercer nivel, si corresponde.
d) Capacitación documentada al personal que realiza la priorización, con énfasis en el reconocimiento de signos de alerta y en el manejo inicial de urgencias.
e) Proceso documentado que integre los pasos para la priorización, atención inmediata, estabilización, documentación clínica y, cuando aplique, traslado del paciente.

El establecimiento debe asegurar que este proceso esté implementado, supervisado periódicamente y adaptado a los recursos humanos, físicos y tecnológicos disponibles.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso de priorización clínica para pacientes en situación de urgencia, alineado a su nivel de resolución y capacidad operativa.

(2) El proceso se basa en criterios clínicos y fisiológicos estandarizados, que permiten identificar pacientes con necesidades inmediatas.

(3) La priorización es realizada por personal capacitado, conforme al protocolo definido.

(4) Se implementan acciones inmediatas de estabilización y se prioriza el acceso a servicios auxiliares, de diagnóstico o referencia, cuando se identifica una urgencia médica.

(5) El proceso es supervisado de forma periódica y se generan acciones de mejora a partir de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional para la priorización y atención de pacientes urgentes o con riesgo vital.
- Capacitación documentada del personal en criterios fisiológicos, signos de alarma y estabilización inicial.
- Bitácoras de priorización o registros clínicos donde se documente la atención inmediata o derivación.
- Reportes de supervisión del cumplimiento del proceso.
- Formatos utilizados para el registro de clasificación de riesgo o signos de alarma.
- Procedimientos de estabilización y referencia conforme al perfil del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/17. Comunicación de la información al inicio y durante los procesos de atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención se debe garantizar que, al inicio y durante el proceso de atención, se proporcione al paciente y/o a su cuidador primario información clara, suficiente, oportuna y adaptada al nivel sociocultural sobre los procesos de atención y los servicios que se proporcionan, de modo que pueda tomar decisiones informadas respecto a su atención y tratamiento.

Esta información debe incluir, al menos:

a) Información sobre el proceso de atención y servicios proporcionados.
b) La frecuencia, duración y condiciones generales.
c) Los derechos y obligaciones del paciente y su cuidador primario, políticas de atención y privacidad, horarios, requerimientos previos y reglamento interno.
d) Los costos asociados, además de costos que no son cubiertos por una institución pública, privada o social según sea el caso, así como, las alternativas de apoyo existentes (referencias institucionales, apoyos sociales, convenios, entre otros), si aplica, cuando existan barreras económicas.

El proceso de comunicación puede realizarse de forma verbal o escrita, registrando esta actividad el expediente clínico del paciente, e incluir el nombre de quién proporcionó la información, así como la fecha en que se otorgó.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un proceso documentado e implementado para proporcionar información al paciente y/o cuidador primario al inicio y durante los procesos de la atención.

(2) Se proporciona información conforme lo definido en el inciso a) al d) de la guía.

(3) Se documenta en el expediente clínico que la información fue proporcionada de forma suficiente para que el paciente y/o cuidador primario puedan tomar decisiones informadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o checklist de información proporcionada al paciente/cuidador primario al ingreso, firmado por ambas partes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia documental que acredite que se otorgó la información sobre el tratamiento, resultados esperados y costos.
- Materiales educativos o informativos utilizados durante el proceso de admisión (folletos, hojas informativas, carteles).
- Registro de capacitación del personal encargado del proceso de admisión.
- Convenios o formatos que incluyan referencias a la información entregada durante el proceso de admisión.
- Registros de orientación brindada sobre alternativas para el acceso económico o programas de apoyo, cuando el tratamiento no esté cubierto por instituciones públicas o privadas.

e. Estándar 5/17. Reducción de barreras para el acceso a la atención. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe identificar e implementar acciones para reducir el impacto de las barreras que dificultan el acceso y la prestación efectiva de servicios a su población usuaria.

Estas barreras pueden incluir diferencias culturales, lingüísticas, sociales, económicas, de movilidad, sensoriales, cognitivas, de género o relacionadas con la edad, entre otras. Las condiciones estructurales, tecnológicas y organizativas también pueden representar un obstáculo para ciertos grupos de pacientes o cuidadores primarios.

El establecimiento debe realizar un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, que considere la diversidad de su población para identificar las barreras más comunes. Con base en este análisis, se deben diseñar e implementar procesos para reducir su impacto en la acceso al primer contacto de inicio, así como, durante la prestación de servicios.

Las medidas adoptadas deben ser proporcionales al contexto del establecimiento e incluir opciones que promuevan la equidad, la comunicación efectiva, la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe asegurar que se identifiquen y reduzcan las barreras que limiten el acceso a la atención. Estas barreras pueden ser culturales, lingüísticas, sociales, económicas, de movilidad, cognitivas o relacionadas con la edad, entre otras. El establecimiento debe contar con mecanismos sencillos para definir e identificar dichas barreras y establecer medios que permitan minimizarlas, de manera que se promueva la equidad, la comunicación efectiva, la seguridad del paciente y la continuidad del tratamiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha realizado un análisis multidisciplinario para identificar las barreras más comunes en su población usuaria para acceder y recibir atención médica.

(2)Se han implementado acciones o procesos específicos para reducir el impacto de estas barreras durante la admisión y la prestación de servicios.

(3)El personal conoce las medidas implementadas y actúa conforme a lo establecido.

(4)Se evalúa periódicamente la efectividad de las medidas adoptadas y se actualizan según las necesidades detectadas.

(1)Se cuenta con definición, identificación y medios documentados para limitar las barreras de atención

(A). Referencia de apoyo.

- Análisis multidisciplinario con enfoque de sistema sobre las barreras identificadas para el acceso y la atención. Puede contener hallazgos obtenidos de fuentes como encuestas de satisfacción, retroalimentación de pacientes, reuniones con personal, o diagnósticos comunitarios.
- Política o lineamiento para la reducción de barreras en el acceso, que define las acciones a realizar ante barreras específicas.
- Evidencia de implementación de medidas: Señalización adaptada, formatos impresos en letra grande o pictogramas, folletos en más de un idioma, rampas, intérprete o personal capacitado para comunicar con pacientes con limitaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Capacitación al personal sobre equidad en el acceso y trato respetuoso a la diversidad de pacientes.
- Evaluación de efectividad de las acciones implementadas: Encuestas de satisfacción del paciente, entrevistas, auditorías internas, o revisión periódica de indicadores vinculados en el acceso.

f. Estándar 6/17. Valoración inicial del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración inicial de cada paciente, en los servicios de consulta externa la valoración inicial habitualmente se realiza en la consulta de primera vez, ya sean pacientes propios del establecimiento o en el caso de pacientes referidos para ser atendidos desde otro establecimiento, con el fin de identificar sus necesidades clínicas, condiciones específicas, factores de riesgo y aspectos relevantes para su atención en el establecimiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

Este proceso proporciona información para entender la atención que el paciente necesita, seleccionar el mejor entorno de atención para el paciente, orientar a formular un diagnóstico inicial y las necesidades de atención inmediata y comprender la respuesta del paciente a cualquier atención previa.

La valoración inicial debe realizarse al ingreso del paciente a el establecimiento y actualizarse periódicamente o ante cambios clínicos relevantes, conforme lo defina el establecimiento.

El proceso debe estar documentado, estandarizado y adaptado al contexto del establecimiento, e incluir al menos los siguientes elementos:

a) Historia clínica integral, incluyendo al menos: identificación, antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos y patrológicos, padecimiento actual, interrogatorios por aparatos y sistemas, exploración física, resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros, terapéutica empleada y resultados obtenidos, diagnóstico y problemas clínicos.
b) Valoración de enfermería, incluyendo estado nutricional y condiciones generales, entre otros.
c) Valoración del dolor, utilizando herramientas adaptadas a la población atendida.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Valoración del riesgo de caídas, especialmente en pacientes con movilidad reducida, debilidad general, alteraciones neurológicas u ortopédicas, entre otras.
e) Valoración del contexto social y de apoyo, puede incluir aspectos como el apoyo del cuidador primario, entorno domiciliario, adherencia al tratamiento, autocuidado, entre otros.
f) Otros elementos específicos definidos por el establecimiento conforme a su contexto o perfil epidemiológico.

El establecimiento debe definir:

i. Los criterios clínicos por evaluar acorde al tipo de población y características de pacientes que atiende. Personalizar las evaluaciones permite tener resultados más objetivos y poder hacer intervenciones oportunas para la atención del paciente, por ejemplo: Una escala de dolor se puede personalizar para pacientes adultos, pacientes sedados, neonatos, pediátricos, dolor obstétrico, etc.
ii. El momento en que se realiza la valoración (al ingreso al establecimiento y la periodicidad de las reevaluaciones).
iii. El personal responsable por cada elemento de la valoración, y las competencias específicas requeridas. Por ejemplo: personal médico, de enfermería, clínico en formación, de psicología, de nutrición, etc.
iv. El mecanismo para documentar, la ubicación y disponibilidad de la información dentro del expediente clínico, que permita dar seguimiento a los resultados y sea utilizada por todo el personal involucrado. Cada valoración debe documentarse, sin que esto signifique que sea necesario contar con un formato para cada una.

Este proceso debe servir como base para el plan de tratamiento individual, la coordinación del cuidado y la toma de decisiones compartidas a partir de la integración de la información. Por ello es importante que las evaluaciones se hayan realizado de manera completa, correcta, oportuna y estén disponibles para quienes atienden al paciente.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración inicial de cada paciente, con el fin de identificar sus necesidades clínicas, factores de riesgo y condiciones relevantes conforme a la legislación aplicable vigente. Este proceso debe quedar documentado, describiendo como mínimo lo señalado en los incisos i) a iv) de la guía, además de prever la realización de revaloraciones cuando la condición clínica del paciente lo requiera.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para realizar la valoración inicial, que describe al menos, lo definido en los incisos i) a la iv) de la guía.

(2)La valoración inicial incluye, al menos, lo definido de la a) al f) de la guía.

(3)El establecimiento define los criterios clínicos por evaluar acorde al tipo de población y características de pacientes que atiende.

(4)La valoración se realiza al ingreso del paciente al establecimiento y se actualiza de forma periódica o ante cambios clínicos relevantes.

(5)La valoración es realizada por personal clínico con competencias específicas definidas por el establecimiento para cada tipo de valoración.

(6)La información obtenida se documenta en el expediente clínico y está disponible para los integrantes del equipo de salud.

(1)Se ha definido, documentado e implementado un proceso para realizar la valoración inicial, que describe al menos lo definido en los incisos i) a iv) de la guía, y se realizan las revaloraciones correspondientes.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la valoración inicial de pacientes que ingresan al programa de primer nivel de atención.
- Formato o instrumento utilizado para documentar los elementos de la valoración inicial (puede ser integrado al expediente clínico o por secciones).
- Listado de criterios clínicos definidos por el establecimiento para realizar la valoración inicial.
- Registro de pacientes con fecha de ingreso y evidencia de aplicación de la valoración inicial y reevaluaciones clínicas.
- Evidencia documental de las competencias del personal que realiza cada componente de la valoración (ej. descripción de funciones, constancias de formación, manuales operativos).
- Expedientes clínicos con notas completas de valoración inicial y registros de actualización cuando existen cambios clínicos.
- Listado de pacientes con condiciones especiales y ajustes personalizados en su valoración (ej. pacientes geriátricos, con discapacidad, con alto riesgo de caídas).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de capacitación al personal involucrado en el proceso de valoración clínica inicial.

g. Estándar 7/17. Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

La historia clínica es un componente esencial del proceso de valoración inicial en los establecimientos de primer nivel de atención, y constituye la base para comprender las necesidades clínicas del paciente, definir riesgos específicos y planear de forma adecuada la atención individualizada.

El establecimiento debe definir un proceso estandarizado para la elaboración de la historia clínica, asegurando que se realice al ingreso del paciente y esté documentada en el expediente clínico dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento. Debe cumplir con la legislación aplicable vigente.

Esta historia clínica debe ser elaborada por un médico competente o en caso de ser realizada por un médico en formación, esta deberá ser supervisada y validada por el médico responsable.

La historia clínica debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Interrogatorio.
c) Exploración física.
d) Factores de riesgo social.
e) Valores, creencias y costumbres del paciente.
f) Factores de riesgo psicológico identificados.
g) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.
h) Diagnósticos o problemas clínicos.
i) Pronóstico.
j) Indicación terapéutica.
k) Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.

El establecimiento definirá los plazos máximos para contar con los documentos y estudios requeridos, considerando criterios de urgencia y el análisis riesgo-beneficio en caso de no contar con ellos al momento de la primera sesión.

Toda la información generada en esta valoración inicial debe registrarse en el expediente clínico y estar disponible para el equipo de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la elaboración de la historia clínica como parte del proceso de la valoración inicial del paciente.

(2)A cada paciente se le realiza una historia clínica.

(3)La historia clínica incluye al menos los elementos listados del inciso a) al k) de la guía.

(4)La historia clínica es elaborada por personal médico competente o por médicos en formación, siempre bajo supervisión y validación del médico responsable.

(5)La historia clínica está integrada al expediente clínico del paciente, y se encuentra disponible dentro del plazo establecido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la elaboración de la historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.
- Formato institucional de historia clínica, con campos alineados a los elementos obligatorios establecidos en la guía.
- Expedientes clínicos con historia clínica completa, fechada y firmada.
- Listado institucional de estudios complementarios requeridos al ingreso, con tiempos máximos definidos para su integración, según criterio clínico.
- Registro de personal médico autorizado para la elaboración y validación de historias clínicas, incluyendo médicos en formación.
- Registro de capacitación del personal médico y en formación, respecto al proceso de historia clínica y valoración inicial del paciente.

h. Estándar 8.17. Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, el personal de enfermería desempeña un rol fundamental en la valoración inicial del paciente, dado su conocimiento sobre el estado clínico general y las condiciones que pueden influir en la seguridad y continuidad de la atención.

El establecimiento debe implementar un proceso estandarizado para realizar la valoración de enfermería a cada paciente al momento de su

SIN VALIDEZ OFICIAL

ingreso al establecimiento primer nivel de atención. Esta valoración debe completarse dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento, y debe integrarse al expediente clínico.
La valoración es realizada por personal de enfermería competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano. Cada establecimiento debe definir los elementos que conforman esta valoración conforme a su contexto.
Esta información debe utilizarse para comprender las necesidades del paciente y servir para la planeación del tratamiento individualizado por parte del equipo multidisciplinario. Toda valoración debe quedar registrada de forma clara, oportuna y accesible en el expediente clínico del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración de enfermería como parte del proceso de valoración inicial.
(2)La valoración de enfermería se realiza a cada paciente al ingreso y se documenta dentro del plazo definido por el establecimiento.
(3)La valoración es realizada por personal de enfermería competente, conforme a las funciones establecidas.
(4)La información obtenida se documenta en el expediente clínico y está disponible para el equipo de salud.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la valoración de enfermería.
- Formato institucional de valoración de enfermería, que cuente con campos estandarizados a los criterios definidos.
- Expedientes clínicos que documenten valoraciones de enfermería completas, firmadas y dentro del plazo definido.
- Listado vigente de personal de enfermería autorizado y capacitado para realizar la valoración clínica de ingreso.
- Registro de capacitación del personal de enfermería en temas relacionados con la valoración clínica integral, detección de riesgos (como caídas, infecciones o eventos adversos), uso de escalas de valoración, etc.

i. Estándar 9/17. Valoración del dolor en pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que a cada paciente se le realice una valoración clínica del dolor, como parte

SIN VALIDEZ OFICIAL

del proceso de valoración inicial y durante la atención continua. Esta valoración debe realizarse en el primer contacto clínico con el paciente, pudiendo integrarse también en la elaboración de la historia clínica, y quedar documentada en el expediente clínico, de manera que permita el seguimiento, comparación y análisis por parte del equipo clínico.
En caso de que se identifique dolor, se debe realizar una valoración más específica, que contemple al menos: la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).
La valoración del dolor debe realizarse de forma estandarizada mediante herramientas validadas y adaptadas a las características clínicas y comunicativas de los pacientes atendidos y repetirse de forma periódica. La revaloración se lleva a cabo conforme a los criterios definidos por el establecimiento o ante las necesidades del paciente, como la persistencia de dolor.
La valoración es realizada por personal de clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la evaluación del dolor.
(2) Se realiza la valoración del dolor a cada paciente en su primer contacto clínico con el establecimiento.
(3) En pacientes con dolor, se aplica una evaluación más precisa que considera la intensidad y características del dolor.
(4) La valoración utiliza herramientas estandarizadas y adaptadas a la población atendida y acorde a las características clínicas de los pacientes.
(5) La información se documenta en el expediente clínico de manera que facilite el seguimiento y revaloración. Cuando corresponde, la revaloración se documenta en el expediente clínico.
(6) La valoración del dolor es realizada por personal clínico con funciones y competencias definidas.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la valoración del dolor, que indique el momento de aplicación, responsable, frecuencia de revaloración y herramientas autorizadas.
- Escalas o herramientas validadas y aprobadas por el establecimiento para evaluar el dolor, adaptadas a la población atendida.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro de capacitación del personal clínico sobre el uso de herramientas de valoración del dolor y su documentación en el expediente clínico.
- Expedientes clínicos con evidencia de valoración del dolor al ingreso y durante el tratamiento, incluyendo revaloraciones documentadas cuando se ha identificado dolor.
- Registro o protocolo que establezca el procedimiento para revalorar el dolor en caso de persistencia o cambios clínicos.

j. Estándar 10/17. Valoración de los factores de riesgo social.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe integrar dentro del proceso de valoración inicial del paciente una evaluación estructurada de factores de riesgo social, con el propósito de identificar condiciones del entorno social, familiar, económico o de acceso a servicios que puedan afectar la continuidad de la atención, adherencia o efectividad del tratamiento.

Esta información no debe usarse con fines de clasificación, sino tiene el propósito de identificar los factores de riesgo a considerar para diseñar planes de atención individualizados, priorizar intervenciones, orientar apoyos complementarios y facilitar la toma de decisiones compartida.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso para esta valoración, considerando los elementos o criterios pertinentes al contexto y tipo de población atendida. Entre los factores a evaluar se pueden incluir (de forma enunciativa, no limitativa):

a) Nivel educativo del paciente o cuidador primario.
b) Condiciones de vivienda y entorno domiciliario.
c) Acceso a servicios públicos (agua, luz, transporte, entre otros).
d) Disponibilidad de red de apoyo familiar o comunitaria.
e) Accesibilidad a servicios de salud ante datos de alarma clínica
f) Acceso a servicios de salud del sistema público o privado.
g) Situación socioeconómica
h) Otros elementos específicos definidos por el establecimiento conforme a su contexto o a su población de pacientes.

La valoración debe personalizarse en casos específicos definidos por el establecimiento (por ejemplo: pacientes con discapacidad, sin cuidador primario, o en situación de vulnerabilidad social grave).

Los hallazgos deben registrarse como parte de la historia clínica del paciente, dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento,

SIN VALIDEZ OFICIAL

y servir como base para la planificación clínica, seguimiento social o referencia a otros servicios cuando sea necesario.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para evaluar factores de riesgo social como parte de la historia clínica.

(2)La valoración incluye criterios sociales relevantes al contexto de la población atendida, toma en cuenta los definidos del inciso a) al h) de la guía.

(3)La valoración de factores de riesgo social se realiza a todos los pacientes durante el ingreso al tratamiento, y queda registrada en el expediente clínico.

(4)Se toman en cuenta los resultados de la valoración para planificar la atención individualizada y asegurar la continuidad del tratamiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para la evaluación de factores de riesgo social en pacientes de primer nivel de atención.
- Formato institucional con campos para registrar condiciones sociales relevantes.
- Expedientes clínicos con evidencia de la evaluación realizada y utilizada para la planeación clínica.
- Registro de capacitación del personal sobre cómo aplicar y documentar esta evaluación.
- Ejemplos de intervenciones ajustadas o referencias realizadas con base en factores de riesgo identificados.

k. Estándar 11/17. Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe realizar una valoración individual de los valores, costumbres y creencias del paciente como parte de la valoración inicial, asegurando que esta se realice al ingreso del paciente y quede documentada en el expediente clínico dentro del marco de tiempo definido por el establecimiento.
Esta información permite adaptar el plan de atención al marco cultural del paciente, lo cual favorece la adherencia al tratamiento, la toma de decisiones compartida y la confianza con el equipo de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento define los elementos o criterios que conforman esta valoración, a fin de identificar los factores culturales que puedan influir en el proceso de atención, incluyendo:

a) Valores personales: autonomía, dignidad, decisiones familiares, respeto por la vida, actitudes hacia el dolor, la enfermedad o el final de la vida.
b) Costumbres: prácticas cotidianas significativas, rituales, alimentación, horarios, participación familiar durante la atención, uso de medicina tradicional.
c) Creencias: espirituales, religiosas o filosóficas que pudieran condicionar decisiones clínicas como el uso de transfusiones, ciertos medicamentos, ayuno u otros procedimientos.

La valoración debe ser realizada por personal clínico competente, conforme a las funciones y responsabilidades establecidas en el sistema de gestión del talento humano. La información debe quedar registrada en la historia clínica del expediente clínico en un lugar accesible para el equipo de salud.

Cuando existan cambios relevantes en el estado clínico o en las preferencias del paciente, la valoración debe ser actualizada, con base en lo definido por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido los elementos o criterios que deben ser valorados respecto a los valores, costumbres y creencias del paciente.
(2) La valoración se realiza al momento de ingreso del paciente al tratamiento y se actualiza cuando hay cambios relevantes.
(3) La información se documenta en el expediente clínico en un lugar accesible para el equipo de salud.
(4) Los resultados de la valoración se consideran en la planificación clínica individual del paciente, cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional o sección del expediente clínico para registrar valores, costumbres y creencias.
- Proceso documentado para la valoración del marco cultural individual del paciente.
- Expedientes clínicos con registros completos y actualizados de esta valoración.
- Registros de capacitación del personal sobre atención centrada en la persona y diversidad cultural.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Evidencia de adecuaciones realizadas al plan de atención considerando esta información (cuando aplique).

I. Estándar 12/17. Valoración de factores de riesgo psicológico.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe realizar una valoración de factores de riesgo psicológico como parte del proceso de valoración inicial, y actualizarla cuando existan cambios clínicos relevantes o situaciones que así lo ameriten.

El objetivo de esta valoración es identificar oportunamente estados emocionales o conductas que pudieran afectar la salud del paciente o el desarrollo del tratamiento, como depresión, ansiedad, miedo extremo, hostilidad, ideación suicida, o riesgo de autolesión o daño a terceros.

La valoración debe realizarse con enfoque de derechos humanos, respeto a la autonomía del paciente y sin prácticas coercitivas, garantizando su participación informada en las decisiones sobre su atención, dando cumplimiento a la legislación normativa vigente.

El establecimiento debe definir los elementos o criterios clínicos para la valoración, considerando:

a) Estado de ánimo y emociones prevalentes (por ejemplo, depresión, ansiedad, miedo, entre otros).
b) Capacidad de adaptación al tratamiento crónico (por ejemplo, grado de aceptación del diagnóstico, frustración, dependencia, aislamiento u otros factores que afecten la adaptación psicosocial al tratamiento).
c) Riesgo de abandono del tratamiento por motivos psicológicos (por ejemplo, depresión, negación, burnout, conflictos familiares, entre otros).
d) Presencia de pensamientos o conductas que representen un riesgo para el paciente o para otros (por ejemplo, ideación suicida, autolesiones o comportamientos agresivos, especialmente en pacientes con enfermedad terminal o crónica avanzada).

La valoración debe aplicarse mediante herramientas de tamizaje validadas y adaptadas al contexto, y realizada por personal clínico competente conforme a las funciones y responsabilidades asignadas en el sistema de gestión del talento humano. Esta información debe documentarse en el expediente clínico, estar disponible para el equipo de salud y utilizarse como base para planificar la atención o canalizar al paciente, si corresponde.

Cuando se detecte un riesgo psicológico significativo, el establecimiento debe brindar atención inicial ante urgencias

SIN VALIDEZ OFICIAL

psicológicas, garantizando una respuesta clínica oportuna, segura y profesional. Esto incluye personal capacitado para estabilizar al paciente dentro del establecimiento, criterios clínicos para identificar urgencias, y un protocolo para su canalización hacia servicios especializados internos o externos, o manejo ambulatorio posterior, si corresponde.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la valoración de factores de riesgo psicológico como parte de la valoración inicial de todos los pacientes.

(2)El proceso incluye criterios clínicos claramente establecidos que contemplan, al menos, lo definido del inciso a) al d) en la guía.

(3)La valoración se realiza en el primer contacto clínico del paciente con el establecimiento y se actualiza cuando existen cambios clínicos relevantes o situaciones que lo ameriten.

(4)La valoración se realiza mediante herramientas validadas y adaptadas al contexto de atención, y es aplicada por personal clínico competente conforme al sistema de gestión del talento humano.

(5)La información se documenta en el expediente clínico de forma clara y está disponible para el equipo de salud, se utiliza como base para la planificación del tratamiento y con evidencia de seguimiento cuando se detecta algún riesgo.

(6)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la atención inmediata de urgencias psicológicas, el cual incluye:

(6.1) Personal clínico capacitado para brindar atención inicial ante urgencias en salud mental, conducta suicida o consumo de sustancias psicoactivas.

(6.2) Criterios clínicos y operativos para identificar este tipo de urgencias.

(6.3) Medidas para la estabilización del paciente dentro del establecimiento.

(6.4) Protocolo de canalización (servicios especializados internos o externos) o manejo ambulatorio posterior, si corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la valoración de factores de riesgo psicológico.
- Herramientas o formatos estandarizados de tamizaje emocional.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de capacitación al personal sobre identificación y manejo de riesgos psicológicos.
- Expedientes clínicos con evidencia documentada de valoración psicológica.
- Protocolos de atención de la urgencia y referencia o seguimiento para pacientes con hallazgos relevantes.
- Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.

m.Estándar 13/17. Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que los resultados del proceso de valoración inicial (valoraciones clínicas, psicológicas, sociales y otras definidas por el establecimiento) sean analizados de forma integral o multidisciplinaria por el equipo de salud para integrar la información, establecer prioridades, orientar la planeación de la atención y tomar decisiones centradas en el paciente.

Este proceso permite identificar riesgos, necesidades complejas y situaciones que puedan requerir ajustes al plan terapéutico, derivación a otro nivel o decisiones compartidas con el paciente y/o su cuidador primario.

La integración y el análisis de la valoración inicial podrá realizarse por uno o más profesionales de ser posible de forma multidisciplinaria, de acuerdo al nivel de complejidad de las necesidades del paciente y al contexto de la organización.

La información debe documentarse en el expediente clínico, incluyendo:

• Los hallazgos de las valoraciones.
• Las prioridades clínicas identificadas.
• Las recomendaciones del equipo multidisciplinario.
• Las decisiones compartidas con el paciente y/o su cuidador primario.

El establecimiento debe informar al paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario sobre:

a) Los resultados del proceso de valoración.
b) Las necesidades identificadas y su priorización.
c) El plan de atención o seguimiento.
d) La decisión de canalización o referencia si el establecimiento no puede brindar atención adecuada a sus necesidades.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Se analiza de forma integral los resultados de la valoración inicial, identificando riesgos y necesidades del paciente.

(2)Se priorizan las necesidades identificadas para guiar la planeación de la atención.

(3)Se informa al paciente y/o su cuidador primario sobre los elementos mencionados en los incisos de la a) al d) de la guía.

(4)La información anterior queda registrada en el expediente clínico y se actualiza conforme a la evolución del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Notas clínicas con evidencia de integración de la valoración multidisciplinaria.
- Formato o registro institucional de priorización de necesidades clínicas.
- Actas o notas de reuniones clínicas (si corresponde), para casos complejos.
- Registro de decisiones compartidas y plan de atención documentado.
- Registro de canalización o referencia, en los casos aplicables.
- Evidencia de capacitación al equipo en procesos de atención centrada en el paciente y trabajo colaborativo.

n. Estándar 14/17. Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe realizar una valoración sistemática de las barreras que puedan interferir con el aprendizaje de cada paciente y, cuando corresponda, de su cuidador primario, como parte del proceso educativo.

El propósito de esta valoración es identificar factores que limiten la comprensión, retención o aplicación de la información proporcionada, y que deben ser considerados al planear intervenciones educativas personalizadas y efectivas.

Esta valoración debe realizarse al ingreso del paciente y, según lo defina el establecimiento, actualizarse cuando existan cambios clínicos, cognitivos, sociales o funcionales que puedan impactar en la capacidad del paciente para aprender.

El establecimiento debe definir los elementos o criterios mínimos que debe contemplar esta valoración, que pueden incluir, al menos:

a) Marco cultural del paciente, familia y/o cuidador primario (si aplica): Valores, creencias y costumbres.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Nivel de alfabetización, nivel educativo, idioma predominante.
c) Limitaciones cognitivas, sensoriales o físicas (por ejemplo, deterioro visual, auditivo, demencia leve, movilidad limitada).
d) Factores emocionales y motivacionales (por ejemplo, ansiedad, negación, baja autoestima, depresión, disposición de aprender).
e) Habilidad para realizar procedimientos prácticos, como cuidados en casa o administración de medicamentos.

El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico. Cada establecimiento define si los elementos antes mencionados se deben revalorar, así como los intervalos en que se realizan las revaloraciones. Esta información se utilizará para adaptar los contenidos, el lenguaje, los formatos y la forma en que se brinda la educación al paciente y/o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para valorar las barreras para el aprendizaje del paciente y/o cuidador primario.
(2)La valoración incluye, al menos, los criterios de los incisos a) al e) de la guía.
(3)La valoración se realiza al inicio del tratamiento y se revalora cuando hay cambios que lo ameriten.
(4)La valoración es realizada por personal competente, según las funciones y responsabilidades asignadas.
(5)La información derivada de la valoración se documenta en el expediente clínico.
(6)El equipo clínico adapta la estrategia de educación en función de las barreras identificadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional de valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.
- Formatos o secciones del expediente clínico donde se registran dichas barreras.
- Capacitación al personal clínico sobre detección y abordaje de barreras para el aprendizaje.
- Ejemplos de adecuaciones implementadas en la estrategia educativa (uso de pictogramas, materiales en otro idioma, acompañamiento emocional).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de seguimiento o revaloración de la capacidad de aprendizaje.
- Registro de actividades educativas adaptadas al perfil del paciente.

o. Estándar 15/17. Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe implementar un proceso para identificar las necesidades educativas específicas de cada paciente y, cuando corresponda, de su cuidador primario, como parte del proceso educativo.

Esta valoración busca reconocer de manera estandarizada, sistemática e intencionada las dudas, preocupaciones, intereses y temas que el propio paciente desea conocer para participar activamente en su cuidado. Esta perspectiva parte del principio de que la educación es más efectiva cuando responde a lo que el paciente necesita saber en su contexto individual.

La identificación de estas necesidades debe realizarse desde inicio de contacto al establecimiento, como parte del proceso de valoración inicial, y revalorarse en momentos clave del tratamiento, como cambios en la condición clínica, aparición de nuevas complicaciones, incorporación de nuevos tratamientos o situaciones familiares relevantes, conforme a lo definido por el establecimiento.

El establecimiento debe definir un mecanismo para:

a) Registrar fielmente las dudas o inquietudes expresadas por el paciente o cuidador primario.
b) Asegurar que esta información sea tomada en cuenta para planear la estrategia educativa individualizada.
c) Documentar la educación proporcionada, en qué momento, con qué medios y por quién fue impartida.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico. Las necesidades identificadas deben incorporarse en el plan educativo individual del paciente, asegurando su seguimiento y evaluación del aprendizaje.

El establecimiento debe definir si las necesidades educativas específicas se deben revalorar, y en su caso, establecer los intervalos y responsables correspondientes.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para identificar las necesidades educativas específicas del paciente y/o su cuidador primario.

(2)La valoración se realiza al inicio del contacto y se revalora según lo definido por el establecimiento.

(3)Las necesidades identificadas se documentan claramente en el expediente clínico, incluyendo el lenguaje del paciente cuando corresponde.

(4)La educación brindada se adapta a las necesidades identificadas y se documenta conforme a lo establecido.

(5)La valoración es realizada por personal competente con funciones y responsabilidades asignadas.

(6)Existen registros que demuestran que el paciente y/o cuidador han recibido la educación alineada a sus necesidades específicas.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o sección del expediente clínico para el registro de necesidades educativas específicas.
- Evidencia de dudas e inquietudes expresadas directamente por el paciente (notas, entrevistas, hojas de ingreso).
- Proceso institucional para la planeación educativa individualizada.
- Registro de sesiones educativas dirigidas a necesidades específicas.
- Material educativo utilizado para responder a inquietudes particulares del paciente.
- Evaluaciones del aprendizaje relacionadas con los temas abordados según lo solicitado por el paciente.

a. Estándar 16/17. Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe identificar a los pacientes que, por su edad, estado clínico, psicológico, social, o por momentos específicos del proceso de atención, requieren mecanismos adicionales de protección.

Se considera en condición de vulnerabilidad a todo paciente que, temporal o permanentemente, y que por cualquier motivo no pueda protegerse o cuidarse a sí mismo frente a cualquier daño, abuso o

SIN VALIDEZ OFICIAL

discriminación, o no pueda comunicar situaciones de riesgo. Por ejemplo: pacientes menores de edad, pacientes con discapacidad intelectual o neurológica, pacientes con dificultad de comunicación, entre otros.

El establecimiento debe:

a) Realizar un análisis multidisciplinario que le permita identificar a estos pacientes con base en su población atendida, características y condiciones clínicas frecuentes, momentos en el proceso de atención donde se requiere diseñar e implementar mecanismos de protección adicional.
b) Establecer mecanismos de protección adicionales acordes con su capacidad instalada, recursos disponibles y legislación aplicable vigente. Estos pueden incluir: acompañamiento de un segundo profesional de salud durante exploraciones sensibles, restricciones de acceso a ciertas áreas durante procedimientos, supervisión permanente a pacientes en riesgo.

Los mecanismos definidos deben estar documentados, ser conocidos por el personal involucrado y aplicarse de manera consistente a la práctica clínica.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe identificar a los pacientes que, por condición clínica, psicológica o social, requieran medidas adicionales de protección. El establecimiento debe contar con mecanismos definidos para su identificación y con medios específicos para asegurar su atención segura y digna, de acuerdo con la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha realizado un análisis para identificar a los pacientes en condición de vulnerabilidad, considerando su población, condiciones clínicas y momentos del proceso de atención.
(2) Se han definido, documentado e implementado mecanismos adicionales de protección para los pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo con el contexto y recursos disponibles.
(3) El personal conoce e implementa los mecanismos de protección definidos.
(4) Se cuenta con evidencia documental de su aplicación en situaciones específicas (por ejemplo, bitácoras de acompañamiento, registros de supervisión, protocolos activados).

SIN VALIDEZ OFICIAL

(1)Se cuenta con definición, identificación y medios documentados para la atención de pacientes en condición de vulnerabilidad.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define a los pacientes en condición de vulnerabilidad según el contexto clínico del establecimiento.
- Procedimientos operativos estándar que detallan los mecanismos de protección adicional.
- Evidencia de capacitación al personal sobre protección a personas vulnerables.
- Registros de aplicación de los mecanismos (bitácoras de acompañamiento, reportes de vigilancia, protocolos de atención).
- Registro de análisis de riesgos o evaluación multidisciplinaria para definir momentos críticos en la atención.
- Coordinación con organismos de protección de derechos humanos, cuando corresponda.

b. Estándar 17/17. Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que todo paciente reciba atención respetuosa y oportuna en relación con el dolor.

El dolor es un síntoma común en la experiencia de los pacientes, y cuando no es tratado puede generar consecuencias físicas o emocionales; por ello, debe ser abordado mediante una valoración estandarizada y un manejo individualizado.

El establecimiento debe promover un entorno donde el paciente se sienta en confianza para manifestar su dolor, sin temor a juicios o minimización de sus síntomas.

Esto requiere que el personal clínico esté sensibilizado sobre los factores personales, sociales o culturales que influyen en la manifestación del dolor, y que sea capaz de actuar conforme a los protocolos definidos por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

Este derecho debe ser promovido activamente desde el ingreso y a lo largo del tratamiento, con base en herramientas estandarizadas y procesos definidos por el establecimiento.

Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento respalda y garantiza el derecho del paciente a una valoración y manejo adecuado del dolor.
(2)Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a expresar y reportar el dolor en cualquier momento del proceso de atención.
(3)El personal clínico ha sido capacitado en la valoración, registro y manejo del dolor conforme a lo definido por el establecimiento.
(4)El personal clínico ha sido sensibilizado sobre los factores personales, sociales o culturales que influyen en la manifestación del dolor.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la valoración y manejo del dolor.
- Escalas validadas de medición del dolor (adaptadas por grupo etario, estado de conciencia o nivel cognitivo).
- Materiales informativos para pacientes sobre su derecho a expresar el dolor.
- Registros clínicos donde se documenta la evaluación y manejo del dolor.
- Capacitación documentada del personal sobre manejo del dolor con enfoque integral, centrado en la persona y basado en buenas prácticas clínicas.
- Evidencia de educación al paciente y/o cuidador primario sobre el dolor como síntoma relevante.

B. DIAGNÓSTICO

a. Estándar 1/7. Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar la disponibilidad de servicios de laboratorio propios y/o subrogados que respondan a las necesidades clínicas de los pacientes, los procesos de atención médica y los profesionales tratantes. Estos servicios deben operar en cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
Los servicios de laboratorio deben contar con infraestructura, equipamiento y personal suficientes. Asimismo, se debe informar a los

SIN VALIDEZ OFICIAL

pacientes o familiares sobre la disponibilidad de horarios del servicio de atención de rutina y los procedimientos para su uso en casos urgentes, cuando corresponda.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados o contratados por convenio, debe asegurar que:

i. Sean accesibles al paciente.
ii. Su selección esté sustentada en un análisis técnico de antecedentes, calidad y capacidad operativa.
iii. Existan alternativas cuando sea necesario.
iv. Cumplan con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado, el establecimiento debe definir por escrito las especificaciones de calidad, que incluyan como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo; por ejemplo, competencias de su personal, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos o medidas para la prevención de infecciones, entre otras.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las AESP; por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva, entre otras.

El establecimiento debe alinear la supervisión al estándar de supervisión de servicios subrogados por el cuerpo de gobierno, alta dirección y responsables de área.

i. Requerimiento auditable.

(1) Los servicios de laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.
(2) El establecimiento cuenta con servicios de laboratorio adecuados y regulares para cubrir las necesidades clínicas de los pacientes y del personal de salud.
(3) Existen servicios de laboratorio disponibles para casos de urgencia, cuando corresponda.
(4) Se realiza supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados y se documenta al menos una vez al año.
(5) Los resultados de la supervisión se comunican a los líderes y proveedores, y se toman acciones cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Convenios o contratos vigentes con laboratorios subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Especificaciones de calidad documentadas para cada laboratorio subrogado.
- Programa institucional de supervisión de servicios subrogados.
- Evidencia documental de la supervisión anual.
- Reportes de cumplimiento o no conformidades detectadas.
- Actas o minutas con acciones tomadas con base en los resultados de la supervisión.
- Información institucional dirigida a pacientes sobre la disponibilidad de servicios de laboratorio.

b. Estándar 2/7. Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados de los análisis de laboratorio, ya sean realizados en laboratorios propios o subrogados, se informen de manera oportuna, documentada y segura, en función de las necesidades clínicas del paciente y del personal médico tratante.
Cuando el establecimiento dispone de servicios de laboratorio propios, debe definir formalmente los tiempos esperados para la entrega de resultados, distinguiendo entre estudios de rutina y estudios urgentes, los cuales deben tener un seguimiento particular.
Además, los resultados deben estar documentados en un informe completo que incluya:

a) Parámetros o rangos de referencia.
b) Nombre, firma y cédula profesional del responsable.
c) Fecha y hora de elaboración del informe.

Desde un enfoque de seguridad del paciente, el proceso de entrega de resultados también debe alinearse a las acciones esenciales de seguridad del paciente:

i. AESP 1: Identificar correctamente al paciente, mediante el uso de dos datos de identificación definidos institucionalmente, tanto en la solicitud, el contenedor de muestra y en el informe final.
ii. AESP 2: Mejorar la comunicación efectiva, especialmente en el caso de resultados críticos que se informan de forma verbal o telefónica. En estos casos, debe aplicarse el protocolo “escuchar-escribir-leer-confirmar”.

Cuando el servicio es subrogado, estas condiciones deben estar claramente establecidas en las especificaciones de calidad acordadas con el proveedor, tanto para la entrega oportuna como para la seguridad de la información entregada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido y documentado los tiempos esperados para la entrega de resultados de laboratorio, según el tipo de análisis (de rutina o urgente).

(2)Se monitoriza la puntualidad de la entrega de resultados urgentes, cuando aplica.

(3)Los resultados se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades clínicas del paciente.

(4)Cada informe de resultado incluye lo referido del inciso a) al c) de la guía.

(5)En servicios subrogados, las condiciones de oportunidad y seguridad están incluidas en las especificaciones de calidad del proveedor.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para la entrega y documentación de resultados de laboratorio.
- Formatos o sistemas de registro de resultados de laboratorio.
- Ejemplares de informes con los datos requeridos.
- Registros de resultados urgentes y tiempos de entrega.
- Proceso para la entrega verbal o telefónica de resultados
- Registros de auditoría de cumplimiento con identificación correcta del paciente
- Especificaciones de calidad firmadas con laboratorios subrogados.
- Evidencia de monitorización de cumplimiento y trazabilidad.

c. Estándar 3.7. Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que todos los análisis realizados en los servicios de laboratorio (propios o subrogados) cuenten con rangos o parámetros de referencia definidos, los cuales deben estar incluidos en los informes de resultados emitidos y ajustados al contexto clínico, demográfico y geográfico del establecimiento.

Estos rangos son fundamentales para permitir la interpretación clínica adecuada, comparar resultados con valores esperados, detectar desviaciones significativas y apoyar en la toma de decisiones del personal tratante.

Los parámetros de referencia deben:

a) Ser específicos para cada tipo de análisis.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Ser visibles y comprensibles en el informe de resultados.
c) Estar basados en literatura científica, validaciones técnicas o normas nacionales/internacionales.
d) Ajustarse, cuando sea necesario, a condiciones particulares del entorno del establecimiento (por ejemplo: altitud, población atendida, género, edad, etc.).
e) Revisarse y actualizarse cuando se modifiquen los métodos analíticos, tecnologías utilizadas o cuando haya evidencia que lo justifique.

Cuando los servicios de laboratorio son subrogados, estos criterios deben incluirse dentro de las especificaciones de calidad establecidas contractualmente.

i. Requerimiento auditable.

(1)Se han definido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado en el laboratorio.
(2)Los rangos de referencia están incluidos en todos los informes de resultados entregados.
(3)Los rangos o parámetros se encuentran ajustados a la geografía, población o condiciones demográficas del establecimiento, cuando corresponda.
(4)Se realiza una revisión y actualización periódica de los rangos de referencia, especialmente cuando cambian los métodos analíticos o los criterios técnicos.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado de análisis realizados con sus rangos o parámetros de referencia establecidos.
- Ejemplares de informes de resultados con inclusión de rangos.
- Registros o protocolos institucionales de revisión y actualización de rangos.
- Evidencia del sustento técnico o normativo utilizado para definir los rangos (literatura, guías clínicas, validaciones internas, etc.).
- Especificaciones de calidad con proveedores subrogados que incluyan este criterio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 4/7. Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con mecanismos documentados para acceder a expertos en áreas de diagnóstico especializado cuando se requiera apoyo técnico o interpretación adicional en estudios complejos, fuera del alcance de los servicios de laboratorio disponibles. Este acceso es relevante en áreas como:

i. Parasitología.
ii. Virología.
iii. Toxicología.
iv. Inmunogenética.
v. Biología molecular.
vi. Citogenética.
vii. Otras especialidades que no se realizan de forma rutinaria en el establecimiento.

El establecimiento debe ser capaz de:

a) Identificar previamente a los expertos con competencias verificadas.
b) Documentar su disponibilidad y formas de contacto (por convenio, referencia, colaboración, etc.).
c) Definir criterios clínicos o técnicos que justifiquen su intervención.
d) Demostrar que han sido convocados efectivamente cuando su participación haya sido requerida.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un directorio actualizado de expertos en diagnóstico especializado.
(2) Se han definido criterios clínicos o técnicos que justifican la consulta con expertos especializados.
(3) Se han convocado o consultado expertos cuando ha sido necesario, y existe evidencia documentada de su participación o recomendación.
(4) La participación de expertos se ha registrado en el expediente clínico o en el proceso de validación del informe de laboratorio, cuando aplica.

(A). Referencia de apoyo.

- Lista institucional de expertos en diagnóstico especializado.
- Procedimiento documentado para consulta o referencia a expertos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros de comunicación o consulta con expertos en casos reales.
- Informes diagnósticos que documenten la validación o intervención especializada.
- Convenios de colaboración o redes clínicas vinculadas al laboratorio o establecimiento.
- Actas del COCASEP o reuniones clínicas donde se haya discutido su intervención.

e. Estándar 5/7. Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con servicios de radiología e imagen propios y/o subrogados que respondan a las necesidades clínicas de sus pacientes, apoyen los servicios ofrecidos por el establecimiento y den soporte a la toma de decisiones de los profesionales tratantes. Estos servicios deben cumplir con la legislación aplicable vigente y con los estándares técnicos y regulatorios correspondientes.

Dentro de los servicios de radiología e imagen se pueden incluir modalidades como radiodiagnóstico convencional, ultrasonido, entre otras.

Cuando el establecimiento utiliza servicios subrogados, estos deben:

i. Ser accesibles para los pacientes.
ii. Ser seleccionados con base en un análisis técnico de antecedentes y capacidad operativa.
iii. Cumplir con la legislación aplicable vigente.

Para cada servicio subrogado, el establecimiento debe definir por escrito las especificaciones de calidad, que incluyan como mínimo:

a) Las características y condiciones de entrega del servicio.
b) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
c) Su alineación con los procesos clínicos o de gestión definidos en los ejes estructurales del modelo; por ejemplo, competencias de su personal, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos o medidas para la prevención de infecciones, entre otras.
d) Su contribución, cuando aplique, al cumplimiento de las acciones esenciales de seguridad del paciente; por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva, entre otras.

El establecimiento debe alinear la supervisión al estándar de supervisión de servicios subrogados por el cuerpo de gobierno, alta dirección y responsables de área.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)Los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente.

(2)Existen servicios de radiología e imagen disponibles conforme a las necesidades clínicas del establecimiento.

(3)Para cada servicio subrogado, se han definido especificaciones de calidad que incluyen al menos las mencionadas del inciso a) al d) de la guía.

(4)Se realiza una supervisión periódica del cumplimiento de las especificaciones de calidad y se documenta al menos una vez al año.

(5)Los resultados de la supervisión se comunican a los líderes y proveedores, y se toman acciones cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Convenios o contratos con servicios subrogados de radiología e imagen.
- Especificaciones de calidad definidas para servicios subrogados.
- Procedimiento institucional para la supervisión de servicios subrogados.
- Informes de supervisión documentados (mínimo anual).
- Registros de disponibilidad de servicios (propios o contratados).
- Bitácoras de uso o reportes de atención fuera del horario habitual.
- Evidencia de acciones derivadas de supervisiones (retroalimentación, ajustes, cambios de proveedor).

f. Estándar 6/7. Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento debe asegurar que los resultados de los estudios de radiología e imagen, tanto propios como subrogados, se informen de manera oportuna, completa y segura, conforme a las necesidades clínicas de los pacientes, los requerimientos del personal médico tratante y los criterios definidos institucionalmente.

Para garantizar una comunicación efectiva, el establecimiento debe:

a) Definir el tiempo esperado para la entrega de resultados de estudios de imagen, diferenciando entre estudios de rutina y estudios urgentes, asegurando el cumplimiento de este plazo por parte de servicios propios y subrogados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Garantizar que todos los informes se documenten de forma escrita o electrónica, conteniendo:
   –Datos de identificación del paciente (dos identificadores institucionales).
   –Nombre y firma del médico radiólogo responsable u otro responsable cuando aplique.
   –Cédula profesional.
   –Fecha y hora de emisión del informe.

Desde el enfoque de seguridad del paciente, el proceso de entrega de resultados debe alinearse con las acciones esenciales de seguridad del paciente, específicamente:

i. AESP 1: Uso de dos datos de identificación en las solicitudes, contenedores y resultados informados.
ii. AESP 2: Cuando la entrega de resultados se realiza de forma verbal o telefónica, se debe utilizar el protocolo institucional escuchar-escribir-leer-confirmar para asegurar precisión y trazabilidad.

Cuando el servicio de imagenología es subrogado, estas condiciones deben estar formalmente integradas en las especificaciones de calidad acordadas con el proveedor.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y documentado el marco de tiempo para la entrega de resultados de estudios de imagen (de rutina o urgente).
(2) Se monitoriza la puntualidad de la entrega de resultados urgentes, cuando aplique.
(3) Los resultados se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades clínicas del paciente.
(4) Los informes de los estudios de imagen contienen, al menos elementos mencionados en el inciso b) de la guía.
(5) Las condiciones anteriores están integradas en las especificaciones de calidad para servicios subrogados, cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la entrega de resultados de imagen.
- Registros de tiempos de entrega (bitácoras o reportes de puntualidad).
- Ejemplares de informes con los datos requeridos.
- Registros de verificación de cumplimiento con los AESP.
- Formatos institucionales de solicitud de estudios con los identificadores requeridos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registro o bitácora de comunicaciones verbales con evidencia del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar.
- Contratos o acuerdos con proveedores subrogados que incluyan estos criterios como especificaciones de calidad.

g. Estándar 7/7. Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.

1. Guía.

El establecimiento debe garantizar que, cuando se requiera, pueda acceder de manera oportuna y documentada a expertos en áreas de diagnóstico especializado dentro del campo de radiología e imagen, para fortalecer la toma de decisiones clínicas, la validación de resultados complejos o la supervisión de tecnologías avanzadas.

Estos expertos pueden incluir, entre otros:

a) Física médica aplicada a radiología y radioterapia.
b) Medicina nuclear.
c) Radiología intervencionista o vascular.
d) Radioterapia oncológica.
e) Imagenología avanzada (PET/CT, resonancia funcional, etc.).

El establecimiento debe:

i. Contar con una lista actualizada de expertos disponibles, que incluya sus datos de contacto, especialidad, institución de adscripción y condiciones de colaboración.
ii. Definir los criterios clínicos, técnicos o regulatorios que justifican la consulta o el apoyo experto.
iii. Documentar la solicitud y participación de dichos expertos cuando hayan sido convocados, especialmente cuando intervengan en procesos diagnósticos críticos, revisiones por segunda opinión, interpretación de casos complejos o análisis de resultados diferidos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un directorio institucional actualizada de expertos en diagnóstico especializado en imagenología.
(2) Se han definido criterios clínicos o técnicos que justifican el contacto con estos expertos.
(3) El establecimiento ha consultado o se ha puesto en contacto con expertos, cuando así ha sido necesario, y existe evidencia documental de dicha intervención (por ejemplo, minuta, informe, validación de resultado, segunda opinión técnica).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

(A). Referencia de apoyo.

- Lista institucional de expertos técnicos o clínicos en imagenología avanzada.
- Proceso documentado para consulta o referencia a expertos.
- Registros o comunicaciones que evidencien contacto, participación o recomendación de expertos.
- Informes de estudios complejos con participación o validación de especialistas.
- Convenios de colaboración o redes clínicas vinculadas al establecimiento.
- Actas de comité técnico o clínico donde se documente su intervención.
- Contratos con laboratorios subrogados que incluyan este criterio como especificación técnica.

C. EVALUACIÓN

a. Estándar 1/1. Reevaluación clínica periódica de los pacientes.

1. Guía.

La reevaluación clínica de cada paciente es un componente esencial para asegurar la continuidad y actualización de la atención. Revaluar permite identificar cambios en el estado clínico, ajustar la planeación de la atención y fortalecer la integración de los cuidados. Esta actividad debe realizarse de forma periódica, conforme a las necesidades del paciente o la frecuencia definida por el establecimiento.

No debe confundirse con la valoración inicial, cuyo objetivo principal es identificar necesidades y factores de riesgo específicos desde el primer contacto con el establecimiento.

Esta reevaluación debe ser realizada por un médico competente y documentarse en el expediente clínico, incorporando elementos clave que aseguren una valoración completa del estado del paciente y permitan tomar decisiones clínicas informadas.

La reevaluación debe incluir, como mínimo, la evolución y actualización del cuadro clínico.

Estas evaluaciones deben estar claramente registradas en el expediente clínico como evidencia de seguimiento, toma de decisiones, actualización del tratamiento e integración y coordinación del equipo clínico multidisciplinario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

i. Requerimiento auditable.

(1)Se realiza la reevaluación clínica del paciente durante el proceso de atención para apoyar decisiones clínicas o el alta, según corresponda.

(2)Las reevaluaciones están documentadas de manera estructurada en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Expediente clínico con registro mensual de la reevaluación completa.
- Formatos de control clínico y seguimiento utilizados durante la atención.
- Reportes de supervisión médica o auditorías internas de expediente.
- Procedimiento institucional para la reevaluación médica periódica y registro en las notas correspondientes.
- Registros de revisión de parámetros clínicos periódicos.
- Indicadores de cumplimiento del proceso de reevaluación.

D. INTERVENCIÓN O TRATAMIENTO

a. Estándar 1/33. Planeación individualizada de la atención al paciente.

1. Guía.

La atención clínica que se brinda a cada paciente en el establecimiento de primer nivel de atención debe ser planeada de forma oportuna, estructurada y basada en las necesidades identificadas durante su proceso de valoración inicial, así como en los resultados generados por servicios auxiliares de diagnóstico y sus reevaluaciones posteriores.

El propósito de esta planeación es asegurar intervenciones personalizadas, adecuadas a la condición clínica del paciente, que se actualicen en función de su evolución y cambios en el estado de salud. Esta planeación debe contemplar de manera activa la participación del paciente y, cuando corresponda, de su familia o cuidador primario.

La planeación debe ser continua y estar alineada con las valoraciones realizadas por todo el personal clínico que participa en la atención, permitiendo priorizar de manera ordenada los cuidados, tratamientos o procedimientos necesarios. Su actualización puede responder a cambios clínicos esperados o inesperados, como resultados anormales en estudios, evolución favorable, complicaciones o reacciones adversas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)La atención de cada paciente es planeada de forma oportuna desde su primer contacto al establecimiento.

(2)La planeación está fundamentada en los resultados de la valoración inicial y en la información derivada de servicios auxiliares de diagnóstico.

(3)La planeación de la atención se revisa y actualiza de acuerdo con los cambios clínicos identificados durante el seguimiento o reevaluaciones.

(4)La atención brindada al paciente corresponde con lo documentado en la planeación.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro clínico de la planeación de cuidados, tratamientos y procedimientos.
- Formatos o secciones del expediente clínico que integren la valoración inicial, diagnósticos, y planes individuales de atención.
- Evidencia documental de participación del paciente y/o cuidador primario en la toma de decisiones.
- Resultados de laboratorio, gabinete o servicios auxiliares relacionados con decisiones clínicas.
- Notas de evolución que documenten revisión o actualización del plan de atención.
- Auditorías internas que verifiquen congruencia entre valoración, planeación y atención proporcionada.

b. Estándar 2/33. Participación activa del paciente en los procesos de atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar, respaldar y promover la participación activa del paciente (y cuando corresponda, de su cuidador primario) en todas las fases del proceso de atención. Esta participación se basa en el respeto a la autonomía, el derecho a la información, la toma de decisiones compartida y la corresponsabilidad en el cuidado.

La participación puede incluir:

a) Formular preguntas sobre su estado de salud, tratamiento o proceso de atención.

b) Expresar preferencias culturales o personales que deben ser consideradas en la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Participar en la elección entre alternativas terapéuticas, incluyendo el rechazo procedimientos o tratamientos.
d) Colaborar en la planeación de los cuidados domiciliarios.

El establecimiento debe brindar capacitación al personal clínico y no clínico sobre su rol y responsabilidad para facilitar la participación del paciente, así como, la implementación de estrategias para facilitar la comunicación, diálogo abierto y toma de decisiones.

Cuando un paciente no pueda participar directamente, se debe garantizar que su cuidador primario participe en su representación, respetando la legislación aplicable vigente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado mecanismos para promover la participación activa del paciente en su proceso de atención.
(2) El personal conoce y aplica prácticas para facilitar la participación del paciente y/o cuidador primario en decisiones clínicas.
(3) Se dispone de evidencia documental (cuando aplica) de que el paciente ha sido involucrado en decisiones sobre su tratamiento o proceso de atención.
(4) El establecimiento ha capacitado a su personal clínico y no clínico sobre su rol en el respaldo a la participación activa del paciente y el respeto a su autonomía.
(5) Cuando el paciente no puede participar directamente, se promueve y documenta la participación de su cuidador primario.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos institucionales sobre consentimiento informado, toma de decisiones compartidas o participación del paciente.
- Registros clínicos donde se documente la decisión del paciente o del cuidador primario.
- Formatos o secciones del expediente clínico que capturan decisiones del paciente (por ejemplo, rechazos, elecciones de tratamiento, preferencias).
- Materiales educativos dirigidos al paciente y cuidador primario que fomenten su participación activa.
- Listas de asistencia y contenidos de sesiones de capacitación al personal sobre participación del paciente y derechos del paciente.
- Encuestas de experiencia del paciente que evalúan percepción sobre su participación

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/33. Participación activa del paciente en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que los métodos utilizados para proporcionar educación al paciente y, cuando corresponda, al cuidador primario, se adapten a sus características, barreras, y que promuevan su participación activa en el proceso de atención.

Esta participación implica no solo recibir información, sino tener la oportunidad de expresar dudas, inquietudes, percepciones o desacuerdos, lo que permite al personal clínico adaptar la comunicación, validar la comprensión y reforzar el aprendizaje.

El establecimiento reconoce la importancia del papel que desempeña el paciente en la atención como parte del proceso educativo, y utiliza métodos y materiales ajustados a las necesidades del paciente, como folletos, imágenes, modelos anatómicos, videos o demostraciones prácticas, cuando sea necesario.

El establecimiento decide cuándo y cómo reforzar la educación verbal, el uso de materiales escritos debe considerarse como una herramienta de apoyo para reforzar, especialmente en pacientes con dificultad de comprensión, retención o en aquellos que requieren apoyo domiciliario por parte de cuidadores.

El personal responsable de proporcionar educación debe estar capacitado para aplicar principios de educación centrada en la persona, identificar barreras para el aprendizaje, utilizar distintos enfoques didácticos, y fomentar la participación activa de los pacientes en su proceso de atención.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe asegurar que los métodos de educación empleados con los pacientes y sus cuidadores primarios promuevan la participación activa. Esto implica que, además de recibir información, los pacientes tengan la oportunidad de expresar dudas, inquietudes o retroalimentación, fortaleciendo así el aprendizaje y la comprensión de las indicaciones clínicas. La educación debe adaptarse al nivel cultural, social y de comprensión de los pacientes, de manera que favorezca la seguridad, la adherencia a tratamientos y el autocuidado.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento implementa acciones para promover la participación activa del paciente durante la educación, incluyendo la expresión de dudas y retroalimentación.

(2)La educación verbal se refuerza con materiales escritos, visuales o didácticos, cuando corresponde, según las barreras o preferencias del paciente o su cuidador primario.

(3)El personal que imparte la educación ha recibido capacitación para seleccionar métodos adecuados, validar la comprensión de la información y fomentar su participación activa.

(4)Se documenta en el expediente clínico o registro educativo el tipo de método utilizado, incluyendo materiales entregados o reforzadores empleados.

(1)Se promueve la participación activa del paciente durante la educación, incluyendo la expresión de dudas y retroalimentación.

(A). Referencia de apoyo.

- Guía institucional o lineamiento sobre métodos educativos y participación activa del paciente.
- Materiales didácticos validados y adaptados (folletos, carteles, pictogramas, modelos de demostración).
- Registro de sesiones educativas con evidencia del método y materiales utilizados.
- Encuestas de satisfacción o retroalimentación del paciente sobre la comprensión de la información recibida.
- Registro de capacitación del personal en estrategias de educación centrada en la persona y comunicación efectiva.

d. Estándar 4/33. Participación de terceros en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que el proceso educativo contemple la participación activa de terceros, cuando el paciente, por su condición clínica, edad, limitaciones sensoriales, cognitivas o sociales, no pueda comprender o aplicar por sí mismo la información recibida.

Esta práctica fortalece la continuidad del tratamiento y el vínculo entre el equipo de salud, el paciente y su red de apoyo. Estos terceros pueden

SIN VALIDEZ OFICIAL

ser familiares, cuidadores primarios, amigos u otras personas que apoyan directamente en la atención del paciente.

El establecimiento debe definir formalmente:

a) Las situaciones o criterios en que corresponde proporcionar educación a terceros.
b) El tipo de información que debe comunicarse.
c) Quiénes pueden ser considerados terceros autorizados para recibir los tipos de información, conforme a la legislación aplicable vigente.
d) Los mecanismos para garantizar el consentimiento del paciente cuando corresponda.
e) El lugar donde se documenta esta intervención educativa, dejando constancia del contenido educativo brindado, la persona que lo recibió, fecha y medio de entrega (verbal, escrita, etc.).

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión y rol que desempeñe el tercero en la atención. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente en su proceso educativo los criterios y situaciones en las que corresponde proporcionar educación a terceros.
(2) Se documenta la información proporcionada al tercero, incluyendo el contenido, fecha, medio de entrega y nombre del receptor.
(3) Se identifica adecuadamente a los terceros que reciben la educación, y cuando corresponde, se cuenta con el consentimiento informado del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado que incluye lineamientos para la educación a terceros.
- Registro de consentimiento informado cuando corresponde.
- Formatos o secciones del expediente clínico para documentar la educación a terceros.
- Registros de sesiones educativas impartidas a cuidadores o familiares.
- Evidencia de capacitación al personal sobre trato digno, comunicación efectiva y educación inclusiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Material educativo adaptado para cuidadores o terceros no profesionales.
- Informes de evaluación o retroalimentación del impacto de la educación brindada a terceros.

e. Estándar 5/33. Información al paciente sobre su proceso de atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que el paciente (y, cuando corresponda, su cuidador primario o representante legal) reciba información comprensible, suficiente y oportuna sobre su estado de salud, los diagnósticos identificados, el tratamiento propuesto, y cualquier situación clínica relevante para la toma de decisiones, conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento debe de considerar, al menos, que el paciente debe conocer:

a) El momento, la frecuencia y el personal responsable de proporcionar la información clínica.
b) El tipo de decisiones que deben tomarse acerca de la atención y cómo participan.
c) El proceso para la obtención del consentimiento informado y qué procesos de atención, diagnóstico o tratamiento lo requieren, conforme a la legislación aplicable vigente.

Durante todo el proceso de atención, los pacientes y cuidadores primarios deben ser informados sobre los resultados de la atención y tratamientos planeados. También deben ser notificados de manera oportuna sobre resultados imprevistos de la atención y tratamiento, eventos adversos o cambios relevantes en el pronóstico o plan terapéutico.

El establecimiento debe adaptar la forma de brindar esta información a las características del paciente: el idioma, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente, y garantizar el respeto a su voluntad sobre recibir directamente la información o delegarla a un tercero responsable de la toma de decisiones (familiares, tutor o representante legal).

El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano. El establecimiento define los mecanismos para documentar en el expediente clínico, el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación de la comprensión de la información, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe garantizar que el paciente y/o su cuidador primario reciban información clara, suficiente y comprensible sobre el proceso de atención, el diagnóstico y las alternativas de tratamiento disponibles, conforme a la legislación aplicable vigente. Esta información debe incluir expresamente el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones clínicas y a rechazar tratamientos cuando así lo deseen, respetando su autonomía y voluntad. El proceso debe documentarse en el expediente clínico y verificarse mediante mecanismos sencillos que aseguren la comprensión de la información proporcionada.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar información clínica al paciente y su cuidador primario, incluyendo personal responsable, tiempos y formas.

(2)Se informa al paciente y/o cuidador primario, de manera clara y comprensible, sobre su estado de salud, diagnósticos confirmados y tratamientos propuestos y cualquier otra situación clínica relevante, y se valida la comprensión de la información recibida.

(3)Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a participar en decisiones clínicas y rechazar tratamientos cuando así lo deseen.

(4)Se comunica al paciente y/o cuidador primario sobre los procesos que requieren consentimiento informado y el proceso para otorgarlo, conforme a la legislación aplicable vigente.

(5)El personal clínico responsable informa al paciente sobre resultados esperados e imprevistos relacionados con su tratamiento, incluyendo eventos adversos.

(6)Cuando el paciente no desea recibir directamente la información, se documenta su decisión y se comunica a su representante autorizado.

(1)Se informa al paciente y/o cuidador primario sobre su derecho a participar en decisiones clínicas y rechazar tratamientos cuando así lo deseen, y esta acción queda documentada en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

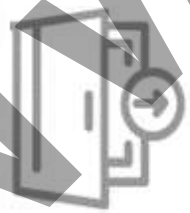
- Procedimiento institucional de entrega de información clínica al paciente.
- Documentos de consentimiento informado (firmados o con registro de negativa).
- Notas médicas que registran comunicación de diagnóstico, alternativas terapéuticas y seguimiento.
- Registro de capacitación al personal sobre derechos del paciente y comunicación clínica efectiva.
- Evidencia de materiales de apoyo para facilitar la comprensión (folletos, carteles, materiales visuales).

f. Estándar 6/33. Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que los pacientes y, cuando corresponda, sus cuidadores primarios, sean informados de manera clara, oportuna y comprensible sobre los resultados derivados de su atención clínica, incluyendo tanto los resultados esperados como aquellos que sean imprevistos o adversos. Una adecuada retroalimentación hacia el paciente fortalece la confianza, promueve la participación activa en las decisiones.

Cuando ocurren eventos imprevistos (por ejemplo, reacciones adversas, errores clínicos, complicaciones inesperadas o resultados diferentes a los anticipados), el personal clínico responsable debe comunicar esta información de forma veraz, empática y documentada.



En el caso de los EPNI, el profesional titular debe asegurar que los pacientes y, cuando corresponda, sus cuidadores primarios, reciban información clara, oportuna y comprensible sobre los resultados de la atención y tratamiento brindado. Esta comunicación debe incluir tanto los resultados esperados como los imprevistos o adversos, y realizarse de manera empática y documentada.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre los resultados de su atención y tratamiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El establecimiento informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre cualquier resultado imprevisto derivado de la atención o tratamiento recibido.
(3)La información comunicada es documentada en el expediente clínico, incluyendo la fecha, contenido del mensaje y la persona que realizó la comunicación.

(1)Se informa a los pacientes y/o a sus familiares o cuidadores primarios sobre los resultados de su atención y tratamiento, incluyendo su derecho al rechazo o suspensión del tratamiento, y esta acción queda documentada en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Expediente clínico con evidencia de que se informó al paciente o familiar sobre resultados clínicos (ej. notas de evolución, interconsulta, consentimiento complementario).
- Registro escrito de notificación de eventos imprevistos (cuando aplique).
- Política o lineamiento institucional sobre comunicación de resultados o eventos adversos a pacientes y familiares.
- Encuestas de satisfacción o retroalimentación del paciente donde se evalúe la claridad y oportunidad de la información recibida.
- Bitácoras de sesiones clínicas o reuniones de información con pacientes o familiares, cuando exista comunicación estructurada de resultados en grupo.

g. Estándar 7/33. Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que el paciente (y cuando corresponda, su representante legal) reciba información clara y comprensible sobre su derecho a rechazar o suspender el tratamiento, así como sobre las implicaciones clínicas y resultados potenciales, y sus responsabilidades relacionadas con la decisión.

El personal clínico debe explicar las consecuencias previsibles de no recibir o suspender el tratamiento y registrar de forma clara esta decisión en el expediente clínico. Esta información debe incluir

SIN VALIDEZ OFICIAL

alternativas terapéuticas disponibles, posibles efectos adversos y procesos de atención paliativa o de continuidad cuando sea aplicable.
En situaciones complejas, como la negativa a continuar tratamientos que puedan prolongar la vida de manera innecesaria, el establecimiento debe contar con lineamientos ético-legales definidos, basados en la legislación aplicable vigente en la entidad federativa correspondiente.
Además, el establecimiento debe promover una cultura de respeto a la autonomía del paciente y asegurar que su voluntad sea tomada en cuenta y documentada, incluso si decide delegar esta facultad a su representante legal.

i. Requerimiento auditable.

(1) El paciente, su cuidador primario o representante legal, recibe información sobre su derecho a rechazar o suspender el tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) Se informa al paciente sobre las consecuencias clínicas y resultados potenciales de rechazar o suspender el tratamiento, así como, sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.
(3) El establecimiento informa a los pacientes, cuidador primario o representante legal de las alternativas de tratamiento, si corresponde.
(4) La decisión del paciente o representante legal sobre rechazar o suspender el tratamiento se documenta de manera clara en el expediente clínico.
(5) Cuando aplica, el establecimiento ha definido procesos para actuar ante la negativa del paciente a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos que pretendan prolongar innecesariamente la vida, conforme a la legislación aplicable vigente.

(A). Referencia de apoyo.

- Acciones institucionales para rechazo o suspensión de tratamientos.
- Formatos o plantillas para el registro de decisiones clínicas relevantes.
- Evidencia documental de consentimiento informado negativo o de suspensión voluntaria del tratamiento.
- Capacitación al personal clínico en aspectos ético-legales del rechazo a tratamientos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Registros clínicos de comunicación con pacientes/cuidadores sobre alternativas terapéuticas y consecuencias del rechazo.

h. Estándar 8/33. Protección de la privacidad del paciente durante la atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe respetar la necesidad de privacidad de cada paciente durante las distintas fases del proceso de atención, incluyendo entrevistas clínicas, valoraciones, procedimientos y sesiones de tratamiento, cuando aplique.

La privacidad no solo se refiere al entorno físico (barreras visuales o auditivas), sino también a la confidencialidad de la información, el trato durante procedimientos clínicos y la comunicación con familiares o terceros (evitar conversaciones del estado clínico del paciente en presencia de otras personas sin consentimiento). Cada paciente puede tener expectativas distintas respecto a su privacidad, las cuales pueden cambiar con el tiempo o en diferentes contextos clínicos.

El personal debe consultar al paciente de forma directa o indirecta sobre sus expectativas o necesidades relacionadas con su privacidad, y adaptar la atención conforme a estas preferencias. Aunque esta comunicación no requiere documentarse, el establecimiento debe contar acciones que orienten al personal sobre cómo responder ante una solicitud expresa de privacidad.

Los líderes del establecimiento son responsables de generar una cultura de respeto y de establecer las condiciones que favorezcan la privacidad, incluso en situaciones de atención simultánea o en salas compartidas, o cuando los pacientes así lo soliciten.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad del paciente durante la atención clínica, y adapta su comportamiento y comunicación de acuerdo con estas.

(2) Las solicitudes expresas de privacidad realizadas por los pacientes son respetadas en todo momento, incluyendo entrevistas, procedimientos, sesiones de tratamiento y traslados.

(3) El establecimiento ha definido e implementado acciones que permitan brindar privacidad adicional cuando el paciente lo requiere.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamiento o protocolo institucional sobre privacidad durante la atención clínica.
- Registros de capacitación del personal sobre privacidad, confidencialidad y comunicación respetuosa.
- Evidencia de condiciones estructurales que favorecen la privacidad: biombos, cortinas, separación de espacios, señalización de zonas restringidas, etc.

i. Estándar 9/33. Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un proceso definido y documentado para proteger y resguardar los objetos personales de los pacientes, cuando aplique, durante su estancia o tratamiento, especialmente cuando, por su condición física, edad o nivel de conciencia no puedan hacerse cargo de sus pertenencias.

El establecimiento es responsable de definir, comunicar e implementar medidas que prevengan el extravío, robo o daño de estos objetos, incluyendo ropa, artículos personales, documentos, dispositivos de apoyo (como bastones, lentes, prótesis), entre otros.

Este proceso debe ser aplicable a todas las áreas del establecimiento donde se atienda a pacientes, incluyendo salas de espera, áreas clínicas, y espacios de tratamiento. Debe considerar los casos en el que los pacientes no puedan tomar decisiones por sí mismos, el establecimiento debe establecer mecanismos de resguardo, notificación al cuidador primario, y registro documentado.

Como parte del proceso, el establecimiento debe:

a) Informar al paciente o a su cuidador primario sobre la política de manejo de objetos personales.
b) Registrar, si corresponde, los objetos resguardados bajo custodia del establecimiento.
c) Establecer mecanismos de devolución seguros y documentados.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.

(2) Los pacientes y/o sus cuidadores primarios reciben información clara sobre el proceso de resguardo de pertenencias.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Cuando corresponde, el establecimiento documenta los objetos personales bajo su custodia y los mecanismos de resguardo aplicados.
(4)El personal conoce el procedimiento y lo aplica de forma consistente con lo definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento institucional para el resguardo de pertenencias de pacientes.
- Formato de registro de objetos personales bajo custodia del establecimiento.
- Material informativo entregado al paciente y cuidador primario sobre el manejo de objetos personales.
- Evidencia de devolución de pertenencias con firma de conformidad, si corresponde.
- Capacitación del personal en el procedimiento de resguardo y manejo de pertenencias.

j. Estándar 10/33. Documentación de indicaciones clínicas.

1. Guía.

En el establecimiento de primer nivel de atención, las actividades clínicas incluyen múltiples tipos de indicaciones: administración de medicamentos, ajustes en los tratamientos, uso de servicios auxiliares de diagnóstico, cuidados de enfermería, nutrición y otros servicios auxiliares. La correcta emisión, localización y ejecución de estas indicaciones es fundamental para garantizar la continuidad, seguridad y eficacia del tratamiento.

El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso para la emisión y documentación de indicaciones clínicas, el cual describa, al menos, lo siguiente:

a) Personal clínico competente autorizado a emitir indicaciones.
b) Ubicación uniforme de las indicaciones dentro del expediente clínico, asegurando un lugar claro y accesible, permitiendo su consulta y ejecución oportuna por parte del equipo multidisciplinario.
c) Qué tipo de indicaciones deben justificarse explícitamente para promover su uso racional, si corresponde. (por ejemplo: estudios auxiliares de diagnóstico).
d) Las acciones a seguir ante indicaciones ilegibles, confusas o incompletas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

e) Las consideraciones especiales y excepciones, como situaciones de urgencia consideradas en la AESP 2.

Las indicaciones deben ser claras, completas y comprensibles, y deben estar disponibles para su ejecución en el momento oportuno. Su correcta documentación es esencial para garantizar la continuidad de la atención, la seguridad del paciente y la trazabilidad clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la emisión y documentación de indicaciones clínicas.

(2)El proceso incluye al menos los elementos mencionados en el inciso a) al e) de la guía.

(3)Las indicaciones clínicas documentadas cumplen con lo definido por el proceso institucional.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la emisión y documentación de indicaciones clínicas.
- Manual o política que defina las atribuciones del personal autorizado.
- Formatos o estructuras del expediente clínico que integren las indicaciones de manera visible y ordenada.
- Registros clínicos que evidencien la ejecución de las indicaciones.
- Registros de capacitación del personal clínico sobre la emisión de indicaciones.
- Bitácoras, hojas de enfermería o reportes de seguimiento donde se observe la ejecución de las indicaciones.
- Proceso para el manejo de indicaciones ilegibles o urgentes.

k. Estándar 11/33. Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que todo procedimiento diagnóstico o terapéutico realizado al paciente (ya sea invasivo o no invasivo) se documente de forma clara, completa y oportuna en el expediente clínico, conforme a la regulación aplicable vigente. Esta documentación debe incluir tanto la ejecución del procedimiento como los resultados obtenidos, incluso si estos se emiten con posterioridad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La información registrada debe contener, al menos: el nombre del procedimiento, la fecha y hora de realización, la técnica utilizada (cuando corresponda), los hallazgos o resultados clínicos (incluso si fueron normales o sin complicaciones), las complicaciones identificadas en caso de haberlas, y el nombre completo del personal clínico responsable.

En los casos en que los resultados se generan de forma diferida (por ejemplo, biopsias, estudios histopatológicos, cultivos o pruebas de gabinete enviadas a análisis externos), el personal clínico debe dar seguimiento activo a dichos resultados, integrarlos al expediente clínico y tomar las decisiones clínicas correspondientes.

La documentación precisa y oportuna de los procedimientos es esencial para garantizar la continuidad y trazabilidad de la atención, coordinar decisiones clínicas subsecuentes y fortalecer la seguridad del paciente, al prevenir duplicidades, omisiones o decisiones sin sustento clínico. La falta de registro o seguimiento puede traducirse en fallas asistenciales, pérdida de oportunidades diagnósticas o retrasos terapéuticos.

Es responsabilidad de los líderes del establecimiento supervisar que la documentación de los procedimientos sea sistemática y que se asegure el seguimiento a los resultados diferidos.

i. Requerimiento auditable.

(1) Todos los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados al paciente son documentados en el expediente clínico.

(2) Los resultados derivados de los procedimientos realizados (hallazgos clínicos, reportes, imágenes, valores técnicos) también se integran oportunamente al expediente clínico.

(3) Cuando los resultados se emiten en forma diferida, el personal clínico da seguimiento activo a su integración en el expediente y toma decisiones clínicas basadas en dichos resultados.

(4) El establecimiento supervisa que la documentación de procedimientos y el seguimiento de resultados se realicen de manera sistemática.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros en el expediente clínico donde se documente de forma estructurada la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Informe o resultado de procedimientos diferidos (ej. estudios histopatológicos, biopsias, cultivos, imágenes) integrados al expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Notas médicas o de evolución donde se evidencie que el profesional clínico dio seguimiento y tomó decisiones clínicas con base en resultados recibidos con posterioridad.
- Bitácoras, hojas de procedimiento o plantillas institucionales para el registro estandarizado de procedimientos y resultados.
- Supervisiones o auditorías clínicas internas del ECE, que verifiquen que existe trazabilidad entre el procedimiento, su resultado y la decisión clínica posterior.
- Política institucional o lineamientos de documentación clínica, donde se especifique la obligatoriedad de registrar todos los procedimientos y realizar seguimiento a los resultados posteriores.
- Formatos o sistemas electrónicos (si aplica) que garanticen visibilidad de los resultados en diferido y alertas de seguimiento pendientes (en sistemas de ECE).

l. Estándar 12/33. Registro clínico completo para pacientes que reciben atención médica continua.

1. Guía.

El expediente clínico debe contener información clara, suficiente y estructurada para respaldar el diagnóstico, justificar el tratamiento y documentar el curso clínico y los resultados obtenidos durante la atención médica continua, como puede ser en consulta sin cita, consulta urgente, valoración prolongada o atención de seguimiento inmediato.

Contar con un formato estandarizado y un contenido mínimo obligatorio permite asegurar la continuidad de la atención y la integración entre los profesionales involucrados, además de facilitar el seguimiento posterior, la referencia o el egreso seguro.

Los registros deben realizarse conforme a la legislación aplicable vigente, y reflejar la actuación del personal de salud, incluyendo personal médico, de enfermería y de otras profesiones de la salud que participen en la atención. El expediente debe incluir, al menos:

a) Hora de ingreso o llegada al servicio de atención médica continua.
b) Valoración clínica y diagnóstico inicial.
c) Plan de tratamiento o intervención realizada.
d) Estado clínico al egreso.
e) Recomendaciones e indicaciones para seguimiento, referencia o vigilancia posterior.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este registro permite establecer claramente la condición de la persona usuaria, las decisiones tomadas y las acciones ejecutadas durante su estancia en el servicio.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para garantizar que todas las personas que reciben atención médica continua cuentan con un expediente clínico completo.

(2)El proceso incluye al menos los elementos descritos en los incisos a) al e) de la guía.

(3)El establecimiento capacita al personal responsable sobre el llenado adecuado, completo y conforme a legislación vigente del expediente clínico en atención médica continua.

(4)El establecimiento verifica de forma periódica el cumplimiento de los criterios de calidad, trazabilidad y continuidad en los registros del expediente clínico en atención médica continua.

(A). Referencia de apoyo.

- Expedientes clínicos con registros completos de personas atendidas en consulta de demanda, urgencias menores o atención prolongada.
- Lineamiento institucional para el uso y llenado del expediente clínico en atención médica continua.
- Formatos o sistemas electrónicos que integren los elementos requeridos.
- Evidencia de capacitación al personal clínico y de enfermería en normatividad del expediente clínico.
- Resultados de auditorías internas sobre el cumplimiento de registros clínicos.
- Protocolos de atención, hojas de egreso o planes de seguimiento documentados.

m.Estándar 13/33. Proceso para la obtención del consentimiento informado. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe definir, documentar e implementar un proceso formal para la obtención del consentimiento informado, como un componente esencial del respeto a la autonomía del paciente y su participación activa en las decisiones clínicas, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Para que el consentimiento sea válido, este proceso debe asegurar que la información acerca del acto que se autoriza sea:

a) Otorgada previo a la realización del procedimiento o tratamiento que lo requiera.
b) Basada en información veraz, suficiente y comprensible, adaptada al nivel educativo, cultural o cognitivo del paciente.
c) Proporcionada por personal de salud competente y autorizado para brindar la información y recabar el consentimiento.
d) Ratificada la comprensión de la información por parte del paciente o, cuando corresponda, su representante legal.
e) Documentada por escrito en el expediente clínico, mediante firma u otro medio válido conforme a la legislación aplicable vigente.

El establecimiento identifica los momentos del proceso de atención que requieren consentimiento informado, por ejemplo, procedimientos quirúrgicos, tratamientos específicos (uso de catéteres, medicamentos especiales), estudios de gabinete (uso de medios de contraste) o situaciones de alto riesgo clínico (reutilización de filtros, si aplica).

Se informa a los pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos, procedimientos y tratamientos que requieren su consentimiento, así como la forma en que pueden otorgarlo. También deben estar informados sobre quiénes, además del paciente, pueden otorgar dicho consentimiento.

El personal clínico involucrado debe ser capacitado para informar a los pacientes y cuidadores primarios sobre el proceso de consentimiento informado, sus fundamentos éticos y legales, así como el rol que les corresponde conforme a las funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano. El establecimiento debe contar con mecanismos para supervisar el cumplimiento del proceso.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe definir e implementar un proceso para la obtención del consentimiento informado en los procedimientos que así lo requieran, conforme a la legislación aplicable vigente. Este proceso debe garantizar que la información proporcionada al paciente o a su cuidador primario sea clara, suficiente y comprensible, que se otorgue previo a la realización del procedimiento, y que quede debidamente registrada en el expediente clínico. Asimismo, el establecimiento debe identificar cuáles de los procedimientos que realiza requieren consentimiento

SIN VALIDEZ OFICIAL

informado y asegurar su integración en el expediente correspondiente.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la obtención del consentimiento informado, acorde a la legislación aplicable vigente.

(2)Los pacientes otorgan el consentimiento informado antes de procedimientos o tratamientos que así lo requieren, conforme al proceso definido.

(3)El consentimiento informado queda documentado mediante firma, huella u otro medio legalmente válido, y se integra al expediente clínico.

(4)El establecimiento capacita al personal clínico responsable en la correcta implementación del proceso de consentimiento informado.

(1)Se identifica qué procedimientos realizados en el consultorio requieren consentimiento informado, se cuenta con este y se integra en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional para la obtención del consentimiento informado.
- Listado o protocolo de procedimientos que requieren consentimiento informado.
- Formatos de consentimiento informado (general, especial, de procedimientos).
- Ejemplos documentados en expedientes clínicos.
- Materiales de apoyo al paciente para explicar el consentimiento (folletos, guías, pictogramas).
- Registros de capacitación del personal clínico sobre consentimiento informado.
- Evaluación del proceso en auditorías internas o comités de calidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

n. Estándar 14/33. Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que los pacientes (y, cuando corresponda, su cuidador primario o representante legal) reciban información veraz, suficiente, comprensible y oportuna para participar en las decisiones clínicas y otorgar su consentimiento informado de manera libre y consciente, conforme a la legislación aplicable vigente.

La información debe ser proporcionada por personal de salud competente y autorizado, y adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. Debe incluir al menos:

a) El diagnóstico o estado de salud identificado.
b) El procedimiento o tratamiento propuesto (acto autorizado).
c) Los beneficios, riesgos y alternativas al tratamiento.
d) Los posibles resultados si el paciente decide no someterse al tratamiento.
e) Las probabilidades de éxito y los posibles efectos adversos durante la recuperación.
f) El nombre del profesional de salud responsable del procedimiento.

Este consentimiento debe ser documentado por escrito en el expediente clínico (en todos los casos, la información proporcionada debe haber sido previamente comprendida y ratificada) y debe contener, como mínimo, los elementos establecidos en la legislación aplicable vigente:

i. Datos de identificación de la institución.
ii. Lugar y fecha en que se emite.
iii. Acto autorizado.
iv. Objetivos.
v. Posibles beneficios y riesgos esperados del acto médico autorizado.
vi. Alternativas de tratamiento.
vii. Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado.
viii. Nombre completo y firma del paciente. Si el paciente no puede firmar por su condición clínica, se debe registrar el nombre completo y firma del familiar más cercano, tutor o representante legal.
ix. Nombre completo y firma del médico que proporciona la información y responsable del acto específico que fue otorgado.
x. Nombre completo y firma de dos testigos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El proceso definido por el establecimiento debe contemplar la participación de un tercero cuando el consentimiento puede ser otorgado directamente por el paciente o, cuando este no pueda decidir por sí mismo (por ejemplo, por estado clínico o por ser menor de edad), por su representante legal, tutor o familiar más cercano, conforme a lo establecido en la legislación aplicable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para brindar información clínica suficiente, comprensible y oportuna a los pacientes y cuidadores primarios antes de obtener el consentimiento informado.

(2) La información entregada al paciente incluye el diagnóstico, tratamiento propuesto, beneficios, riesgos, alternativas y consecuencias de no tratamiento, conforme a la legislación aplicable vigente.

(3) Se informa y documenta el nombre del profesional responsable del procedimiento o tratamiento.

(4) Cuando el paciente no puede otorgar el consentimiento, se identifica y documenta al tercero legalmente autorizado para hacerlo.

(5) Se integra la carta de consentimiento informado debidamente requisitada al expediente clínico, conforme a la legislación aplicable vigente.

(6) Se documenta en el expediente clínico la entrega de información, la comprensión del paciente y el acto de consentimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define el proceso para la obtención del consentimiento informado.
- Formato institucional de consentimiento informado.
- Registros de capacitación del personal sobre consentimiento informado y derechos del paciente.
- Copia del consentimiento informado debidamente requisitado y archivado en el expediente clínico.
- Registros de revisión y auditoría de expedientes clínicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

o. Estándar 15/33. Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe obtener un consentimiento informado específico antes de realizar procedimientos clínicos considerados de alto riesgo o que impliquen decisiones sensibles por parte del paciente, conforme a la legislación aplicable vigente.

Estos procedimientos incluyen, al menos:

a) Administración de medicamentos especiales.
b) Procedimientos invasivos o diagnósticos que impliquen riesgo.

Además, el establecimiento debe identificar, mediante un análisis institucional multidisciplinario, otras situaciones especiales en las que sea necesario obtener un consentimiento informado por escrito, más allá de los procedimientos clínicos definidos. Estos consentimientos informados especiales pueden incluir, por ejemplo:

i. Consentimiento para el uso de sujeciones físicas (cuando aplique y esté permitido).
ii. Participación en investigaciones clínicas u observacionales.
iii. Grabaciones con fines educativos o documentales.
iv. Otros casos definidos por la práctica institucional, la experiencia del paciente o la legislación aplicable vigente.

El proceso debe asegurar que la información sea clara, suficiente y comprensible, e incluir al menos: beneficios esperados, riesgos asociados, alternativas terapéuticas y consecuencias del rechazo. El consentimiento debe ser otorgado por el paciente o, cuando corresponda, por su tutor, familiar o representante legal. La persona profesional de salud que proporciona la información debe estar debidamente autorizada, y su identidad debe quedar documentada.

El consentimiento debe registrarse e integrarse al expediente clínico antes de la realización del procedimiento o evento.

El contenido, estructura, responsables del consentimiento informado deben alinearse con lo establecido en el estándar de comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado, que define de forma integral los elementos mínimos requeridos, el proceso de entrega de información y la documentación en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido y documentado los procedimientos clínicos de alto riesgo que requieren consentimiento informado específico conforme a la legislación aplicable vigente.

(2)Se obtiene y documenta el consentimiento informado específico antes de realizar cualquier procedimiento clínico de alto riesgo.

(3)El establecimiento ha realizado un análisis institucional para identificar y documentar las situaciones especiales en las que se requiere consentimiento informado especial.

(4)Se obtienen consentimientos informados especiales por escrito en las situaciones definidas por el establecimiento.

(5)El consentimiento informado específico o especial se documenta e integra en el expediente clínico antes del procedimiento correspondiente.

(6)El profesional de salud que proporciona la información y obtiene el consentimiento está identificado, capacitado y autorizado por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la obtención de consentimientos informados, que incluya los específicos y especiales.
- Listado institucional de procedimientos de alto riesgo y situaciones especiales que requieren consentimiento informado.
- Formatos de consentimiento informado específico y especial.
- Registros de capacitación del personal clínico sobre el proceso de consentimiento informado.
- Evidencia de integración de los consentimientos al expediente clínico.
- Actas o reportes de análisis institucional donde se hayan definido las situaciones especiales.

p. Estándar 16/33. Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe implementar un proceso estructurado de educación para el paciente y, cuando corresponda, para su cuidador primario, con el fin de fortalecer la participación activa en el tratamiento, la adherencia terapéutica y la seguridad de la atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este proceso debe desarrollarse de forma continua, desde el ingreso del paciente y en todas las fases de la atención, considerando la misión y el contexto del establecimiento, así como los servicios brindados, las necesidades particulares del paciente, su condición clínica, su entorno familiar y los lineamientos del MOCEBPASS.

La educación debe ser proporcionada de forma verbal y escrita, en un lenguaje claro y comprensible, utilizando apoyos visuales o materiales adaptados cuando sea necesario.

El establecimiento debe contemplar al menos cuatro perspectivas:

1) Educación basada en las necesidades específicas del paciente:
   i. La educación que responde directamente a las dudas, preocupaciones manifestadas sobre la atención, tratamiento, expectativas, cuidados domiciliarios, etc.
   ii. No se limita a información general, sino que parte de lo que el paciente necesita o quiere saber en un momento específico de su tratamiento.
2) Educación basada en la condición clínica del paciente y aspectos relacionados con programas de prevención y promoción de la salud:
   i. La educación específica para la situación médica del paciente: patología, abordaje diagnóstico, dieta, tratamiento, comorbilidades, y riesgos clínicos. Se informa sobre el manejo, autocuidado, signos de alarma y adaptación al tratamiento.
   ii. El establecimiento cuenta con programas de prevención y promoción de la salud que se consideren prioridades dentro del establecimiento, de acuerdo a la población que atiende, su misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente, se pueden incluir:
      - Salud materna y perinatal.
      - Atención integral del adolescente.
      - Atención integral del adulto mayor.
      - Enfermedades crónico-degenerativas prevenibles (Sobrepeso, Obesidad, Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, enfermedades cardio y cerebrovasculares).
      - Prevención y control de la Tuberculosis.
      - Salud sexual y reproductiva (incluyendo climaterio y menopausia).
      - Violencia familiar.
      - Prevención de VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual.
      - Prevención, detección y atención temprana de cáncer (cervicouterino, mama, próstata).
      - Infecciones respiratorias (incluyendo influenza y COVID-19).

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Enfermedades diarreicas.
- Salud Mental, prevención del suicidio y adicciones.
- Salud Bucal.
- Enfermedades de alto impacto epidemiológico de acuerdo a la zona.

3) Educación organizacional:

i. La educación que todas las personas que ingresan al establecimiento deben recibir, con base a un análisis multidisciplinario del contexto del establecimiento, para conocer cómo funciona el establecimiento, su reglamento interno, horarios, manejo de citas, servicios disponibles, terceros pagadores, canales de comunicación, la dinámica de atención, derechos y responsabilidades del paciente.

4) Educación sobre las barreras de seguridad del paciente, acorde al MOCEBPASS:

i. Se refiere a los aspectos de educación relacionados con la participación activa del paciente en los procesos del modelo y las barreras de seguridad. Se considera al menos:
   - Higiene de manos.
   - Riesgo de caídas.
   - Dolor.
   - Medicación Segura.

El establecimiento planifica sus recursos, para educar al paciente y su cuidador primario, de manera eficiente y efectiva. La educación se proporciona de manera coordinada a través de un enfoque multidisciplinario. Por consiguiente, el establecimiento puede optar por cualquiera de las siguientes alternativas:

- Designar un coordinador de educación.
- Crear un comité de educación.
- Crear un servicio de educación.
- Trabajar con todo el personal.

Como parte del proceso educativo, el establecimiento define:

i. Un proceso de evaluación del aprendizaje adquirido por el paciente y su cuidador primario. Por ejemplo, pedir al paciente que explique la información compartida.
ii. La manera en que la educación proporcionada deberá documentarse.
iii. El lugar en el expediente clínico donde se documenta la educación de cada una de las cuatro perspectivas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado proceso para la educación al paciente y cuidador primario, incluyendo al menos las cuatro perspectivas descritas.

(2)El establecimiento ha definido cómo se evalúa el aprendizaje del paciente y/o cuidador primario.

(3)El establecimiento ha definido el lugar y la forma en que debe documentarse cada tipo de educación.

(4)Se documenta en el expediente clínico o registros correspondientes la educación proporcionada, conforme a lo definido por el establecimiento.

(5)Existen materiales educativos adaptados al nivel de comprensión del paciente o cuidador primario, y se usan como apoyo cuando corresponde.

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos desarrollados o adaptados por el establecimiento (folletos, infografías, carteles, videos, pictogramas).
- Formatos de registro de sesiones educativas, individuales o grupales, vinculadas a los diferentes enfoques del estándar.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente y/o cuidador primario, incluyendo listas de verificación, encuestas breves o preguntas dirigidas.
- Evidencia documental de capacitación al personal clínico y no clínico sobre estrategias de educación, comunicación efectiva y trato digno.
- Protocolos o lineamientos institucionales sobre cómo y dónde se documenta cada tipo de educación.
- Reportes de supervisión o auditoría del cumplimiento del proceso educativo.
- Actas o registros del comité, responsable o equipo multidisciplinario de educación (si aplica).

q. Estándar 17/33. Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe implementar un proceso sistemático para proporcionar educación al paciente, y cuando corresponda, a su cuidador primario. La identificación de temas será

SIN VALIDEZ OFICIAL

con base en su condición clínica específica, sus comorbilidades y factores de riesgo.

Este enfoque del proceso educativo se orienta a brindar información que permita al paciente tomar decisiones fundamentadas, comprender su tratamiento, prevenir complicaciones y participar activamente en el mantenimiento de su salud dentro y fuera del establecimiento.

La educación se proporciona desde el ingreso al establecimiento, durante todo el tratamiento y en cada momento clínico relevante. El contenido educativo deberá actualizarse cuando exista un cambio clínico significativo, complicación nueva, ajuste en la prescripción o necesidad de educación reforzada derivada de eventos previos.

La educación debe contemplar, al menos, dos grupos de temas:

a) Temas clínicos directamente relacionados con la atención del paciente. Incluye:
   i) Uso seguro y efectivo de medicamentos prescritos.
   ii) Uso seguro y efectivo del equipo médico relacionado con su atención (monitoreo de signos vitales, cuidados de acceso vascular, etc.).
   iii) Recomendaciones nutricionales y de hidratación individualizadas según la condición del paciente.
   iv) Manejo del dolor y/u otras condiciones clínicas.
   v) Técnicas de rehabilitación física o recomendaciones de actividad adaptadas a la situación funcional del paciente.

Esta información debe ser entregada de manera clara, en el momento clínico oportuno, y con seguimiento si corresponde.

b) Temas de salud pública y programas prioritarios en México (prevención y promoción de la salud), si corresponde, de acuerdo a la población que atiende, su misión, recursos y con base en la legislación aplicable vigente, el establecimiento debe proporcionar educación sobre los siguientes temas cuando sea pertinente:
   i) Planificación familiar, salud sexual y reproductiva.
   ii) Prevención de violencia familiar y detección de factores de riesgo.
   iii) Enfermedades crónicas no transmisibles, como obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, y sus cuidados específicos.
   iv) Patologías oncológicas (cáncer cervicouterino, de mama, próstata).
   v) Prevención y atención temprana de adicciones (alcohol, tabaco, drogas no prescritas).
   vi) Enfermedades prevenibles por vacunación, particularmente en población inmunocomprometida o con factores de riesgo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

vii) Educación específica para pacientes embarazadas, incluyendo signos de alarma.
viii) Entre otras.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano.

El establecimiento define los mecanismos para documentar la educación en el expediente clínico, el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación del aprendizaje, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe implementar un proceso sistemático para proporcionar educación a los pacientes y sus cuidadores primarios, con base en las condiciones clínicas más frecuentes y en los temas prioritarios de salud definidos en la legislación aplicable vigente. Esta educación debe permitir al paciente tomar decisiones informadas, comprender su tratamiento, prevenir complicaciones y fomentar la participación activa en el cuidado de su salud. Para asegurar su cumplimiento, el personal médico debe contar con capacitación específica para educar a los pacientes en los temas prioritarios de salud establecidos en la guía.

i. Requerimiento auditable.

(1) El personal clínico identifica las necesidades educativas derivadas de la condición clínica de cada paciente, acorde a lo definido por el establecimiento.
(2) Se proporciona educación al paciente y, cuando corresponde, a su cuidador primario, con base en dicha identificación, incluyendo temas clínicos directamente relacionados con la atención del paciente.
(3) Cuando corresponde, se proporciona educación sobre temas de salud pública y programas prioritarios de acuerdo con la población que atiende, la misión, recursos y en base a la legislación aplicable vigente.
(4) La educación se proporciona y se documenta en el expediente clínico conforme al mecanismo definido por el establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)La educación se proporciona en un lenguaje comprensible y se apoya de materiales adaptados cuando corresponde (folletos, pictogramas, recursos audiovisuales).

(1)Se cuenta con evidencia de capacitación para educar a los pacientes en los temas definidos como prioritarios en la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos adaptados a la condición clínica de los pacientes (folletos sobre medicamentos, cartillas alimentarias, cuidados del acceso vascular, prevención de caídas, etc.).
- Formatos de registro de sesiones educativas individuales o grupales, vinculadas a condiciones clínicas o temas prioritarios de salud pública.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente, mediante listas de verificación, preguntas dirigidas o retroalimentación verbal.
- Evidencia documental de participación del personal clínico capacitado en procesos educativos.
- Informes de supervisión o auditoría interna sobre la entrega de educación clínica y temas de prevención.

r. Estándar 18/33. Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe proporcionar educación organizacional a todos los pacientes y, cuando corresponda, a sus cuidadores primarios, como parte del proceso educativo.

Esta educación corresponde a la tercera perspectiva del proceso educativo y se define con base en un análisis multidisciplinario del contexto operativo del establecimiento, sus recursos, servicios y dinámica organizacional. Esta educación debe impartirse al ingreso y reforzarse según se requiera, en un lenguaje claro y adaptado a las características de cada persona.

El establecimiento debe definir formalmente qué contenidos forman parte de esta educación organizacional, quién es el personal responsable de brindarla, y cómo y dónde se documenta su entrega. La

SIN VALIDEZ OFICIAL

información puede ser proporcionada de manera verbal, escrita o mediante materiales de apoyo.

Entre los contenidos considerados dentro de esta perspectiva se incluyen, de forma enunciativa más no limitativa:

a) Reglas y lineamientos internos del establecimiento.
b) Horarios de atención e informes.
c) Derechos y responsabilidades del paciente.
d) Canales de comunicación o mecanismos de queja y sugerencia.
e) Uso de servicios auxiliares o de apoyo (como laboratorios o farmacia, si aplica).
f) Información relacionada con terceros pagadores (programas gubernamentales, aseguradoras, convenios).

El establecimiento debe asegurar que esta educación organizacional sea consistente con las políticas institucionales. La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido formalmente los contenidos que conforman la educación organizacional para pacientes y cuidadores primarios.
(2) Se proporciona educación organizacional a los pacientes, conforme a lo establecido por el establecimiento.
(3) La educación organizacional se proporciona de forma comprensible, adaptada al contexto del paciente.
(4) Se documenta en el expediente clínico o en registros institucionales la educación organizacional brindada.

(A). Referencia de apoyo.

- Lineamiento o política institucional que define el contenido y responsables de la educación organizacional.
- Materiales educativos: reglamento interno, folleto de bienvenida, infografías sobre horarios y servicios.
- Formato o sección del expediente clínico donde se registra la educación organizacional.
- Registros de sesiones educativas colectivas o individuales con pacientes y/o cuidadores primarios.
- Evaluaciones de comprensión o encuestas de satisfacción sobre información institucional recibida.

SIN VALIDEZ OFICIAL

s. Estándar 19/33. Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe proporcionar educación estructurada a todos los pacientes y, cuando corresponda, a su cuidador primario, sobre los temas definidos por el MOCEBPASS con el propósito de fortalecer la participación informada y activa del paciente en su propia seguridad.

Esta educación corresponde a la cuarta perspectiva del proceso educativo y debe integrarse desde el ingreso del paciente al programa y mantenerse de forma continua durante la atención. El establecimiento define el momento y los medios en que se proporciona la información, la evaluación del aprendizaje, cuando sea posible, por medio de preguntas, retroalimentación o ejercicios sencillos de verificación.

La educación debe considerar como mínimo los siguientes temas:

a) Higiene de manos, puede incluir: Explicación clara sobre cuándo y cómo debe realizarse la higiene de manos, su importancia en la prevención de infecciones, y el rol del paciente en solicitar o recordar esta práctica al personal.
b) Prevención de caídas, puede incluir: Información sobre medidas para prevenir caídas dentro del establecimiento y en el entorno domiciliario, especialmente para pacientes con movilidad reducida o alteraciones neurológicas
c) Dolor, puede incluir: Educación sobre cómo identificar, expresar y reportar el dolor, uso de escalas visuales simples, derechos relacionados con el manejo del dolor y los canales para comunicarlo al personal clínico.
d) Medicación segura, puede incluir: Información básica sobre los medicamentos administrados y los prescritos para su manejo en casa; importancia de seguir las indicaciones, comunicar alergias o reacciones adversas, y conocer los nombres, horarios y dosis de los medicamentos administrados.

La educación debe adaptarse al lenguaje, nivel de comprensión, marco cultural y contexto del paciente. El proceso debe ser realizado por personal clínico competente, según sus funciones y responsabilidades definidas en el Sistema de Gestión del Talento Humano, y debe quedar documentado en el expediente clínico u otro registro oficial.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido los contenidos mínimos que deben incluirse en la educación sobre barreras de seguridad del paciente, considerando al menos los temas mencionados del inciso a) al d) de la guía.

(2)Se proporciona educación al paciente y, cuando corresponde, al cuidador primario, desde el ingreso y durante las diferentes fases de atención, sobre cada uno de los temas establecidos.

(3)La educación se proporciona en un lenguaje comprensible y se apoya de materiales adaptados cuando corresponde (folletos, pictogramas, recursos audiovisuales).

(4)La educación sobre higiene de manos, riesgo de caídas, dolor y medicación segura se documenta en el expediente clínico o en el registro correspondiente, conforme a lo establecido por el establecimiento.

(5)Se cuenta con evidencia de que el personal clínico ha sido capacitado sobre los contenidos y la metodología para proporcionar educación al paciente en temas de seguridad.

(6)Existen mecanismos para evaluar la comprensión del paciente o cuidador primario respecto a los temas de seguridad del paciente

(A). Referencia de apoyo.

- Materiales educativos institucionales sobre higiene de manos, caídas dolor y medicación segura (folletos, carteles, pictogramas).
- Registro de sesiones educativas individuales o grupales sobre seguridad del paciente.
- Formatos de evaluación de comprensión (verbal, checklist o entrevista).
- Ejemplos de registros documentales en los expedientes clínicos donde se consigna la educación recibida.

t. Estándar 20/33. Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que el proceso educativo sea implementado por personal clínico competente, con conocimiento del contenido a transmitir, habilidades de comunicación efectiva y compromiso con la participación activa del paciente y su cuidador primario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El proceso educativo debe ser coordinado a través de un enfoque multidisciplinario, asegurando que distintos profesionales de salud (clínico y no clínico) contribuyan según su rol y competencias, evitando la duplicación de información y asegurando un enfoque integral.

Para brindar educación al paciente, el establecimiento debe considerar:

a) Identificar el personal clínico y no clínico que participará en la impartición de la educación, con base a su perfil.
b) Verificar que estos profesionales cuenten con las competencias y conocimientos requeridos.
c) Asegurar disponibilidad de tiempo y recursos necesarios para que la actividad educativa se realice adecuadamente.
d) Capacitar al personal en técnicas de comunicación efectiva, escucha activa y estrategias de enseñanza para adultos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado los perfiles del personal clínico y no clínico responsable de impartir la educación en cada una de las cuatro perspectivas.
(2) La educación se proporciona de manera coordinada, con participación del equipo multidisciplinario de atención.
(3) Quienes imparten educación cuentan con conocimientos actualizados sobre el tema que abordan.
(4) El personal que brinda educación ha sido capacitado y cuenta con las competencias para comunicar, enseñar y evaluar la comprensión del paciente.
(5) El establecimiento verifica que el personal responsable de la educación disponga del tiempo y recursos para desempeñar esta función.

(A). Referencia de apoyo.

- Perfiles de puesto del personal responsable de la educación.
- Registros de capacitación del personal en estrategias de educación y comunicación con el paciente.
- Evidencia documental de sesiones educativas impartidas por diferentes profesionales de salud.
- Registro de evaluación del aprendizaje del paciente, firmado por el educador responsable.
- Plan operativo que evidencia la coordinación del proceso educativo multidisciplinario.
- Encuestas o retroalimentación del paciente sobre la educación recibida.

SIN VALIDEZ OFICIAL

u. Estándar 21/33. Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención deben contar con un proceso estructurado para garantizar la prescripción segura, completa y legible de medicamentos, con base en buenas prácticas clínicas, la legislación aplicable vigente y el enfoque de prevención de errores de medicación.

Este proceso debe ser diseñado e implementado de manera multidisciplinaria, considerando la participación del personal médico, de enfermería, de farmacia y administrativo, cuando corresponda. El objetivo es reducir la variabilidad, prevenir errores y asegurar que la indicación terapéutica se alinee con las necesidades clínicas, el perfil del paciente y los estándares de seguridad.

El proceso debe contemplar:

a) Identificación precisa del paciente conforme a la AESP 1.
b) Requisitos normativos de la prescripción, incluyendo campos esenciales como nombre del fármaco, dosis, vía, frecuencia, duración y otros según el servicio prestado.
c) Lineamientos para el uso de prescripciones "por razón necesaria" (PRN) o "previa valoración médica" (PVM), especificando indicaciones clínicas claras.
d) Acciones para prescripciones de medicamentos con nombres o aspectos parecidos.
e) Criterios especiales para medicamentos prescritos por peso o superficie corporal.
f) Requisitos para medicamentos autoadministrados por el paciente.
g) Requisitos para medicamentos que el paciente trae consigo.
h) Requisitos para muestras médicas.
i) Tipos de prescripciones especiales permitidas (urgencia, repetición prolongada, detención automática).

El proceso también debe prevenir errores por ilegibilidad, uso de abreviaturas prohibidas o escritura ambigua, estableciendo acciones ante prescripciones incompletas o dudosas.

Finalmente, el personal involucrado en la prescripción debe recibir capacitación documentada y periódica, orientada a reforzar estas prácticas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la prescripción segura de medicamentos, que considera al menos los incisos a) al i) según su contexto.

(2)El proceso incluye buenas prácticas sobre uso correcto de abreviaturas, puntos, comas y decimales.

(3)El proceso contempla acciones para abordar prescripciones incompletas, ilegibles o confusas.

(4)El personal involucrado en la prescripción está capacitado sobre las prácticas seguras y los lineamientos del proceso.

(5)Las prescripciones de medicamentos se realizan conforme al proceso definido por el establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Política o procedimiento institucional de prescripción segura.
- Registros de capacitación del personal prescriptor.
- Lista institucional de abreviaturas permitidas.
- Evidencia de auditorías o evaluaciones internas sobre cumplimiento en prescripción.
- Evidencia de correcciones/intervenciones ante prescripciones incompletas o confusas.
- Material educativo o guías clínicas internas sobre prescripción segura.

v. Estándar 22/33. Prevención de errores en la transcripción de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, los errores de transcripción entre la prescripción médica y la administración del tratamiento farmacológico pueden comprometer gravemente la seguridad del paciente. Estos errores ocurren comúnmente durante la transcripción de indicaciones médicas al expediente clínico, hoja de enfermería, perfil farmacoterapéutico, plan de atención u otros documentos institucionales.

Para disminuir este riesgo, el establecimiento debe identificar, documentar y controlar los momentos en los que se realiza la transcripción de medicamentos. A partir de ello, debe diseñar e implementar un proceso institucional que establezca:

a) Un listado de los momentos de transcripción, que incluya transiciones entre formatos, sistemas digitales y registros físicos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Barreras de seguridad específicas para prevenir errores, como la doble verificación, sistemas de prescripción electrónica, uso de formatos estructurados, entre otros.
c) Acciones que seguir ante indicaciones ilegibles, incompletas o confusas, asegurando que ningún medicamento sea administrado sin haber sido validado correctamente.

Este proceso debe ser diseñado por un equipo multidisciplinario e incluir la capacitación al personal clínico (enfermería, personal médico, nutriólogos, personal en formación y cualquier otro profesional que participe en la transcripción) sobre buenas prácticas para la documentación y verificación.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, a través de un análisis multidisciplinario, documentado e implementado un proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicamentos.
(2) El proceso incluye al menos lo definido del inciso a) al c) de la guía.
(3) El personal involucrado en las transcripciones ha sido capacitado sobre las prácticas correctas y los riesgos asociados a este proceso.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado para transcripción de medicamentos.
- Listado oficial de puntos de transcripción dentro del establecimiento.
- Registro de capacitaciones en transcripción segura.
- Ejemplos de barreras de seguridad implementadas (sistemas electrónicos, doble validación, checklist).
- Acciones tomadas frente a casos de transcripciones confusas, ilegibles o incompletas.
- Auditorías internas o externas sobre calidad en registros clínicos.

w. Estándar 23/33. Conciliación de medicamentos.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, los pacientes reciben tratamientos crónicos que requieren el uso simultáneo de múltiples medicamentos. Estos pueden haber sido prescritos por diferentes especialistas o instituciones, por lo que el riesgo de

SIN VALIDEZ OFICIAL

omisiones, duplicaciones, interacciones o contraindicaciones terapéuticas es alto.

La conciliación de medicamentos es una estrategia clave para mejorar la seguridad del paciente y reducir eventos adversos. Consiste en un proceso deliberado y documentado mediante el cual se compara el listado actualizado de los medicamentos que el paciente toma habitualmente (ya sean prescritos por otros profesionales, autoadministrados o adquiridos sin receta) con las indicaciones que se generan durante su atención en el establecimiento.

Este proceso debe:

i. Realizarse al ingreso del paciente al programa de primer nivel de atención.
ii. Repetirse de manera periódica y cuando haya cambios significativos en el estado de salud del paciente o en su tratamiento.
iii. Aplicarse también cuando exista cambio de médico tratante dentro del establecimiento.

El proceso debe incluir:

a) La obtención de un listado completo de medicamentos actuales del paciente, incluyendo nombre genérico, dosis, frecuencia, vía y duración.
b) La documentación de ese listado en el expediente clínico.
c) La comparación con las nuevas indicaciones prescritas en el establecimiento.
d) La identificación y resolución de discrepancias intencionales, intencionales no documentadas y no intencionales (omisiones, duplicados, interacciones o indicaciones contradictorias), con el involucramiento del médico tratante.
e) La toma de decisiones clínicas fundamentadas, incluyendo ajustes o confirmación de las prescripciones.

Este proceso debe estar documentado, implementado y el personal involucrado (médico, enfermería, farmacia o personal clínico designado) debe estar capacitado para llevarlo a cabo.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido un proceso para la conciliación de medicamentos en pacientes que reciben tratamiento en el establecimiento, incluyendo los incisos a) al e) descritos en la guía.

(2) El proceso de conciliación se aplica al ingreso del paciente, en su primera consulta médica.

(3) El proceso se reaplica cuando hay un cambio de médico tratante dentro del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El establecimiento realiza la conciliación de medicamentos de forma periódica, o ante cambios clínicos relevantes.
(5)El personal responsable de realizar la conciliación está capacitado y actúa conforme al procedimiento institucional.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimiento documentado de conciliación de medicamentos.
- Formato o sección en el expediente clínico donde se documenta el listado de medicamentos y las acciones derivadas de la conciliación.
- Capacitación o constancias del personal sobre conciliación segura de medicamentos.
- Registros de revisiones o auditorías internas sobre la conciliación realizada.
- Evidencia de participación del médico tratante en la toma de decisiones ante discrepancias intencionales, intencionales no documentadas y no intencionales.

x. Estándar 24/33. Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos. – Indispensable

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, la dispensación y distribución de medicamentos (ya sea directamente al personal clínico o al paciente) debe realizarse mediante un sistema uniforme, seguro y documentado que minimice errores y garantice la trazabilidad del proceso.

El sistema debe:

a) Aplicarse de forma homogénea en todos los puntos de dispensación dentro del establecimiento o entre turnos (incluyendo farmacia, subalmacenes o estaciones clínicas, si corresponde).
b) Establecer mecanismos de verificación redundante antes de la entrega del medicamento (por ejemplo, validación del medicamento prescrito, dosis, nombre del paciente, vía de administración y fecha de caducidad).
c) Asegurar que la dispensación sea precisa, oportuna y conforme a lo prescrito.
d) Será llevado a cabo por personal con las competencias necesarias, en conocimiento del sistema, de los protocolos de seguridad y del marco regulatorio correspondiente.
e) Asegurar el cumplimiento de la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este sistema debe además alinearse con las políticas definidas por el establecimiento en relación con el proceso completo de manejo de medicamentos.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha diseñado e implementado un sistema estandarizado de dispensación y distribución de medicamentos.
(2)El sistema incluye mecanismos de verificación antes de la entrega del medicamento, ya sea al personal clínico o al paciente.
(3) El sistema asegura una dispensación precisa, oportuna y segura, conforme a lo prescrito.
(4) La dispensación de medicamentos es realizada exclusivamente por personal con las competencias necesarias.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional de dispensación y distribución de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal responsable del proceso de dispensación.
- Procedimientos de verificación previa a la entrega del medicamento.
- Evidencia de auditorías internas o controles de calidad en la dispensación.
- Legislación aplicable vigente
- Registros de entrega de medicamentos y bitácoras de verificación cruzada (paciente–medicamento–prescripción).

y. Estándar 25/33. Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos. – Indispensable –

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, la preparación de medicamentos puede realizarse en diferentes áreas: en la farmacia, en estaciones de enfermería o en los espacios clínicos designados. Estas actividades incluyen la preparación de medicamentos inyectables, soluciones intravenosas, antibióticos y otros tratamientos que requieren precisión, condiciones higiénicas estrictas y control de riesgos.

El establecimiento debe asegurar que:

a) La preparación y dispensación de medicamentos se realiza en un entorno seguro, limpio y conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Las áreas destinadas a estas actividades están claramente identificadas y cuentan con condiciones ambientales, mobiliario y suministros que permitan mantener la limpieza y seguridad del proceso.
c) Se estandarizan las prácticas de preparación en todas las áreas, sin importar el lugar donde se lleven a cabo (farmacia, consultorio, estación de enfermería, etc.).
d) El personal responsable de la preparación y dispensación esté capacitado en técnicas asépticas.
e) Cuando se manipulen medicamentos que requieran condiciones especiales (ej. ambiente estéril o medicamentos peligrosos), se utilice el equipo de protección personal adecuado y se sigan protocolos específicos.

Estas medidas son esenciales para evitar errores, prevenir infecciones y proteger tanto al paciente como al personal de salud.

i. Requerimiento auditable.

(1)Los medicamentos se preparan y dosifican en áreas seguras e higiénicas, que cuentan con el equipo y suministros adecuados.
(2)Las actividades de preparación y dosificación de medicamentos cumplen con la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas reconocidas.
(3)El personal responsable está capacitado en técnicas asépticas.
(4)En caso de preparación de medicamentos que requieren ambiente estéril o manipulación especial, se utiliza el equipo de protección personal y técnicas específicas conforme a protocolo.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos documentados para preparación, dispensación y manipulación segura de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal en técnicas asépticas y preparación segura.
- Listas de verificación de condiciones higiénicas en las áreas de preparación.
- Evidencia de uso y control de equipo de protección personal en la manipulación de medicamentos especiales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

z. Estándar 26/33. Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas. – Indispensable –

1. Guía.

El etiquetado inmediato y completo de medicamentos es una práctica clave para reducir errores de medicación, especialmente en situaciones donde se manipulan múltiples fármacos o soluciones en áreas de atención directa como estaciones de tratamiento, consultorios o salas de procedimiento en unidades de primer nivel de atención.

El establecimiento debe asegurar que todo medicamento o solución vertido, fraccionado o preparado (que no será administrado de inmediato) cuente con un etiquetado legible y seguro, que permita su identificación inequívoca, evitando confusiones o riesgos para los pacientes.

Este etiquetado debe realizarse inmediatamente después de la preparación y debe contener como mínimo los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Nombre del medicamento.
c) Dosis (si corresponde).
d) Concentración (si corresponde).
e) Vía de administración (si corresponde).
f) Dilución (si corresponde).
g) Fecha y hora de preparación.
h) Fecha y hora de caducidad (si corresponde).
i) Número de lote del medicamento o solución.

Cuando el medicamento se administre de inmediato al mismo paciente por la misma persona que lo preparó, el etiquetado puede omitirse, conforme al protocolo institucional. Sin embargo, si se transfiere a otro recipiente o será administrado por otra persona, el etiquetado es obligatorio.

Asimismo, antes de la administración, el medicamento debe ser verificado de manera verbal y visual contra el expediente clínico o la orden médica, especialmente si la persona que administra no es quien preparó el medicamento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha implementado el etiquetado inmediato y seguro de todo medicamento o solución que no se administre inmediatamente después de su preparación.

(2) El etiquetado incluye al menos los incisos a) al i) definidos en la guía.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se realiza una verificación verbal y visual del etiquetado previo a la administración o dispensación del medicamento.
(4)Se implementan mecanismos para asegurar que el personal conozca y aplique los lineamientos de etiquetado y verificación.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos institucionales sobre preparación y administración segura de medicamentos (manuales de enfermería, farmacia o gestión clínica).
- Formatos de etiquetado institucionales que incluyan todos los campos requeridos: nombre del paciente, nombre del medicamento, dosis, concentración, vía, dilución, fecha/hora de preparación, fecha/hora de caducidad y número de lote.
- Registros de capacitación del personal sobre prácticas seguras de etiquetado, preparación y administración de medicamentos.
- Bitácoras o reportes de verificación cruzada (visual y verbal) del etiquetado entre personal que prepara y administra.
- Auditorías internas o supervisiones periódicas que verifiquen el cumplimiento del etiquetado y su impacto en la reducción de eventos de medicación.

aa. Estándar 27/33. Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración. – Indispensable –

1. Guía.

La administración segura de medicamentos requiere de un proceso estandarizado que garantice la verificación precisa de la prescripción médica, previniendo errores y contribuyendo a la seguridad del paciente. Este proceso debe considerar como mínimo los siguientes elementos de verificación:

a) La identificación del paciente utilizando dos datos confiables, conforme a lo establecido en AESP 1.
b) El medicamento prescrito.
c) La caducidad del producto.
d) La dosis y/o concentración.
e) La vía de administración.
f) La hora y frecuencia prescritas.
g) La velocidad de infusión (cuando corresponda).
h) Otros elementos que el establecimiento defina como relevantes (por ejemplo: tipo de diluyente, compatibilidad, condiciones de almacenamiento, entre otros).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estas verificaciones deben aplicarse antes de cada administración, independientemente si el medicamento fue preparado previamente o si lo administra el mismo personal que lo preparó. El proceso concluye con la documentación completa y oportuna de la administración en el expediente clínico.
Estas verificaciones son especialmente relevantes debido a la alta frecuencia de uso de medicamentos de alto riesgo dentro del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estandarizado para verificar los medicamentos antes de su administración, que incluye como mínimo los incisos a) al g), y otros definidos institucionalmente.

(2) El personal clínico verifica la identidad del paciente utilizando dos identificadores seguros, conforme a la AESP 1.

(3) Se documenta en el expediente clínico la administración del medicamento, incluyendo la fecha, hora, dosis, vía y firma del responsable.

(4)El proceso de verificación incluye la comprobación de la caducidad del medicamento, la dosis o concentración, la vía de administración, la velocidad de infusión y la frecuencia indicada.

(5)Se verifica cualquier otro aspecto que el establecimiento haya definido como necesario para la seguridad del paciente, como condiciones de almacenamiento, requerimientos especiales o riesgos asociados.

(A). Referencia de apoyo.

- Política y procedimiento institucional de administración segura de medicamentos.
- Manuales de enfermería y guías de buenas prácticas para la administración de medicamentos.
- Registros de capacitación del personal en administración segura de medicamentos.
- Auditorías clínicas de cumplimiento con los “correctos” de la administración.
- Protocolos institucionales de verificación de identidad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

bb. Estándar 28/33. Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales. – Indispensable –

1. Guía.

En unidades de primer nivel de atención pueden presentarse situaciones donde los pacientes autoadministran medicamentos, traen consigo tratamientos prescritos por otros profesionales de salud o reciben muestras médicas. Estas prácticas, si no se gestionan adecuadamente, pueden representar riesgos clínicos, legales y de seguridad.

Por lo anterior, el establecimiento debe realizar un análisis institucional que identifique si permitirá alguno de estos procesos especiales de administración de medicamentos, y definir, en su caso, procesos documentados con medidas de control y seguridad para:

a) La autoadministración de medicamentos por parte del paciente o su cuidador primario durante la sesión o en instalaciones del establecimiento.
b) La administración de medicamentos que el paciente trae consigo, incluyendo tratamientos crónicos, antibióticos, inmunosupresores u otros.
c) La administración de muestras médicas, cuando sean prescritas y autorizadas bajo criterios clínicos y éticos.

Si el establecimiento decide no autorizar alguno o todos estos procesos, deberá contar con políticas explícitas y mecanismos de supervisión que aseguren el cumplimiento operativo de dicha restricción.

En cualquiera de los casos, debe establecerse claramente la responsabilidad médica y del personal clínico que participa en la evaluación, validación, administración y seguimiento de estos procesos.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido si permite o prohíbe la autoadministración de medicamentos, y en caso afirmativo, ha establecido un proceso documentado con barreras de seguridad.

(2) El establecimiento ha definido si permite la administración de medicamentos que el paciente trae consigo, y en caso afirmativo, cuenta con un proceso documentado para su verificación y autorización.

(3) El establecimiento ha definido si permite la administración de muestras médicas, y en caso afirmativo, cuenta con un proceso documentado para asegurar su origen, prescripción y trazabilidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Todos los procesos especiales definidos por el establecimiento se encuentran implementados y supervisados por personal competente.
(5)En caso de que estos procesos no estén autorizados, el establecimiento ha definido mecanismos de supervisión que aseguran su cumplimiento en la operación diaria.

(A). Referencia de apoyo.

- Políticas institucionales sobre autoadministración y uso de medicamentos externos.
- Consentimientos informados cuando el paciente usa medicamentos traídos de fuera.
- Registro de medicamentos autorizados en contexto especial (muestras, externos).
- Procedimientos documentados de evaluación, autorización y seguimiento clínico.
- Evidencia de capacitación del personal en el manejo de situaciones especiales.

cc. Estándar 29/33. Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis. – Indispensable –

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención que utilizan medicamentos multidosis deben contar con un proceso formal y estandarizado que garantice su manejo seguro, evitando riesgos relacionados con estabilidad farmacéutica y prevención de infecciones. El proceso debe surgir de un análisis multidisciplinario que involucre tanto al sistema para la gestión segura del uso de medicamentos como al sistema para la prevención y control de infecciones, e incluir medidas como:

a) Criterios de uso de frascos multidosis (uso exclusivo para un solo paciente o compartido entre varios).
b) Medidas de higiene y control de infecciones al momento de la extracción.
c) Condiciones de almacenamiento adecuadas.
d) Etiquetado obligatorio inmediato tras la apertura o preparación, incluyendo al menos:
    i. Fecha y hora de apertura y/o preparación.
    ii. Fecha y hora de caducidad.

Estas acciones son esenciales para evitar contaminación cruzada, deterioro del producto y errores de dosificación o uso.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para el manejo y uso de medicamentos multidosis, que considera las medidas de seguridad y control requeridas.

(2)El proceso contempla los riesgos asociados a la estabilidad del producto y la prevención de infecciones, integrando a los sistemas clínicos y de control aplicables.

(3)El proceso para el uso de medicamentos multidosis está implementado en todas las áreas que los utilizan.

(4)Todos los frascos o presentaciones multidosis son etiquetados al momento de su apertura y contienen como mínimo del inciso i) al ii) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Procedimientos normalizados de operación (PNO) sobre manejo de medicamentos multidosis, incluyendo manipulación, conservación y desecho.
- Registro fotográfico o documental de etiquetas utilizadas para medicamentos multidosis.
- Auditorías internas de cumplimiento del proceso de etiquetado, almacenamiento y manipulación.
- Registros de capacitación al personal sobre uso de medicamentos multidosis y medidas de prevención de infecciones asociadas.
- Recomendaciones de seguridad de organismos como los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), OMS, Institute for Safe Medication Practices (ISMP) y OPS sobre el uso de frascos multidosis.

dd. Estándar 30/33. Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención, que brinde atención a pacientes en etapa terminal debe garantizar una atención respetuosa y compasiva, considerando sus necesidades clínicas, emocionales, sociales y culturales. Esta atención debe adaptarse a los objetivos de cuidado definidos conjuntamente con el paciente y su cuidador primario, cuando corresponda.

Cuando el abordaje terapéutico es en un paciente con enfermedad terminal, puede mantenerse bajo un enfoque paliativo. Este enfoque prioriza la comodidad, la calidad de vida y el control de síntomas, sobre

SIN VALIDEZ OFICIAL

los objetivos tradicionales de prolongación de vida. El abordaje terapéutico debe adaptarse para minimizar molestias y favorecer el bienestar.

El establecimiento debe fomentar la planificación anticipada de la atención, donde se identifiquen los deseos del paciente respecto al tratamiento y la suspensión de este, si corresponde. El establecimiento puede establecer protocolos que orienten la canalización a cuidados paliativos u otros apoyos, conforme a la legislación aplicable vigente.

El personal toma conciencia de las necesidades únicas de los pacientes al final de la vida, que incluyen:

a) Tratamiento de síntomas primarios y secundarios.
b) Valoración y manejo del dolor.
c) Apoyo ante inquietudes emocionales, sociales y culturales.
d) Respeto al marco cultural del paciente y su cuidador primario.
e) Participación activa del paciente y/o cuidador primario en decisiones clínicas.
f) Colaboración con equipos de cuidados paliativos, cuando aplique.

El establecimiento debe asegurar que el personal clínico esté sensibilizado y capacitado sobre el manejo integral del final de la vida en el contexto, conforme a las funciones y responsabilidades definidas en el sistema de gestión del talento humano.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento reconoce y respalda el derecho del paciente en etapa terminal a recibir una atención respetuosa y compasiva, centrada en sus necesidades únicas.

(2) Se cuenta con acciones implementadas que atienden las necesidades identificadas durante el proceso de atención.

(3) El establecimiento brinda la atención de pacientes en etapa terminal que contempla lo mencionado de los incisos a) al f) de la guía clínica.

(4) El personal clínico ha sido sensibilizado sobre las necesidades y derechos de los pacientes en etapa terminal y su familia.

(5) Todo el personal cuenta con su constancia de capacitación en cuidados paliativos.

(6) Cuando corresponde, se cuenta con mecanismos de referencia a cuidados paliativos o servicios de apoyo psicosocial, conforme a las características del paciente y a la legislación aplicable.

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolo institucional para la atención de pacientes en etapa terminal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Documento de planificación anticipada de la atención (ej. hoja de decisiones compartidas, voluntades anticipadas, resumen clínico paliativo).
- Registro de reuniones interdisciplinarias para atención de pacientes en cuidados paliativos.
- Materiales educativos entregados a pacientes y cuidadores sobre el enfoque paliativo.
- Registro de adaptación de consultas o intervenciones por indicación paliativa (duración, frecuencia, tipo de filtros).
- Documentación clínica que evidencie la identificación de necesidades emocionales, sociales o culturales del paciente.
- Constancias o evidencia de capacitación del personal clínico sobre principios de cuidados paliativos, manejo de pacientes en etapa terminal, entre otros temas.
- Registro de coordinación con equipos o unidades de cuidados paliativos externos (hospital, domicilio u otras instituciones).
- Registro de decisiones clínicas compartidas sobre suspensión o continuidad del tratamiento en etapa terminal.

ee. Estándar 31/33. Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe garantizar que todos los pacientes reciban atención adecuada para el manejo del dolor durante el proceso de atención. El dolor puede estar presente como síntoma primario, secundario o como consecuencia esperada de procedimientos, tratamientos o condiciones clínicas. Si no se trata adecuadamente, el dolor puede generar efectos físicos, emocionales y funcionales negativos que impactan directamente la calidad de vida del paciente.

Es responsabilidad institucional informar al paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario, sobre la posibilidad de presentar dolor, así como las opciones disponibles para su manejo. Este abordaje debe hacerse con respeto a su marco cultural.

Con base en el contexto del establecimiento y el alcance de los servicios prestados, se debe definir un proceso clínico que oriente la atención al paciente con dolor, el cual debe incluir al menos:

a) La identificación del dolor durante la valoración inicial y en las reevaluaciones posteriores.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Las directrices y estrategias terapéuticas para el manejo del dolor, basadas en evidencia científica, considerando el plan de atención y los objetivos clínicos.
c) La identificación de grupos de pacientes que requieren consideraciones especiales (por ejemplo: pacientes en cuidados paliativos, etc.).
d) La forma en que se informará a los pacientes cuando se espere que experimenten dolor como parte del proceso clínico.
e) Las estrategias de comunicación y educación hacia los pacientes y sus familiares sobre el manejo del dolor, en el marco de sus valores y creencias.

Se documenta en el expediente, conforme al proceso definido, la valoración inicial, así como la intervención terapéutica realizada, su evaluación y ajuste según evolución clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento define, documenta e implementa un proceso para el manejo del dolor.
(2) El proceso incluye al menos los incisos a) al e) descritos en la guía.
(3) Los pacientes que presentan dolor reciben atención conforme al proceso institucional definido para su valoración, intervención y seguimiento.
(4) El expediente clínico documenta la evaluación del dolor, las estrategias terapéuticas empleadas y la evolución del paciente en relación con el dolor reportado.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado sobre la valoración inicial, manejo y seguimiento del dolor en pacientes.
- Protocolos clínicos o guías de manejo del dolor basados en evidencia.
- Registros clínicos en el expediente que evidencien: valoración inicial, intervenciones aplicadas, reevaluación del dolor, si aplica.
- Notas de enfermería y evolución médica que documenten la respuesta terapéutica al tratamiento del dolor.
- Materiales educativos o evidencia de información sobre manejo del dolor.
- Capacitación del personal clínico en valoración y tratamiento del dolor.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ff. Estándar 32/33. Atención a pacientes con indicación de parto obstétrico

1. Guía.

El establecimiento que cuente con servicios de atención al parto debe garantizar un proceso clínico seguro, respetuoso y basado en evidencia para la atención de personas gestantes con indicación de parto, conforme a sus capacidades resolutivas, en coordinación con la red de servicios del Sistema Nacional de Salud.

Este proceso debe alinearse a las recomendaciones de la OMS para un parto seguro, considerando el respeto a la privacidad, el apoyo emocional, el manejo adecuado del dolor, la implementación de acciones esenciales para la seguridad del paciente, y el fomento a la lactancia materna.

El proceso debe estar documentado, implementado y difundido entre el personal clínico, y contemplar al menos los siguientes elementos:

a) La integración de un equipo multidisciplinario con competencias necesarias para la atención del parto.
b) La disponibilidad del servicio durante el horario de atención del establecimiento, o el mecanismo formal para su activación o enlace con unidades de mayor capacidad resolutiva.
c) La existencia y disponibilidad de insumos, medicamentos y equipamiento esenciales para la atención inicial o estabilización obstétrica.
d) La identificación oportuna de la persona recién nacida, utilizando identificadores institucionales al momento del nacimiento.
e) La atención inmediata ante una urgencia obstétrica, incluyendo la valoración clínica inicial, uso del partograma y vigilancia fetal conforme a legislación aplicable vigente.
f) El mecanismo para activar la participación del equipo de respuesta o gestionar la referencia médica inmediata.
g) La monitorización, estabilización y seguimiento clínico mientras se define o realiza el traslado, cuando corresponda.
h) La evaluación de signos de alarma y factores de riesgo obstétrico, particularmente para identificar y prevenir hemorragia intraparto y posparto.
i) El fomento a la lactancia materna desde el parto y durante el puerperio.
j) La aplicación sistemática de la Lista OMS de verificación de la seguridad del parto.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso, con base en un análisis multidisciplinario y en la legislación aplicable vigente, para guiar la atención de personas gestantes con indicaciones de parto seguro, el cual incluye, al menos, los incisos a) al j) de la guía.

(2) La práctica clínica observada es consistente con el proceso definido por el establecimiento.

(3) A todas las pacientes gestantes en trabajo de parto se les realiza un partograma de manera sistemática y acorde a la legislación aplicable vigente.

(4) En las organizaciones que brindan servicios de atención al parto y puerperio, se proporciona educación relacionada al fomento a la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas y puérperas.

(5) Existe una política para aplicar la Lista OMS de verificación de la seguridad del Parto.

(6) Se supervisa periódicamente la implementación del proceso, y se analizan los hallazgos para generar acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que describe el proceso de atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.
- Protocolos de identificación y respuesta ante emergencias obstétricas en el primer nivel de atención.
- Registros de activación del equipo de respuesta o de traslado.
- Listas de verificación o formatos de revisión de insumos y medicamentos obstétricos críticos.
- Evidencia de capacitación del personal en identificación, estabilización y referencia de urgencias obstétricas.
- Reportes de análisis de casos de urgencias obstétricas atendidas en el establecimiento.
- Actas de revisión de cumplimiento del proceso y de coordinación con unidades de segundo o tercer nivel.

gg. Estándar 33/33. Práctica clínica segura de la acupuntura.

1. Guía.

La acupuntura, como intervención terapéutica complementaria reconocida en diversos sistemas de salud, ha demostrado beneficios en el tratamiento del dolor, náuseas, ansiedad, y otras condiciones clínicas cuando es aplicada de manera segura y bajo criterios clínicos

SIN VALIDEZ OFICIAL

claramente establecidos. No obstante, como todo procedimiento clínico que involucra intervención física en el cuerpo del paciente, conlleva riesgos que deben ser gestionados de forma adecuada.

Cuando el establecimiento ofrece servicios de acupuntura, esta debe realizarse de forma segura, ética y conforme a la legislación aplicable vigente. El establecimiento debe definir, documentar e implementar un proceso institucional para la práctica de la acupuntura, basado en un análisis técnico y con participación multidisciplinaria, que contemple las necesidades clínicas, los riesgos asociados y las condiciones del entorno operativo.

El proceso debe incluir al menos:

a) La planificación individualizada de la atención, considerando riesgos clínicos y poblaciones especiales (por ejemplo, pacientes pediátricos, obstétricas o en áreas de cuidados intensivos).
b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.
c) La obtención del consentimiento informado cuando corresponda.
d) Los criterios para la monitorización del paciente durante y después del procedimiento.
e) Las competencias requeridas para el personal clínico autorizado a realizar acupuntura, conforme a la legislación aplicable vigente y lo definido por el sistema de gestión del talento humano.
f) La disponibilidad y control de insumos y equipo especializado, garantizando que las agujas u otros materiales sean estériles, de un solo uso y cuenten con autorización sanitaria.
g) La delimitación de los contextos clínicos en los que la acupuntura puede emplearse como medida complementaria o paliativa, especialmente en pacientes con dolor crónico o en etapa terminal.

El proceso debe ser supervisado periódicamente, con participación del personal involucrado, y los hallazgos utilizados para generar acciones de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la práctica de la acupuntura, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) El proceso incluye de los incisos a) al g) de la guía.
(3) El personal que realiza acupuntura cuenta con formación y certificación conforme a lo establecido por la legislación aplicable vigente.
(4) La atención con acupuntura se documenta en el expediente clínico del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

(5) El establecimiento ha definido una dinámica de supervisión periódica con participación multidisciplinaria para verificar la correcta implementación del proceso.
(6) Los hallazgos derivados de la supervisión se documentan y generan acciones de mejora.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la práctica de la acupuntura.
- Protocolos clínicos que incluyan criterios de indicación, monitoreo y contraindicación.
- Listado del personal autorizado para realizar acupuntura y su documentación de competencias.
- Registros de consentimiento informado aplicables a acupuntura.
- Lista de verificación de insumos aprobados para acupuntura.
- Evidencia de supervisiones y actas de reuniones multidisciplinarias.
- Registros de mejora derivados de la práctica de acupuntura.

E. EGRESO

a. Estándar 1/1. Definición del proceso que guía el alta médica del paciente.

1. Guía.

El establecimiento debe contar con un proceso estructurado y centrado en el paciente, que oriente el alta médica del paciente del establecimiento, ya sea por término del tratamiento programado o bien, abandono voluntario.

Este proceso debe ser definido por el establecimiento y ejecutado por el personal médico responsable de la atención, tomando en cuenta las necesidades específicas del paciente, los criterios clínicos, los aspectos operativos que garanticen la continuidad de la atención, así como la información necesaria y suficiente para procurar la seguridad del paciente una vez concluido su tratamiento.

Este proceso debe considerar, al menos:

a. La validación por parte del médico responsable de la conclusión del tratamiento o abandono voluntario del mismo por el paciente.
b. La notificación del término del tratamiento programado al paciente y/o a su cuidador primario.
c. La información o recomendaciones clínicas o administrativas posteriores al término del tratamiento (como próximas citas,

SIN VALIDEZ OFICIAL

medidas de cuidado general y específico, si corresponde, instrucciones médicas, seguimientos, etc.).

En los casos en los que el paciente requiere atención adicional (por ejemplo, apoyo nutricional, social o en salud mental), el establecimiento debe identificar y, en su caso, facilitar el vínculo con servicios disponibles en la comunidad o en su red de atención.

El alta médica del paciente debe documentarse en el expediente clínico, y debe asegurarse que el paciente y/o su cuidador primario comprende las recomendaciones entregadas.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso estructurado para el alta médica de los pacientes atendidos, conforme a la legislación aplicable vigente.

(2) El proceso de alta médica contempla lo definido en los incisos a) al c) de la guía.

(3) Cuando corresponda, según las necesidades del paciente, el establecimiento identifica y facilita los servicios de apoyo disponibles en la comunidad o en su red de atención, para facilitar el seguimiento posterior al egreso.

(4) El alta médica del paciente y las recomendaciones posteriores quedan documentadas, en una nota médica, en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para el alta médica de pacientes atendidos en el establecimiento
- Registro clínico de alta médica del paciente firmado por el médico responsable.
- Formato de alta médica, utilizado y archivado en el expediente
- Evidencia de referencias realizadas a otros servicios (hospital, urgencias, salud mental, etc.), incluyendo documento de derivación o nota médica correspondiente.
- Listado de servicios comunitarios o institucionales disponibles para seguimiento y/o apoyo de pacientes que fueron dados de alta.
- Registros de capacitación al personal clínico sobre el proceso de egreso, continuidad de la atención y vinculación con servicios externos.
- Indicadores o reportes de seguimiento sobre cumplimiento del proceso de egreso o eventos asociados a discontinuidad del tratamiento (cuando aplique).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

F. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

a. Estándar 1/8. Identificación del médico responsable de la atención del paciente.

1. Guía.

En los establecimientos de primer nivel de atención, la continuidad de la atención clínica requiere que cada paciente tenga identificado un médico responsable, cuya función es coordinar, supervisar y garantizar la atención durante su tratamiento en el establecimiento.

El médico responsable es el profesional clínico competente que lidera la planificación, seguimiento y evaluación, y actúa como referente principal para el paciente, su cuidador primario y se comunica con el resto del equipo multidisciplinario.

Este profesional debe estar claramente identificado en el expediente clínico y debe documentar o validar la atención médica brindada, incluyendo la toma de decisiones clínicas relevantes, la prescripción de tratamientos y los ajustes del plan terapéutico.

En caso de que exista un cambio en la responsabilidad médica (por ejemplo, rotación por turnos o sustitución del médico tratante), este cambio debe estar documentado en el expediente clínico e informado al paciente o a su cuidador primario, cuando corresponda.

Cuando un médico en formación documenta la atención planeada y brindada, ésta se valida por el médico responsable del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica formalmente a un médico responsable de la atención de cada paciente atendido en el establecimiento de primer nivel de atención y lo documenta en el expediente clínico.

(2) El médico responsable documenta la atención planeada y brindada, incluyendo los ajustes al tratamiento, y en su caso, valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.

(3) En caso de cambio de médico responsable, el establecimiento documenta la modificación en el expediente clínico con la justificación correspondiente, e informa al paciente o su cuidador primario, conforme a lo definido en su proceso.

(A). Referencia de apoyo.

- Registro institucional de asignación médica, que evidencie la relación entre cada paciente y su médico tratante.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Expediente clínico del paciente, con el nombre, firma y cédula profesional del médico responsable documentado en hoja de ingreso o evolución.
- Notas clínicas validadas por el médico responsable, especialmente si participan médicos en formación u otros clínicos.
- Registro o acta de cambio de médico tratante, con motivos, fecha y validación de continuidad del tratamiento.
- Comunicación documentada al paciente o cuidador primario, cuando se informe del cambio de médico tratante.
- Política o lineamiento sobre responsabilidad clínica en atención ambulatoria crónica, incluyendo definición de roles.

b. Estándar 2/8. Definición del proceso de interconsulta entre servicios del establecimiento.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención deben contar con un proceso definido para realizar interconsultas entre servicios o áreas, ya sea dentro del mismo establecimiento (por ejemplo, de medicina general a salud mental o nutrición) o con servicios externos de segundo o tercer nivel cuando sea necesario.

Este proceso permite responder de manera oportuna a las necesidades de atención de las personas usuarias, asegurar la continuidad del cuidado y evitar retrasos en el diagnóstico o tratamiento. La interconsulta debe realizarse conforme a la legislación aplicable vigente.

El proceso institucional debe incluir:

a) Los criterios y momentos clínicos en que debe solicitarse una interconsulta.
b) La documentación estandarizada en el expediente clínico, incluyendo el motivo, seguimiento y resultados obtenidos.
c) La responsabilidad del personal que solicita, responde y da seguimiento a la interconsulta.
d) Los tiempos de respuesta y mecanismos de priorización cuando sea clínicamente urgente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la realización de interconsultas entre servicios internos o externos, incluyendo criterios clínicos, flujos y responsabilidades.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Las interconsultas se documentan de forma estandarizada en el expediente clínico, incluyendo solicitud, seguimiento y respuesta.
(3)El personal clínico conoce y aplica el proceso de interconsulta conforme a lo definido por el establecimiento.
(4)El establecimiento evalúa periódicamente el cumplimiento del proceso de interconsulta y toma acciones de mejora cuando se identifiquen desviaciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado de interconsulta.
- Formatos o plantillas para registro de interconsultas en el expediente clínico.
- Registros de capacitación o difusión del proceso entre el personal clínico.
- Ejemplos de interconsultas documentadas con seguimiento clínico en el expediente.
- Informes de evaluación de cumplimiento del proceso (auditorías, indicadores, revisiones de expediente).
- Listado de servicios disponibles para interconsulta dentro y fuera del establecimiento, con criterios de referencia.

c. Estándar 3/8. Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe contar con un proceso documentado, estandarizado y conocido por el personal para gestionar el traslado de pacientes a otro establecimiento, cuando no sea posible brindar la atención dentro de su capacidad resolutiva.
El traslado puede requerirse en situaciones como:

i. Condiciones clínicas que superan los recursos del establecimiento.
ii. Necesidad de atención de servicios especializados o intervención urgente.
iii. Complicaciones que requieren observación médica continua o procedimientos fuera del alcance del establecimiento.

El proceso de traslado describe al menos, lo siguiente:

a) Criterios clínicos y operativos para determinar cuándo un paciente debe ser trasladado a otro establecimiento.
b) Responsabilidad sobre el paciente durante el traslado (por ejemplo, personal de ambulancia, médico tratante, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Transferencia formal de la atención entre proveedores y el establecimiento, incluyendo el envío de información clínica relevante y la notificación al establecimiento receptor.
d) Medidas en caso de que no sea posible el traslado inmediato, como la estabilización del paciente, así como la comunicación con autoridades o redes de atención.

Este proceso debe documentarse claramente en el expediente clínico e incluir evidencia de:

• La decisión clínica que justifica el traslado.
• La comunicación con el establecimiento receptor.
• Las acciones tomadas durante la espera o el proceso de referencia.

En el caso de los EPNI, profesional titular debe contar con un proceso implementado para gestionar el traslado de pacientes a otro establecimiento de salud, cuando la capacidad resolutiva del consultorio sea insuficiente. Este proceso debe garantizar la seguridad y continuidad de la atención, definiendo los criterios clínicos que determinan cuándo un paciente debe ser referido o trasladado, así como los medios de comunicación y coordinación necesarios con el establecimiento receptor.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el traslado de pacientes a otros establecimientos cuando la atención no puede ser garantizada en el establecimiento.
(2)El proceso incluye al menos lo mencionado en los incisos a) al d) de la guía.
(3)El personal está capacitado y aplica el proceso conforme a lo establecido.
(4)Se documentan las decisiones, acciones y comunicaciones relacionadas con cada traslado en el expediente clínico del paciente.

(1)Se cuenta con los criterios clínicos documentados para determinar cuándo un paciente debe ser trasladado a otro establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado para el traslado de pacientes
- Listado de criterios clínicos y operativos definidos por el establecimiento para determinar cuándo debe realizarse un traslado.
- Formato o registro de traslado que evidencie: La justificación clínica del traslado, el establecimiento receptor, la persona responsable del traslado, la hora de salida y llegada, si aplica.
- Notas clínicas en el expediente del paciente que documenten La decisión de traslado y comunicación con el establecimiento receptor.
- Convenios, acuerdos o directorio de referencia con unidades receptoras.
- Capacitación al personal sobre el proceso de traslado y su rol durante el mismo.
- Reportes o actas de revisión de traslados realizados como parte del sistema de mejora de la calidad.

d. Estándar 4/8. Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.

1. Guía.

Para garantizar la continuidad del tratamiento en pacientes que requieren ser trasladados o referidos a otro establecimiento, el establecimiento debe asegurarse de que el lugar receptor cuenta con la capacidad resolutiva necesaria para atender las necesidades del paciente.

En aquellos casos donde los traslados o referencias ocurren con frecuencia, el establecimiento debe contar con convenios formales o informales que definan los términos de referencia, asegurando la aceptación oportuna y las condiciones para la recepción del paciente.

El establecimiento también debe contar con un directorio actualizado de instituciones receptoras, incluyendo:

a) Nombre del establecimiento.
b) Tipo de atención que ofrece.
c) Dirección y medios de contacto (teléfono, correo u otros).
d) Horarios de atención o requisitos específicos de referencia.

Este listado debe estar disponible para el personal autorizado. Cuando no se pueda confirmar la capacidad resolutiva del receptor, el paciente no debe ser trasladado hasta contar con una alternativa viable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento verifica que el establecimiento receptor cuenta con la capacidad resolutiva para atender al paciente que será trasladado o referido.

(2)Existen convenios formales o informales documentados con establecimientos receptores cuando la referencia ocurre de manera recurrente.

(3)Se dispone de un directorio vigente de establecimientos a los que pueden referirse pacientes.

(4)El personal responsable del traslado conoce y aplica estos criterios antes de referir al paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Directorio vigente de establecimientos receptores, con datos completos.
- Convenios formales o acuerdos de colaboración para traslado o referencia.
- Registro de verificación documentada de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor (formato de confirmación o evidencia de llamada/documento).
- Acciones definidas para la verificación previa a la referencia o traslado de pacientes.
- Registro de personal capacitado en los criterios y lineamientos para referir o trasladar pacientes.
- Ejemplos de referencia documentada con confirmación de recepción por parte del establecimiento receptor.
- Indicadores o registros de seguimiento sobre cumplimiento de procesos de referencia/traslado (auditoría interna, revisión de expedientes, etc.).

e. Estándar 5/8. Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.

1. Guía.

Para asegurar la continuidad de la atención del paciente durante un traslado (referencia o contrarreferencia), el establecimiento de primer nivel de atención debe entregar al establecimiento receptor un resumen clínico con información completa, clara, suficiente y actualizada conforme a la legislación aplicable vigente.

Esta transferencia de información clínica debe realizarse mediante una nota de referencia/contrarreferencia, elaborada por el médico responsable del paciente u otro profesional autorizado. En caso de ser

SIN VALIDEZ OFICIAL

realizada por un médico en formación, esta debe ser validada por el médico responsable.

Esta nota clínica debe proporcionar un panorama general del estado clínico del paciente, la atención recibida, el motivo del envío y las necesidades clínicas para la atención posterior. La nota debe incluir, al menos, los siguientes elementos:

a) Datos de identificación del paciente.
b) Nombre del establecimiento que refiere.
c) Nombre del establecimiento receptor.
d) Motivo del envío.
e) Fecha y hora de la referencia.
f) Impresión diagnóstica (incluye comorbilidades y riesgos relevantes).
g) Terapéutica empleada, procedimientos realizados o tratamientos iniciados.
h) Estado clínico actual del paciente.
i) Necesidades de atención continua, como vigilancia, acceso vascular, tratamiento farmacológico, entre otras.
j) Nombre completo y firma del profesional que refiere.

El resumen clínico debe estar documentado, firmado y anexado al expediente clínico del paciente. En los casos aplicables, se debe entregar también una copia al paciente o cuidador primario.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para la elaboración y entrega de la nota de referencia/contrarreferencia al momento de referir o trasladar a un paciente a otro establecimiento.

(2) El resumen clínico es elaborado por un médico autorizado y contiene al menos los elementos del inciso a) al j) de la guía.

(3) El resumen clínico es entregado al establecimiento receptor junto con el paciente.

(4) La nota de traslado, debidamente firmada, se anexa en el expediente clínico y, cuando corresponde, se entrega una copia al paciente o cuidador primario.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso institucional documentado para la elaboración de notas de referencia/contrarreferencia.
- Formato institucional de resumen clínico o nota de traslado conforme a la legislación aplicable vigente.
- Registro de traslado con evidencia de entrega del resumen clínico al establecimiento receptor.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Nota de referencia documentada y firmada por médico tratante, anexada en el expediente clínico del paciente.
- Copia de resumen clínico entregado al paciente o cuidador primario, cuando corresponde.

f. Estándar 6/8. Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe garantizar que, cuando se realiza el traslado de un paciente a otro establecimiento, el cuidado durante el traslado sea proporcionado por personal que cuente con las competencias necesarias, de acuerdo con el estado clínico del paciente.
El proceso de traslado puede variar en complejidad, desde pacientes estables que no requieren intervención activa, hasta pacientes con condiciones críticas que necesitan monitorización continua, administración de oxígeno, manejo de accesos vasculares o respuesta ante emergencias.
El establecimiento debe evaluar el estado clínico del paciente antes del traslado y definir quién será responsable de su atención durante el mismo. Esto implica:

a) Identificar si se requiere personal clínico (enfermero/a, médico) capacitado para acompañar al paciente.
b) Asegurar que el personal asignado cuente con los conocimientos, habilidades y recursos para manejar posibles complicaciones durante el traslado.
c) Asegurar que el medio de traslado sea adecuado (unidad móvil equipada, ambulancia con soporte vital, etc.).

Cuando el traslado sea realizado por un servicio subrogado, el establecimiento debe asegurarse de que el proveedor cumpla con los mismos criterios de competencia clínica, vigilancia y respuesta ante eventos, conforme a las especificaciones de calidad definidos por el establecimiento.
Cuando se traslada a un paciente inestable, debe implementarse un protocolo que incluya monitorización continua, según aplique.
El establecimiento debe documentar quién fue responsable del paciente durante el traslado, el nivel de vigilancia proporcionado, y de ser posible, si hubo incidentes clínicos durante el trayecto.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento evalúa el estado clínico del paciente antes del traslado y determina el nivel de vigilancia requerido.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El cuidado durante el traslado es proporcionado por personal con las competencias necesarias, conforme al estado del paciente.
(3)En traslados realizados por servicios subrogados, el establecimiento verifica que el personal asignado cumple con las competencias requeridas.
(4)Cuando corresponde, el paciente es monitorizado durante el traslado.
(5)El expediente clínico documenta el nombre del responsable del traslado, el tipo de vigilancia proporcionada y de ser posible, cualquier evento relevante durante el trayecto.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso para traslados de pacientes, incluyendo criterios de acompañamiento clínico.
- Evaluación pre-traslado documentada en el expediente clínico.
- Registro de traslado con nombre del responsable, estado del paciente y observaciones del trayecto.
- Lista de personal clínico capacitado para traslados.
- Bitácora de eventos durante traslados (cuando aplica).
- Capacitación documentada sobre manejo de pacientes durante el traslado, según niveles de complejidad.

g. Estándar 7/8. Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.

1. Guía.

Cuando se realiza una referencia, traslado o egreso de un paciente, el establecimiento debe considerar las condiciones clínicas y sociales del paciente para determinar si requiere apoyo en el traslado. Este componente es particularmente relevante para pacientes en situación de vulnerabilidad, riesgo social o sin acompañamiento.

El establecimiento debe evaluar las necesidades de transporte, asegurando que el paciente reciba orientación, apoyo logístico y, cuando sea posible, coordinación con servicios internos, subrogados o cuidadores primarios.

Esto incluye casos en los que el paciente:

a) No puede movilizarse por sí mismo debido a discapacidad o estado clínico.
b) Requiere monitoreo clínico o acompañamiento por personal capacitado durante el traslado.
c) Carece de redes familiares o sociales que puedan apoyarlo en el retorno seguro a su domicilio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Además, se debe contar con un directorio actualizado de servicios de ambulancia, públicos o privados, con información de contacto, ante situaciones en las que el traslado debe realizarse con medios especializados.
Toda la gestión relacionada con el transporte debe quedar documentada en el expediente clínico.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso que considera las necesidades de transporte.
(2) Se evalúa y documenta si el paciente requiere apoyo para su traslado según su estado clínico o situación social.
(3) Cuando corresponde, se realiza coordinación con familiares, servicios subrogados o autoridades locales para facilitar el traslado seguro.
(4) Se cuenta con un directorio vigente y accesible de servicios de ambulancia u otras opciones de transporte asistido.
(5) El apoyo brindado o gestionado para el traslado queda documentado en el expediente clínico del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato o sección dentro del proceso de referencia o egreso que contemple necesidades de transporte.
- Evaluación clínica del paciente que determine si requiere apoyo para el traslado.
- Directorio vigente de ambulancias o transporte asistido, con datos de contacto.
- Registro en expediente clínico de la coordinación realizada con familiares o servicios.

h. Estándar 8/8. Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico al finalizar la atención.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe proporcionar a cada paciente y, cuando corresponda, a su cuidador primario instrucciones claras y comprensibles al momento finalizar la atención.
Estas instrucciones son esenciales para asegurar la continuidad del tratamiento, la identificación oportuna de complicaciones y la adopción de medidas que promuevan la seguridad del paciente en el entorno ambulatorio o domiciliario.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estas instrucciones deben adaptarse al nivel de comprensión del paciente y/o su cuidador primario, y se entregan de forma verbal y escrita, utilizando lenguaje sencillo y, si se requiere, materiales complementarios (pictogramas, esquemas, formatos adaptados).

El establecimiento debe definir un proceso estandarizado para entregar instrucciones, que deben incluir:

a) El plan de seguimiento médico.
b) Establecimientos de referencia.
c) Recomendaciones específicas sobre medicamentos prescritos o suspendidos, dieta, restricciones y vigilancia.
d) Signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata.
e) Medidas de autocuidado o apoyo familiar.
f) Datos de contacto del establecimiento, incluyendo los medios para resolver dudas o acceder a servicios fuera del horario habitual.
g) Indicaciones para la próxima consulta.
h) Fechas de programación de consultas de seguimiento.
i) Signos y síntomas de alarma que ameriten atención médica inmediata.

Cuando el paciente tenga limitaciones cognitivas, sensoriales, educativas o de otra índole, el cuidador primario debe recibir esta información, principalmente si desempeña un papel dentro del proceso de atención, y quedar registrada su participación.

Toda la información proporcionada debe documentarse en el expediente clínico y dejar constancia que respalde la evidencia de entrega al paciente o cuidador primario.

En el caso de los EPNI, el profesional titular debe proporcionar a cada paciente, y cuando corresponda a su cuidador primario, indicaciones claras y comprensibles sobre el seguimiento clínico posterior a la consulta. Estas indicaciones deben incluir la fecha de la próxima cita o los criterios que determinen la necesidad de una revaloración anticipada, así como las recomendaciones básicas para garantizar la seguridad del paciente y la continuidad de la atención. La información debe adaptarse al nivel de comprensión del paciente, entregarse de manera verbal y, de ser posible, documentarse en el expediente clínico.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento proporciona instrucciones de seguimiento al egreso en un formato claro, estructurado y comprensible para el paciente y/o su cuidador primario.
(2)Las instrucciones incluyen indicaciones específicas sobre seguimiento clínico, próxima cita o condiciones para revaloración.
(3)Las instrucciones incluyen signos de alarma o datos que indican la necesidad de buscar atención inmediata.
(4)Cuando corresponde, el cuidador primario también recibe las instrucciones.
(5)La entrega de las instrucciones y la comprensión por parte del paciente/cuidador se documenta en el expediente clínico.

(1)Se brindan al paciente indicaciones específicas sobre seguimiento clínico, incluyendo la próxima cita o las condiciones para revaloración, y estas quedan documentadas en el expediente clínico.

(A). Referencia de apoyo.

- Formato institucional para la entrega de instrucciones al paciente y/o cuidador primario en el egreso o al término de la sesión.
- Evidencia de entrega escrita de las instrucciones al paciente o cuidador primario.
- Materiales informativos complementarios utilizados por el establecimiento (formatos con pictogramas, hojas con recomendaciones, etc.).
- Política o proceso documentado sobre la entrega de instrucciones al egreso o al cierre de una sesión, incluyendo cuándo y cómo deben emitirse.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

X. EJE ESTRUCTURAL: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

La mejora continua permite a las organizaciones identificar oportunidades de fortalecimiento, corregir desviaciones, aprender de sus resultados y adaptar sus procesos a un entorno cambiante. Este eje estructural evalúa la capacidad institucional para medir su desempeño, auditar sus procesos, incorporar la voz del paciente y del personal, e implementar acciones de mejora basadas en datos y evidencia.

Componente	Estándar	
A. Mejora continua	1	Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	2	Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.
	3	Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	4	Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
	5	Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.
	6	Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.
	7	Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.
	8	Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.
	9	Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.
	10	Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.
	11	Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.
	12	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.
	13	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.
	14	Análisis sistemático los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.
	15	Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.
	16	Implementación y consolidación de acciones de mejora.
	17	Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	18	Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
	19	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen.

SIN VIGENCIA OFICIAL

Componente	Estándar	
A. Mejora continua	20	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio.
	21	Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.
	22	Evaluación institucional de los resultados de la atención médica a distancia.
B. Sistema de salud	1	Conocimiento y ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).
	2	Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.
	3	Certificación del establecimiento como Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE).
	4	Participación y reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.
	5	Participación del establecimiento en acciones para mejorar las condiciones de salud de la comunidad.
	6	Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

A. MEJORA CONTINUA

a. Estándar 1/22. Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe desarrollar un plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente como instrumento estratégico que articule de forma sistémica y transversal los esfuerzos institucionales para consolidar una cultura de calidad, seguridad y mejora continua.

El gobierno y los líderes del establecimiento son responsables de analizar de manera integral la información generada por la implementación de los procesos clínicos y de gestión, con el objetivo de evidenciar y conducir las mejoras derivadas de estos procesos.

Este plan debe elaborarse mediante un enfoque de sistema, con liderazgo directivo y participación multidisciplinaria, e integrar tanto estrategias proactivas como reactivas:

i. El enfoque proactivo se basa en el proceso de gestión de riesgos, que incluye la identificación, priorización, análisis y toma de decisiones, con el propósito de disminuir la posibilidad que los riesgos identificados se materialicen. Para ello, el establecimiento puede emplear herramientas como análisis de causa-raíz (ACR) prospectivo, matrices de priorización, análisis de barreras, flujogramas u otros mecanismos definidos institucionalmente o alineados a proyectos de mejora.

ii. El enfoque reactivo no solo considera la información generada por el sistema de notificación de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, sino también los mecanismos de supervisión y monitoreo de los procesos clínicos y de gestión establecidos dentro de los estándares del modelo. Este enfoque permite aprender de las situaciones que ya han ocurrido y tomar decisiones basadas en evidencia.

El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente no debe concebirse como un documento aislado, sino como una herramienta activa que integra, organiza y dirige las acciones necesarias para alcanzar los objetivos institucionales de mejora continua.

El plan tiene un alcance organizacional y debe actualizarse anualmente. Para su efectividad, debe integrar al menos los siguientes seis elementos:

a) Evaluación integral de riesgos y problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b) Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.
c) Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramientas de estandarización.
d) Evidencia de seguimiento y mejora de las prioridades mediante indicadores u otros mecanismos.
e) Programa de auditoría y supervisión de los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS.

El cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento es el responsable final de la calidad y seguridad del paciente. Por ello, debe demostrar su compromiso y liderazgo aprobando, supervisando e impulsando la implementación del plan, asegurando su alineación con el MOCEBPASS y su integración efectiva en todos los niveles del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente se basa en la evaluación y priorización de riesgos y problemas institucionales.
(2) El plan incluye, al menos, los siguientes seis elementos presentados en los incisos a) al e) de la guía.
(3) El plan ha sido revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno o directivos.
(4) El documento del plan describe de forma clara cómo se desarrollan, articulan e implementan las acciones de calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- Acta o constancia de revisión y aprobación por el cuerpo directivo.
- Informes de evaluación de riesgos, matriz de riesgos u otras herramientas de análisis proactivo.
- Sistema o registros de notificación y análisis de eventos adversos y cuasifallas.
- Protocolos clínicos o guías de práctica clínica implementadas en la institución.
- Indicadores utilizados para seguimiento de mejoras.
- Reportes periódicos de avance y resultados del plan de mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Estándar 2/22. Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o su equivalente, conformado de manera multidisciplinaria, con el objetivo de coordinar, evaluar y dar seguimiento a las acciones institucionales relacionadas con la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

Este comité es un órgano colegiado de carácter técnico consultivo, cuyas funciones incluyen el análisis de los problemas relacionados con la calidad, la formulación de acciones de mejora continua, la evaluación de resultados y el fortalecimiento de la cultura de calidad y seguridad, en concordancia con el MOCEBPASS.

El comité debe estar integrado al menos por el titular del establecimiento (quien lo preside), personal clínico, de calidad y de áreas relevantes para los procesos clínicos y de gestión. En los establecimientos que carezcan de la capacidad para integrar un COCASEP propio (ej. Centros de Salud con menos de 5 núcleos básicos, brigadas o casas de salud), su integración se realizará a través del COCASEP jurisdiccional correspondiente. Debe sesionar de forma periódica, tener objetivos y funciones formalmente definidos, y contar con mecanismos documentados para:

a) Avalar, supervisar e impulsar el diseño y la implementación del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
b) Tomar decisiones basadas en evidencia, derivada de indicadores, análisis de eventos, resultados de auditorías y experiencia del paciente.
c) Articularse con otros comités clínicos y técnicos del establecimiento, o jurisdiccionales, cuando aplique.
d) Asegurar el seguimiento puntual de los acuerdos adoptados.
e) Elaborar y presentar una memoria anual institucional.

Los temas por tratar en el COCASEP pueden incluir los siguientes aspectos, entre otros definidos por el establecimiento.

i. Avances respecto a las revisiones previas.
ii. Cambios que afecten la calidad y seguridad del paciente en el establecimiento.
iii. Resultados sobre las quejas y experiencia del paciente.
iv. Las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.
v. Los resultados de la implementación de procesos y barreras de seguridad para mejorar el desempeño de los procesos y servicios.

SIN VALIDEZ OFICIAL

vi. Los resultados de las evaluaciones realizadas, las inconsistencias identificadas y acciones tomadas.
vii. El desempeño de los proveedores.
viii. Las oportunidades de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.
(2) El comité cuenta con objetivos y funciones definidas, alineadas al MOCEBPASS.
(3) El comité es presidido por el titular del establecimiento o su equivalente en funciones de gobierno institucional.
(4) El comité sesiona de forma periódica y documenta sus sesiones mediante minutas, acuerdos y seguimiento.
(5) El comité realiza, al menos, las siguientes funciones enlistadas del inciso a) al e) de la guía.
(6) En caso de no contar con un comité formal, el establecimiento implementa mecanismos alternos documentados para el análisis periódico de la información y la toma de decisiones sobre calidad y seguridad.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que formaliza la conformación del COCASEP (acta de instalación, nombramientos).
- Actas de sesiones periódicas del comité con evidencia de acuerdos y seguimiento.
- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente avalado por el comité.
- Memoria anual del COCASEP.
- Calendario institucional de sesiones.
- Informes de subcomités vinculados (ej. expediente clínico, mortalidad, seguridad del paciente).
- Evidencia de decisiones tomadas con base en análisis de indicadores, eventos adversos o supervisiones.
- Documento alternativo con mecanismos de análisis si no existe comité formal.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. Estándar 3/22. Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe realizar una evaluación integral de riesgos y problemas como base para definir prioridades institucionales relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente. Esta evaluación permite identificar, priorizar y gestionar de forma estructurada aquellos factores que pueden afectar negativamente los procesos clínicos y de gestión.

El riesgo se refiere a la probabilidad de que ocurra un evento que produzca consecuencias negativas. El análisis de riesgos parte del principio de que la seguridad nunca es absoluta. Los riesgos están presentes en todas las actividades, y si bien muchos no pueden eliminarse por completo, pueden ser gestionados para reducir su probabilidad, su impacto o ambos.

Esta evaluación se debe aplicar a todos los procesos relevantes del establecimiento, tanto clínicos como de gestión, que impactan en la calidad y seguridad del paciente, personal e infraestructura. Es importante incluir no solo riesgos potenciales, sino también eventos que ya han ocurrido en el pasado y que pueden repetirse si no son gestionados adecuadamente.

La gestión de riesgos institucional debe incluir, al menos, los siguientes pasos:

a) Identificación de riesgos con la participación directa del personal involucrado en los procesos, a partir del análisis de sus actividades, reportes de eventos o inspecciones internas.
b) Priorización de los riesgos detectados conforme a una metodología previamente definida por el establecimiento.
c) Análisis y gestión de los riesgos para proponer intervenciones o acciones de mejora orientados a limitar el impacto de estos en el establecimiento.
d) Integración de los resultados de esta evaluación al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, asegurando que las prioridades institucionales reflejen las áreas de mayor vulnerabilidad y oportunidad.

Este proceso se vincula directamente con la función del comité o grupo responsable de la calidad, y debe ser documentado, trazable y actualizable de forma periódica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)La definición de prioridades para la calidad y seguridad del paciente se basa en una evaluación integral de riesgos y problemas institucionales.

(2)La identificación de riesgos considera todos los procesos clínicos y de gestión que impactan en la seguridad del paciente, del personal y de la infraestructura.

(3)El personal involucrado en los procesos participa en la identificación de los riesgos.

(4)Los riesgos son priorizados con base en la metodología definida por el establecimiento.

(5)Los riesgos son analizados y gestionados como parte integral del desarrollo del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(6)Se implementan acciones de mejora como resultado del análisis y priorización de riesgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento que describe la metodología institucional para la identificación y priorización de riesgos.
- Matrices de riesgos o reportes institucionales de evaluación por áreas o procesos.
- Evidencia de participación del personal operativo en la identificación de riesgos (actas, talleres, encuestas).
- Listados priorizados de riesgos con criterios definidos (probabilidad, impacto, recurrencia).
- Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente con acciones alineadas a los riesgos evaluados.
- Registros de seguimiento y mejora derivados del análisis de riesgos (reportes de avance, indicadores, minutas de comités).

d. Estándar 4/22. Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe implementar un sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente como componente esencial del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente. Este sistema debe permitir identificar, analizar y aprender de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, con el objetivo de prevenir su recurrencia, fortalecer la cultura de seguridad y

SIN VALIDEZ OFICIAL

mejorar los procesos institucionales. Su enfoque debe ser proactivo, no punitivo y orientado a la mejora.

Cada establecimiento debe establecer, documentar y difundir las definiciones operativas de los eventos que deben ser notificados, considerando su contexto clínico y organizacional, con el objetivo de facilitar su identificación por parte del personal operativo.

Si bien los eventos adversos con consecuencias graves afectan directamente a los pacientes, también impactan al personal involucrado y a la institución. Por ello, el sistema debe contemplar mecanismos para la atención integral de las víctimas, así como estrategias de comunicación y manejo institucional del impacto.

El sistema debe estar alineado con los criterios establecidos por la AESP 7 y debe incluir, al menos, los siguientes componentes:

a) Las definiciones operativas de cuasifallas, evento adverso y evento centinela.
b) Un mecanismo accesible, confidencial y no punitivo para su notificación.
c) Un proceso definido para el análisis de causa-raíz (ACR) de eventos centinela y el análisis periódico de patrones y tendencias de eventos adversos y cuasifallas.
d) El proceso para la atención del personal afectado por un evento adverso graves, que puede incluir apoyo psicológico o contención institucional.
e) Un protocolo de comunicación institucional y manejo de crisis en casos de eventos adversos con impacto reputacional o social.
f) Lineamientos claros para la gestión y confidencialidad de la información generada por el sistema.
g) Un mecanismo que asegure la toma de decisiones informadas, orientadas a la mejora.
h) Estrategias de retroalimentación periódica a las áreas, al COCASEP y a los líderes y al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

Este sistema debe estar documentado, difundido, supervisado y vinculado directamente con el proceso de gestión de riesgos, el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y el comité correspondiente (COCASEP o equivalente).

i. Requerimiento auditable.

(1) El plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente incluye la implementación de un sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)El sistema definido por el establecimiento incluye, al menos, los elementos enlistados del inciso a) al h) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Manual institucional del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
- Definiciones operativas institucionales de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
- Reportes mensuales o acumulados de notificación, análisis y acciones derivadas.
- Registro de capacitaciones al personal sobre el sistema de notificación.
- Evidencia de atención a segunda víctima (canales de apoyo, seguimiento psicológico, etc.).
- Informes de retroalimentación y análisis enviados al COCASEP o cuerpo de gobierno y/o alta dirección.
- Vínculo documental entre los eventos notificados y las decisiones institucionales de mejora.

e. Estándar 5/22. Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe asegurar que todos los eventos centinela notificados o identificados sean analizados a través de un proceso estructurado, con el propósito de implementar acciones que disminuyan la probabilidad de su recurrencia.

Un evento centinela se define como un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función, no atribuible al curso natural de la enfermedad o condición del paciente. La OMS lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente”.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Este análisis no necesariamente implica la existencia de un error clínico, pero exige una respuesta institucional inmediata y sistemática.

Cada establecimiento debe definir de manera operativa el concepto de evento centinela, considerando al menos los siguientes escenarios cuando correspondan a su contexto:

a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente.
b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente.
c) Procedimiento en el lugar incorrecto, procedimiento incorrecto o paciente equivocado.
d) Muerte materna.
e) Suicidio.
f) Violación, maltrato u homicidio de cualquier paciente dentro del establecimiento.

El análisis de cada evento centinela debe iniciarse tan pronto como sea posible y concluirse dentro de los 45 días posteriores a la fecha del evento o su notificación. El desarrollo del análisis de causa-raíz debe cumplir los siguientes criterios:

i. Enfoque multidisciplinario, incluyendo al personal involucrado directa o indirectamente.
ii. Participación de los líderes del establecimiento, como parte de su función de toma de decisiones en calidad y seguridad.
iii. Enfoque de mejora y no punitivo, orientado a encontrar fallas en los procesos y barreras institucionales.

Como resultado del análisis, el establecimiento debe implementar acciones correctivas y preventivas para reducir la probabilidad de recurrencia de eventos similares, fortaleciendo su sistema de gestión de riesgos y la seguridad del paciente.

Es importante notar que el término “evento centinela” no siempre hace referencia a un error o a una equivocación ni sugiere alguna responsabilidad legal en particular.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido operativamente el concepto de evento centinela e incluye al menos los incisos a) al f) cuando correspondan a su contexto.
(2) Se realiza un análisis causa-raíz documentado para cada evento centinela notificado o identificado.
(3) El análisis se concluye dentro de un plazo no mayor a 45 días desde la ocurrencia o notificación del evento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)El análisis se realiza con participación multidisciplinaria e involucra al personal relacionado con el evento.
(5)El análisis cuenta con la participación del cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento para la toma de decisiones.
(6)Se implementan acciones preventivas y de mejora como resultado del análisis causa-raíz.
(7)Se da seguimiento documentado a la implementación de dichas acciones.

(A). Referencia de apoyo.

- Definición operativa institucional de evento centinela.
- Reportes de eventos centinela notificados o identificados.
- Formatos de análisis causa-raíz (ej. árbol de causas, diagrama de Ishikawa, 5 porqués).
- Actas o minutas de sesiones multidisciplinarias donde se haya realizado el análisis.
- Evidencia de participación del gobierno institucional en la validación del análisis.
- Planes de acción correctiva y preventiva derivados de los análisis.
- Registros de seguimiento a las acciones implementadas.

f. Estándar 6/22. Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención debe asegurar que todos los eventos adversos sean notificados, analizados e integrados dentro de un sistema estructurado que permita comprender su causa, implementar acciones correctivas inmediatas y prevenir su recurrencia.
Los eventos adversos son aquellos sucesos imprevistos, indeseados o potencialmente peligrosos en un establecimiento de atención médica que llegan al paciente. La OMS lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “Evento no deseado que se produce en el curso de la atención médica y ocasiona un cambio mensurable en el estado del paciente”.
Cada establecimiento debe establecer definiciones operativas claras de evento adverso, difundidas al personal clínico y de apoyo, para facilitar su correcta identificación y notificación.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El análisis de eventos adversos debe realizarse tanto a nivel individual como agrupado:

a) A nivel individual, cada evento adverso notificado debe ser registrado y categorizado conforme al sistema definido por el establecimiento (ejemplo: por tipo de evento, área o servicio, impacto, etc.). Esta categorización tiene como propósito identificar de manera clara qué eventos requieren acciones correctivas inmediatas, mientras que aquellos de menor impacto se integran al análisis agrupado.
b) A nivel institucional, el establecimiento debe realizar un análisis de patrones y tendencias de los eventos adversos al menos dos veces por año, con el fin de detectar recurrencias, áreas críticas o procesos vulnerables.

Ambos niveles de análisis deben generar evidencia documentada de decisiones y mejoras implementadas, y estar integrados al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y difundido las definiciones operativas de eventos adversos.
(2) Se analiza eventos adversos reportados y se implementan acciones correctivas inmediatas cuando corresponde.
(3) Se realiza un análisis de patrones y tendencias de eventos adversos al menos dos veces al año.
(4) Como resultado del análisis de tendencias, se implementan acciones de mejora documentadas y trazables.
(5) El análisis de eventos adversos está documentado, vinculado con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y se presenta al COCASEP o mecanismo equivalente.

(A). Referencia de apoyo.

- Definiciones operativas institucionales de eventos adversos.
- Formatos de notificación y análisis de eventos adversos.
- Registros de eventos individuales con acciones correctivas implementadas.
- Informes semestrales de análisis de patrones y tendencias.
- Evidencia de medidas correctivas derivadas del análisis agrupado (actas, reportes, minutas).
- Indicadores de mejora relacionados con reducción de eventos adversos.
- Documentación presentada al COCASEP.

SIN VALIDEZ OFICIAL

g. Estándar 7/22. Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe contar con un proceso definido para la identificación, notificación, análisis y seguimiento de las cuasifallas, como parte del sistema de seguridad del paciente. Este proceso forma parte esencial del sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente incluido en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

Una cuasifalla es un evento adverso que no llegó a afectar al paciente, pero que revela una desviación respecto a la práctica óptima y que podría haber ocasionado un daño, de no haber sido interrumpida por una acción planificada, una intervención oportuna o el azar. La OMS lo define como “Cuasi-incidente: desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión del establecimiento, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”.

El análisis de cuasifallas permite detectar vulnerabilidades tempranas en los procesos, identificar patrones de riesgo y prevenir eventos adversos.

Cada establecimiento debe:

a) Definir operativamente qué constituye una cuasifalla en su contexto clínico y organizacional.
b) Implementar un mecanismo de notificación accesible y no punitivo para que el personal pueda reportarlas con confianza.
c) Analizar individualmente las cuasifallas críticas y, además, realizar un análisis de patrones y tendencias al menos dos veces al año.
d) Documentar e implementar acciones de mejora derivadas del análisis, integrándolas al ciclo de mejora institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido y difundido definiciones operativas de cuasifallas.
(2) Las cuasifallas se notifican y analizan conforme al proceso institucional documentado.
(3) Se realiza un análisis de patrones y tendencias de cuasifallas al menos dos veces por año.
(4) Se implementan acciones de mejora como resultado del análisis de patrones y tendencias.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)El análisis y seguimiento de cuasifallas se encuentra documentado y vinculado con el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional con definiciones operativas de cuasifallas.
- Procedimiento documentado para la notificación y análisis de cuasifallas.
- Reportes de cuasifallas individuales y por unidad operativa.
- Informes semestrales de patrones y tendencias.
- Actas del COCASEP donde se analicen cuasifallas.
- Evidencia de acciones de mejora derivadas del análisis (indicadores, cambios en procesos, protocolos).
- Comunicación institucional de resultados o lecciones aprendidas.

h. Estándar 8/22. Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.

1. Guía.

La estandarización de los procesos de atención clínica reduce los riesgos para los pacientes, en particular aquellos asociados con decisiones críticas; además, permite que la atención se brinde de manera oportuna y efectiva, utilizando en forma eficiente los recursos disponibles.

A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, el establecimiento identifica y selecciona un proceso de atención en el cual se haya detectado alta variabilidad, con el propósito de estandarizarlo y así reducir riesgos. Esta variabilidad no necesariamente se relaciona con alta frecuencia o morbimortalidad, sino con la falta de consistencia en su ejecución, lo que puede derivar en resultados impredecibles.

Para estandarizar el proceso seleccionado, se implementa una guía, vía clínica, lineamiento o protocolo de práctica clínica y se mide el apego del personal involucrado al mismo. La implementación sigue un proceso estructurado que abarca, al menos, los siguientes pasos:

a) Seleccionar un protocolo, guía, vía o lineamiento acorde al proceso que presenta alta variabilidad dentro del establecimiento.
b) Evaluar la aplicabilidad y respaldo científico de dicha guía, vía o protocolo.
c) Adaptarla, cuando sea necesario, a los recursos tecnológicos, terapéuticos, normativos o logísticos del establecimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d) Aprobarla formalmente por parte del establecimiento.
e) Implementarla asegurando que su uso sea constante y efectivo en la atención clínica.
f) Evaluar el apego del personal involucrado, mediante el uso de herramientas como listas de verificación u otros instrumentos estructurados.
g) Actualizar el documento conforme a nueva evidencia o resultados operativos, según corresponda.

El establecimiento debe seguir este proceso para al menos una guía, vía o protocolo de atención por año.

Como resultado de la implementación y la medición del apego, se deben analizar los datos y tomar decisiones institucionales para fortalecer la seguridad del paciente y promover la mejora continua.

Esta buena práctica está respaldada por evidencia internacional. La OMS y múltiples estudios han demostrado que la estandarización clínica disminuye la variabilidad, reduce errores médicos, y mejora tanto los resultados de salud como la eficiencia institucional.

i. Requerimiento auditable.

(1)A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, el establecimiento ha seleccionado un proceso de atención clínica con alta variabilidad.
(2)Para estandarizar el proceso seleccionado, se ha implementado una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los pasos mencionados del inciso a) al g) de la guía.
(3)Se evalúa el apego del personal mediante el uso de una herramienta.
(4)Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones institucionales.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional de evaluación de riesgos y procesos con alta variabilidad.
- Guía, vía, lineamiento o protocolo clínico con evidencia de evaluación, adaptación y aprobación.
- Instrumentos de medición del apego (listas de verificación, auditorías clínicas, etc.).
- Informes o actas de comité con resultados analizados y decisiones derivadas.
- Evidencia de implementación activa del protocolo (capacitaciones, indicadores, registros clínicos).

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Estándar 9/22. Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel cuenta con un programa de auditoría y supervisión formalmente estructurado como una herramienta para evaluar el cumplimiento, eficacia y seguridad de los procesos definidos en los sistemas clínicos y de gestión.

Este programa se integra al plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente y debe permitir identificar desviaciones, variaciones no deseadas, incumplimientos normativos u oportunidades de mejora que requieran acciones correctivas o ajustes institucionales.

El programa debe cumplir con las siguientes características:

a) Estar organizado y coordinado por el área de calidad del establecimiento o la persona responsable de las actividades de calidad y seguridad del paciente.
b) Incluir la participación multidisciplinaria del personal involucrado en los procesos auditados.
c) Establecer los criterios de priorización de auditorías (por ejemplo: criticidad del proceso, historial de incumplimiento, incidentes asociados, etc.).
d) Incluir auditorías tanto documentales como observacionales, con metodologías y herramientas estandarizadas (listas de verificación, guías, formatos validados) definidas y validadas por el establecimiento.
e) Documentar los resultados y establecer, en forma conjunta con las áreas auditadas, planes de acción derivados.
f) Informar tanto los resultados de la auditoría como el plan de acción al personal de área y al cuerpo de gobierno y/o la alta dirección del establecimiento.

Posterior a la auditoría, y como parte del plan de acción, se diseñan e implementan mecanismos de supervisión que contribuyan a consolidar la mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de auditoría y supervisión como parte del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2) El programa se encuentra coordinado por el área de calidad y contempla la participación multidisciplinaria del personal involucrado en los procesos auditados.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)El programa define los criterios de priorización para la selección de procesos auditables.
(4)Se utilizan metodologías y herramientas estandarizadas para realizar las auditorías (listas de verificación, formatos de observación, entrevistas, etc.).
(5)Se documentan los resultados de las auditorías realizadas, y se establecen acciones de mejora derivadas de los hallazgos.
(6)Los resultados y acciones del programa se comunican a los responsables de área y cuerpo de gobierno y/o alta dirección del establecimiento.
(7)Se cuenta con evidencia documental de auditorías realizadas, planes de mejora derivados y seguimiento a las acciones implementadas mediante mecanismos definidos de supervisión.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de auditoría y supervisión.
- Cronograma anual de auditorías con responsables asignados.
- Instrumentos utilizados (listas de verificación, guías de observación, actas de revisión).
- Evidencia de hallazgos documentados y planes de acción.
- Bitácoras o informes de recorridos o visitas supervisadas.
- Actas de comités o de las reuniones donde se analizaron los resultados.
- Registro fotográfico u observacional, si se utiliza.
- Documentación de los mecanismos de seguimiento y consolidación de mejora.

j. Estándar 10/22. Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.

1. Guía.

Cuando el establecimiento de primer nivel utiliza servicios de ambulancia (ya sean propios o subrogados) para el traslado de pacientes, debe garantizar que estos cumplan con la legislación aplicable vigente, así como con los criterios y especificaciones de calidad definidos por el establecimiento.

Las ambulancias deben contar con el equipamiento, medicamentos, insumos y dispositivos adecuados, de acuerdo a las necesidades y al estado del paciente, y contar con personal con las competencias necesarias para la atención y el monitoreo durante el traslado, acorde al tipo de unidad (básica, avanzada o especializada).

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento debe implementar un proceso de supervisión y control de los servicios de ambulancia que considere al menos:

a) El cumplimiento de la legislación aplicable vigente.
b) La verificación de equipamiento, mantenimiento y disponibilidad operativa.
c) La integración de criterios relacionados con los procesos clínicos y de gestión sistemas del modelo: gestión segura del uso de medicamentos, prevención y control de infecciones, gestión y seguridad de la infraestructura y gestión del talento humano.
d) La evaluación periódica del tiempo de respuesta y la calidad de atención durante el traslado.
e) La atención a quejas o incidentes relacionados con el servicio.

Cuando el servicio de ambulancia es subrogado, estas condiciones se integran como parte de la supervisión mediante criterios o especificaciones de calidad, de manera formal o informal con el proveedor, y deben ser auditadas periódicamente, dejando evidencia documental al menos una vez al año.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un proceso definido, documentado e implementado para la supervisión de los servicios de ambulancia, propios o subrogados.
(2) Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios conforme al tipo de traslado y estado del paciente.
(3) Las ambulancias, y el personal que las opera, cumplen con la legislación aplicable vigente.
(4) En caso de servicios subrogados, se integran criterios o especificaciones de calidad que aseguren lo mencionado del inciso a) al e) de la guía.
(5) El establecimiento supervisa el tiempo de respuesta, la calidad de la atención durante el traslado y la atención a quejas relacionadas con el servicio.

(A). Referencia de apoyo.

- Proceso documentado de supervisión de servicios de ambulancia.
- Contrato o convenio de subrogación que incluye especificaciones o criterios de calidad.
- Listado de verificación del cumplimiento normativo y del estado del equipo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de tiempo de respuesta, atención clínica y condiciones de traslado.
- Registros de capacitación del personal operativo de ambulancia.
- Auditorías o reportes de evaluación del servicio, incluyendo atención de quejas.

k. Estándar 11/22. Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe realizar de forma sistemática y periódica la supervisión, inspección, prueba y mantenimiento de todos los servicios prioritarios para la operación, con el fin de asegurar su disponibilidad, funcionalidad y seguridad. Estas acciones deben llevarse a cabo por personal con las competencias técnicas requeridas y en cumplimiento con la legislación aplicable vigente.

La supervisión regular de los servicios públicos y clave (como agua, electricidad, gases medicinales, ventilación, comunicación y datos) es esencial para prevenir interrupciones operativas, identificar desviaciones y garantizar condiciones seguras de atención para pacientes, cuidadores primarios, personal y visitantes.

Los datos generados durante la implementación, supervisión y mantenimiento del programa deben ser organizados, analizados e interpretados para:

a) Detectar patrones de falla o eventos críticos.
b) Sustentar decisiones de mejora continua.
c) Planear la actualización, sustitución o expansión de los servicios.
d) Priorizar inversiones o recursos según criterios técnicos, clínicos y normativos.

Este enfoque de análisis contribuye a una gestión anticipada de riesgos, mejora de la eficiencia operativa y alineación con la estrategia institucional. El establecimiento debe contar con registros estructurados, indicadores y mecanismos de revisión técnica, que respalden la toma de decisiones.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento realiza de forma periódica la supervisión, inspección, prueba y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.

(2) Estas actividades son ejecutadas por personal con las competencias técnicas necesarias, conforme a la legislación aplicable vigente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Los datos generados por la implementación y supervisión del programa son analizados de manera sistemática.
(4)La información obtenida se utiliza para tomar decisiones de mejora, actualización o sustitución de los servicios prioritarios.

(A). Referencia de apoyo.

- Registros de inspección periódica de servicios prioritarios, incluyendo fechas, responsables, hallazgos y acciones derivadas.
- Bitácoras o reportes de prueba y mantenimiento de sistemas como: suministro de agua, energía eléctrica, gases medicinales, sistemas de ventilación, redes de datos y comunicación.
- Evidencia documental de la competencia técnica del personal responsable de la supervisión (constancias de formación, experiencia, perfiles de puesto).
- Indicadores o tableros de control con datos sobre disponibilidad, fallas, tiempos de respuesta, o frecuencia de mantenimiento de servicios prioritarios.
- Análisis o reportes técnicos internos donde se utilice la información generada para detectar tendencias, riesgos u oportunidades de mejora.
- Planes o proyectos institucionales de mejora, actualización o sustitución de infraestructura o servicios, sustentados en evidencia técnica y operativa.
- Minutas o actas de reuniones técnicas donde se revisen datos relacionados con el desempeño de servicios prioritarios y se tomen decisiones de mejora.
- Documentación de inversiones o ajustes operativos derivados del análisis de información técnica.

I. Estándar 12/22. Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos. – Indispensable –

1. Guía.

La tecnovigilancia es el proceso institucional mediante el cual se identifican, notifican, analizan y mitigan los eventos adversos y fallas relacionadas con el uso de dispositivos médicos, con el objetivo de proteger la seguridad del paciente, del personal y del entorno.
El establecimiento de primer nivel debe contar con un programa de tecnovigilancia estructurado y documentado, que permita dar cumplimiento a las disposiciones de la regulación aplicable vigente. Este programa debe vincularse directamente con los procesos de

SIN VALIDEZ OFICIAL

gestión del equipo médico, uso clínico, mantenimiento, capacitación, así como, vigilancia post-comercialización.

Los elementos clave del programa son:

a) Catálogo institucional de dispositivos médicos, actualizado y disponible, que incluya equipo propio, rentado, en comodato o suministrado por el paciente, con información como: denominación común y comercial, fabricante, fecha de fabricación, lote, número de serie, número de registro sanitario, historial de mantenimiento y eventos reportados.
b) Procedimiento formal de notificación de eventos adversos o fallas relacionados con dispositivos médicos, que defina responsabilidades, flujos de comunicación interna, criterios de gravedad y tiempos de respuesta.
c) Registro y análisis sistemático de los eventos adversos, que permita identificar causas, patrones, tendencias y factores contribuyentes. Este análisis debe derivar en acciones correctivas documentadas y, cuando aplique, en notificación a la autoridad regulatoria.
d) Consulta y revisión periódica de alertas sanitarias, boletines técnicos, retiros del mercado y actualizaciones técnicas emitidas por COFEPRIS, OMS, fabricantes y distribuidores autorizados, así como la documentación de la respuesta institucional a estos eventos.
e) Capacitación periódica al personal sobre tecnovigilancia, identificación de eventos, manejo seguro del equipo y reporte efectivo de incidentes.
f) Mecanismos de auditoría interna y mejora continua del programa, incluyendo evaluación de su efectividad, indicadores de desempeño y evidencia de correcciones implementadas.

El programa debe estar articulado con el sistema de calidad, los responsables del equipo médico y las direcciones técnicas y clínicas del establecimiento.

En el caso de los EPNI, la persona profesional titular del establecimiento es responsable de identificar, notificar y dar seguimiento a los riesgos relacionados con los dispositivos médicos utilizados en la atención. Para ello, debe contar con capacitación básica en tecnovigilancia, y aplicar medidas inmediatas de seguridad en caso de eventos adversos o fallas detectadas, notificando a la autoridad sanitaria.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento cuenta con un programa institucional de tecnovigilancia definido, documentado, implementado, vigente y alineado con la normativa nacional.

(2)El establecimiento mantiene un catálogo actualizado de dispositivos médicos en uso, que incluye:
(2.1) Denominación común y comercial.
(2.2) Número de serie y ubicación.
(2.3) Registro sanitario.
(2.4) Historial de mantenimiento y eventos adversos (cuando aplique).

(3)Existe un procedimiento formal de notificación interna de eventos adversos o fallas relacionadas con dispositivos médicos, que define responsables, flujos, tiempos y niveles de gravedad.

(4)Se cuenta con registros documentados de eventos adversos y fallas reportadas, con evidencia de:
(4.1) Análisis técnico o clínico del evento.
(4.2) Identificación de causa o factor contribuyente.
(4.3) Implementación de acciones correctivas.
(4.4) Notificación a la autoridad sanitaria, cuando corresponda.

(5)El personal clínico y técnico recibe capacitación periódica en temas de tecnovigilancia, reporte de eventos y manejo seguro del equipo médico.

(6)Se realiza una evaluación periódica del programa, y existen registros de auditoría interna o revisión de su desempeño, con mejoras implementadas.

(1)Se cuenta con evidencia de capacitación en tecnovigilancia para la persona profesional titular responsable.

(2)Los eventos adversos o fallas de dispositivos médicos se notifican a la autoridad cuando corresponda.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de tecnovigilancia documentado, firmado por la dirección técnica o responsable del área.
- Catálogo actualizado de dispositivos médicos, con los siguientes datos por equipo:
  • Denominación común y comercial.
  • Fabricante y distribuidor.

SIN VALIDEZ OFICIAL

• Modelo, número de serie, ubicación.
• Registro sanitario
• Historial de mantenimiento y eventos asociados.

- Procedimiento interno de notificación de eventos adversos y fallas, que describa claramente:
  • Qué se debe reportar.
  • Quién debe reportarlo.
  • A quién se reporta.
  • Qué plazos deben cumplirse.
- Registros de eventos adversos reportados, incluyendo:
  • Descripción del evento o falla.
  • Fecha y área donde ocurrió.
  • Equipo involucrado (con número de serie).
  • Responsable que reporta.
  • Análisis técnico y/o clínico del evento.
  • Acciones correctivas implementadas.
- Evidencia de notificaciones realizadas a la autoridad sanitaria (COFEPRIS u otra) cuando aplique.
- Minutas o actas de reuniones en las que se analicen eventos adversos y se tomen decisiones sobre acciones preventivas o correctivas.
- Constancias de capacitación al personal clínico y técnico sobre tecnovigilancia, identificación de eventos y procesos de notificación.
- Informe o acta de revisión periódica del programa, con hallazgos, mejoras implementadas y seguimiento.

m. Estándar 13/22. Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente. – Indispensable –

1. Guía.

La farmacovigilancia comprende todas las actividades destinadas a identificar, evaluar, comprender y prevenir los efectos adversos o cualquier otro problema relacionado con el uso de medicamentos, incluyendo vacunas. En los establecimientos de primer nivel de atención, la detección temprana de reacciones adversas puede prevenir eventos graves y optimizar la farmacoterapia del paciente.

El establecimiento debe contar con un proceso documentado e implementado para:

i. Monitorear la respuesta del paciente a nuevos tratamientos y ajustar la dosis o el medicamento cuando sea necesario.
ii. Identificar y reportar:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Sospechas de Reacción Adversa a Medicamento (SRAM).
- Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM).
- Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).
- Efectos secundarios esperados, especialmente en poblaciones vulnerables.

El proceso debe incluir:

a) La capacitación del personal clínico y no clínico para detectar y documentar reacciones adversas y efectos inesperados.
b) La documentación de cualquier evento adverso en el expediente clínico del paciente.
c) La notificación oportuna a la autoridad sanitaria mediante los formatos oficiales de COFEPRIS, conforme a los tiempos establecidos:
   - SRAM o RAM grave: máximo 7 días naturales después de la identificación.
   - ESAVI o más de dos casos relacionados al mismo medicamento: dentro de las 48 horas.

Estas actividades deben ser coordinadas por el responsable del sistema de medicación, en colaboración con los líderes clínicos y no clínicos.

En el caso de los EPNI, la persona profesional titular del establecimiento es responsable de detectar y notificar las RAM, SRAM y ESAVI. Debe contar con capacitación en farmacovigilancia , para identificar oportunamente los eventos, registrarlos en el expediente clínico y notificarlos a la autoridad sanitaria conforme a los formatos y tiempos establecidos por la autoridad,

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso institucional para la identificación, documentación y notificación de SRAM, RAM y ESAVI, conforme a la legislación aplicable vigente.
(2) El proceso de farmacovigilancia es multidisciplinario y cuenta con la participación activa del personal médico, de enfermería y otros profesionales de salud.
(3) Todos los eventos adversos identificados son registrados en el expediente clínico.
(4) Los reportes oficiales de farmacovigilancia se envían dentro de los plazos establecidos por la normatividad aplicable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(5)El personal clínico involucrado en la atención al paciente ha sido capacitado en farmacovigilancia y uso de los formatos oficiales de COFEPRIS.

(1)Se cuenta con evidencia de capacitación en farmacovigilancia para la persona profesional titular responsable.
(2)Las RAM, SRAM o ESAVI se notifican a la autoridad conforme a los formatos y tiempos establecidos.

(A). Referencia de apoyo.

- COFEPRIS – Manual del Usuario para la Notificación de RAM y ESAVI.
- Plataforma electrónica de notificación de farmacovigilancia: www.gob.mx/cofepris
- Registros de capacitación institucional sobre farmacovigilancia.
- Evidencia de reportes enviados al Centro Nacional de Farmacovigilancia (CNFV) y seguimiento documental.
- Políticas institucionales de respuesta a eventos adversos relacionados con medicamentos.

n. Estándar 14/22. Análisis sistemático de los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.

1. Guía.

La toma de decisiones basada en evidencia requiere que el establecimiento cuente con un proceso sistemático para agrupar, analizar e interpretar datos relevantes sobre sus procesos clínicos y de gestión.

El análisis de datos debe realizarse con la participación de personal con las competencias necesarias, ya sea clínico o no clínico, y debe apoyarse en herramientas adecuadas de análisis cualitativo o cuantitativo, como gráficos de control, histogramas, análisis de tendencias, indicadores clave, entre otros.

La frecuencia del análisis debe estar alineada con las características del proceso en estudio, el volumen de datos generado, la criticidad del indicador o la normativa vigente. Por ejemplo, los eventos relacionados con seguridad del paciente pueden requerir análisis inmediato, mientras que la evaluación de indicadores operativos puede realizarse mensual o trimestralmente.

La correcta interpretación de los datos y su transformación en información útil permite identificar patrones, detectar variaciones,

SIN VALIDEZ OFICIAL

priorizar áreas de mejora y evaluar el impacto de intervenciones implementadas.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso para el análisis de datos, que incluye responsables, herramientas y criterios para su agrupación, frecuencia y utilización.

(2)El personal clínico y de gestión con competencias, participa en el análisis de los datos según su área de responsabilidad.

(3)Los datos generados por los procesos se agrupan, categorizan y analizan sistemáticamente con base en metodologías adecuadas.

(4)La frecuencia del análisis de datos es proporcional a la naturaleza del proceso en estudio y permite una toma de decisiones oportuna.

(5)Los resultados del análisis de datos se utilizan para identificar áreas de mejora, tomar decisiones y retroalimentar al personal involucrado.

(A). Referencia de apoyo.

- Procesos institucionales para el análisis de datos e indicadores.
- Registros de reuniones de análisis de datos con participación multidisciplinaria.
- Reportes de indicadores clave de desempeño clínicos y operativos.
- Gráficas, informes de tendencia y reportes de evaluación periódica.
- Ejemplos documentados de decisiones o mejoras implementadas con base en el análisis de datos.
- Evidencia de capacitación del personal involucrado en el análisis de datos.

o. Estándar 15/22. Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe implementar un proceso que permita comparar sistemáticamente los resultados del análisis de datos obtenidos internamente con otras fuentes de referencia. Este proceso fortalece la capacidad de evaluación crítica y orienta las decisiones de mejora basadas en evidencia.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Estas comparaciones deben considerar, al menos, los siguientes cuatro enfoques:

a) Comparaciones internas a lo largo del tiempo, para identificar tendencias, fluctuaciones o impactos de intervenciones.
b) Comparaciones con otras unidades similares, a través de sistemas de benchmarking, bases de datos institucionales, regionales o nacionales, cuando estén disponibles.
c) Comparaciones con estándares de calidad reconocidos, como los definidos por leyes, normativas, guías oficiales o marcos internacionales de referencia.
d) Comparaciones con mejores prácticas identificadas en la literatura científica o en guías de práctica clínica actualizadas, para evaluar la alineación del desempeño del establecimiento con enfoques clínicos seguros y efectivos.

Estas comparaciones no solo permiten identificar áreas de oportunidad, sino también validar el impacto de estrategias implementadas, y fortalecer la cultura de análisis y toma de decisiones basada en evidencia dentro del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado acciones para realizar comparaciones sistemáticas de sus datos de desempeño.
(2) El proceso de comparación incluye, al menos, los enfoques presentados del inciso a) al d) de la guía.
(3) El personal responsable del análisis participa en la interpretación de estas comparaciones para orientar acciones de mejora.
(4) Las comparaciones se documentan y se integran en los procesos de toma de decisiones, seguimiento y mejora continua del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo.

- Reportes o tableros de control institucional con análisis de tendencias.
- Informes comparativos internos (mensuales, bimestrales, anuales).
- Participación en redes de benchmarking o bases de datos regionales.
- Comparación con estándares nacionales.
- Revisión de literatura científica o guías de práctica clínica actualizadas.
- Minutas de reuniones donde se presenten comparaciones y sus implicaciones para la mejora.

SIN VALIDEZ OFICIAL

p. Estándar 16/22. Implementación y consolidación de acciones de mejora.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe implementar acciones de mejora basadas en los hallazgos de sus procesos de evaluación, análisis de datos e información de calidad y seguridad del paciente. Estas acciones deben estar claramente planificadas, contar con responsables definidos, recursos asignados y mecanismos de seguimiento para evaluar su efectividad.

Las mejoras implementadas pueden ser resultado de iniciativas proactivas (por ejemplo, gestión de riesgos, rediseño de procesos) o reactivas (eventos adversos, cuasifallas, no conformidades, hallazgos de auditoría).

Una vez aplicadas, deben evaluarse mediante datos confiables que permitan verificar si los cambios introducidos generaron mejoras reales y sostenidas.

Para asegurar su permanencia, los cambios efectivos deben formalizarse en los procesos operativos del establecimiento, capacitar al personal involucrado y comunicarse ampliamente para facilitar su apropiación.

Estas acciones de mejora deben formar parte del ciclo sistemático de calidad y estar documentadas como evidencia del compromiso institucional con la mejora continua y la seguridad del paciente.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento planifica e implementa acciones de mejora en calidad y seguridad del paciente, utilizando metodologías de mejora continua que han sido definidas, autorizadas o alineadas por los líderes del establecimiento, de acuerdo con las características del proceso, los recursos disponibles y el alcance de la intervención.

(2) Las mejoras se derivan del análisis de datos confiables obtenidos mediante sistemas de medición, evaluación de riesgos, monitoreo o eventos notificados.

(3) Se asignan responsables y recursos necesarios (humanos, técnicos, tecnológicos, financieros, entre otros) para implementar cada mejora.

(4) Las acciones se prueban en un periodo definido antes de su implementación definitiva.

(5) Se recolectan datos para demostrar que las acciones implementadas han resultado en una mejora real y sostenible.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(6)Las mejoras efectivas se incorporan a los procesos operativos institucionales.
(7)El personal involucrado es capacitado sobre los cambios que forman parte de la mejora.
(8)Las mejoras sostenidas son documentadas y difundidas institucionalmente para fortalecer la cultura de calidad.

(A). Referencia de apoyo.

- Instructivos de metodologías autorizadas por el establecimiento (Planear – Hacer – Verificar – Actuar, 8D, just do it, Planear – Hacer – Estudiar - Actuar, entre otras).
- Reportes de proyectos de mejora documentados (metodología, hallazgos, resultados).
- Minutas de comités donde se validan los resultados de las mejoras.
- Indicadores que muestran tendencia positiva sostenida.
- Políticas o procesos actualizados como resultado de la mejora.
- Evidencia de capacitación o comunicación interna al personal.
- Documentación de replicabilidad o escalamiento institucional.

q. Estándar 17/22. Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

La implementación efectiva del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente en el establecimiento de primer nivel requiere la participación activa y competente de todo el personal, tanto clínico como no clínico. Esta participación incluye actividades como la identificación de riesgos, la recolección y análisis de datos, la implementación de mejoras, el seguimiento de indicadores y la vigilancia de las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).

Dado que muchas de estas actividades implican conocimientos y habilidades específicas que pueden no formar parte de la formación habitual del personal, el establecimiento debe desarrollar e implementar un programa formal de capacitación, adaptado al rol, nivel de responsabilidad y funciones asignadas de cada integrante del equipo.

La capacitación debe considerar, al menos, los siguientes aspectos:

a) Principios básicos de gestión de calidad y seguridad del paciente.
b) Metodologías de mejora continua (por ejemplo, ciclo PHVA).

SIN VALIDEZ OFICIAL

c) Herramientas para el análisis de riesgos, evaluación de procesos y seguimiento de resultados.
d) Definiciones operativas de evento adverso, evento centinela y cuasifalla.
e) Procesos para la identificación, reporte y análisis de eventos relacionados con la seguridad.
f) Participación en el diseño, implementación o evaluación de los procesos clínicos o de gestión del MOCEBPASS.

El programa de capacitación debe ser impartido por personal con conocimientos técnicos, experiencia profesional y habilidades docentes adecuadas. Cuando la capacitación es impartida por personal externo los líderes del establecimiento se aseguran de que cuenta con conocimiento técnico y experiencia profesional, así como, la capacidad docente.

La capacitación debe realizarse de forma periódica, integrarse en los procesos de inducción y reanudarse cada vez que se rediseñen procesos, se identifiquen nuevas prioridades o se detecten patrones relevantes en los datos institucionales.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de capacitación para el personal, alineado a su rol en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(2) La capacitación es impartida por personal con experiencia, conocimiento técnico y habilidades docentes, ya sea interno o externo.
(3) El personal clínico y no clínico participa en las capacitaciones como parte de sus responsabilidades laborales, con registro formal de su participación.
(4) El programa de capacitación se actualiza periódicamente e incorpora los hallazgos, patrones o tendencias derivados del análisis de datos de calidad y seguridad.
(5) La capacitación contempla, al menos, la identificación y reporte de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas, y todo el personal cuenta con su constancia de capacitación de AESP.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa de capacitación vigente aprobado por el establecimiento.
- Materiales didácticos utilizados: presentaciones, guías, videos, hojas de trabajo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Listas de asistencia o certificados de participación por capacitación.
- Currículo o constancias del personal capacitador (interno o externo).
- Registros de retroalimentación o evaluación de las sesiones impartidas.
- Informes institucionales de eventos adversos o análisis de tendencias que hayan motivado sesiones específicas.
- Manuales de inducción que incorporen calidad y seguridad del paciente como eje formativo.

r. Estándar 18/22. Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe asegurar la difusión sistemática de los avances, resultados y aprendizajes generados a partir del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, como parte del fortalecimiento de una cultura de seguridad y aprendizaje continuo.

Esta comunicación debe estar orientada a:

a) Hacer partícipe al personal clínico y no clínico de los logros obtenidos, decisiones tomadas y áreas en mejora continua.
b) Promover el aprendizaje organizacional, compartiendo tanto buenas prácticas como lecciones derivadas de eventos o riesgos identificados.
c) Fortalecer el compromiso institucional con la calidad y la seguridad, integrando a todo el equipo en la implementación de cambios.

La comunicación se realiza de forma periódica y documentada, a través de canales institucionales adecuados, como reuniones clínicas, boletines, carteles informativos, medios digitales, sesiones de retroalimentación, materiales visuales, acorde a los recursos del establecimiento.

El contenido debe contemplar, al menos:

i. Proyectos de mejora nuevos o concluidos.
ii. Avances en las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP).
iii. Resultados del análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas.
iv. Actualizaciones sobre los procesos clínicos y de gestión alineados al MOCEBPASS.

SIN VALIDEZ OFICIAL

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un proceso formal para comunicar al personal los avances y resultados del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.

(2)La comunicación se realiza de manera periódica, utilizando canales institucionales adecuados según el perfil del personal y la cultura organizacional.

(3)El contenido de la comunicación incluye, al menos, lo definido en los incisos i) al iv) de la guía.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional que define las acciones de comunicación interna de resultados del plan de mejora.
- Materiales de difusión utilizados: boletines impresos o digitales, carteles, pantallas informativas, comunicados por intranet, minutas de sesiones clínicas o técnicas, etc.
- Evidencia de sesiones informativas realizadas: registros de asistencia, convocatorias, agendas, presentaciones o minutas (clínicas, operativas, comités, etc.).
- Copias o archivos de comunicados oficiales, boletines electrónicos o físicos dirigidos al personal sobre avances del plan.
- Registro fotográfico o evidencia visual (si se usan medios gráficos en el área clínica o administrativa).
- Actas de comités o reuniones donde se aprueban o presentan los avances del plan y se acuerda su comunicación institucional.
- Registro de encuestas de retroalimentación, cuando se hayan aplicado para evaluar la utilidad de la información compartida.

s. Estándar 19/22. Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe definir e implementar un programa de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen, de acuerdo con su contexto operativo, los estudios que realiza y los recursos disponibles.

Este programa debe tener como propósito garantizar la precisión, reproducibilidad y seguridad en la realización, procesamiento, interpretación y entrega de los estudios de imagen, fortaleciendo la confianza diagnóstica y la trazabilidad clínica.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Aplica a todos los servicios propios, y en el caso de servicios subrogados, los criterios deben formar parte de las especificaciones de calidad definidas formalmente.

El programa de control de calidad debe incluir:

a) Control interno: pruebas diarias o periódicas para asegurar el correcto funcionamiento del equipo, exactitud de parámetros técnicos, cumplimiento de protocolos, verificación de calidad de imagen, revisión de condiciones de operación, etc.
b) Control externo: participación en evaluaciones externas de desempeño, auditorías cruzadas, comparación con centros acreditados o mecanismos de evaluación técnica reconocidos en imagenología (por ejemplo: pruebas fantoma, dosimetría externa, etc.).

El programa debe contemplar:

i. Documentación de los resultados de las pruebas y validaciones realizadas.
ii. Análisis de desviaciones o fallas identificadas.
iii. Implementación de medidas correctivas, con seguimiento verificable.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de control de calidad interno y externo aplicable a sus servicios de radiología e imagen.
(2) El programa incluye acciones específicas para los procesos críticos según el tipo de estudio (calidad de imagen, calibración de equipos, tiempo de exposición, dosimetría, etc.).
(3) Se documentan los resultados de las validaciones, controles y pruebas técnicas realizadas como parte del control de calidad.
(4) Cuando se identifican desviaciones o fallas, se documentan las medidas correctivas implementadas.
(5) En servicios subrogados, las acciones de control de calidad están incluidas en las especificaciones de calidad contractuales.

(A). Referencia de apoyo.

- Programa institucional de control de calidad en servicios de imagen.
- Registros de pruebas internas de funcionamiento, calibración o verificación de imagen.
- Evidencia de participación en controles externos o evaluaciones técnicas.
- Informes de auditoría técnica o revisión cruzada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Bitácoras de acciones correctivas aplicadas por fallas identificadas.
- Especificaciones de calidad firmadas con proveedores subrogados.
- Indicadores institucionales relacionados con calidad de imagen y seguridad técnica.

t. Estándar 20/22. Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio. – Indispensable –

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe asegurar la implementación de un sistema completo de control de calidad en los servicios de laboratorio, que abarque tanto el control interno como el control externo (ensayo de aptitud) para garantizar la confiabilidad de los resultados, la seguridad del paciente y la mejora continua de los procesos diagnósticos.

Este estándar aplica a los laboratorios propios del establecimiento. En el caso de laboratorios subrogados, los requisitos deben ser considerados dentro de las especificaciones de calidad contractuales.

El programa de control de calidad interno debe incluir al menos:

a) Validación de métodos analíticos: exactitud, precisión y rangos reportables.
b) Monitoreo de todas las etapas del proceso: preanalítica, analítica y postanalítica.
c) Supervisión diaria de resultados por personal competente del laboratorio.
d) Aplicación de medidas correctivas ante desviaciones detectadas.
e) Evaluación de reactivos .
f) Registros documentados de resultados y acciones tomadas.

El control de calidad externo permite comparar el desempeño del laboratorio con otros que utilizan metodologías similares. El establecimiento debe participar en programas reconocidos de ensayo de aptitud o, en su ausencia, establecer mecanismos de colaboración de intercambio de muestras con otro laboratorio de otro establecimiento, a fin de realizar pruebas de comparación (estudios interlaboratorio). El laboratorio lleva un registro del historial de participación en programas de ensayo de aptitud o de las pruebas interlaboratorio.

Cuando el laboratorio ofrece estudios especializados (por ejemplo: toxicología, inmunología, biología molecular), el control externo debe

SIN VALIDEZ OFICIAL

extenderse a dichos estudios siempre que exista un programa disponible.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento ha definido, documentado e implementado un programa de control de calidad interno, que incluye al menos, del inciso a) al f) de la guía.

(2)Se documentan los resultados del control interno y las medidas correctivas aplicadas.

(3)El laboratorio participa al menos en un programa externo de control de calidad o ensayo de aptitud, para todos los estudios realizados, incluyendo especialidades cuando sea aplicable.

(4)En ausencia de un programa formal disponible, se ha establecido un mecanismo alternativo confiable (por ejemplo: intercambio de muestras con otro laboratorio).

(5)En servicios subrogados, las acciones de control de calidad están incluidas en las especificaciones de calidad contractuales.

(A). Referencia de apoyo.

- Política institucional de aseguramiento de la calidad en los servicios de laboratorio clínico.
- Procedimientos documentados para el control de calidad interno en las fases preanalítica, analítica y postanalítica.
- Registros de validación de métodos analíticos.
- Bitácoras de supervisión diaria y acciones correctivas aplicadas.
- Evidencia de participación en programas externos (boletines, reportes de aptitud, certificados).
- Contratos o convenios con laboratorios subrogados que integren requisitos de calidad, incluyendo participación en control externo.
- Convenios o acuerdos de intercambio para estudios interlaboratorio, cuando aplique.

u. Estándar 21/22. Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel debe implementar un proceso institucional documentado para la medición de Resultados Reportados por los Pacientes (Patient-Reported Outcome Measures, PROMs), como parte de su estrategia para fortalecer la calidad de la atención, la efectividad clínica, la atención centrada en la persona y la equidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Los PROMs permiten conocer, desde la voz del paciente, el impacto real de los tratamientos recibidos en su salud física, emocional, funcional y social, y constituyen una herramienta clave para el diseño de intervenciones centradas en necesidades reales.

La evaluación debe realizarse mediante instrumentos validados (preferentemente estandarizados para la población mexicana o avalados internacionalmente) como los instrumentos del sistema PROMIS. El instrumento seleccionado debe aplicarse a una muestra representativa de pacientes del establecimiento, considerando el tipo de atención brindada y las condiciones sociodemográficas de la población.

El proceso debe considerar al menos:

a) La definición institucional de objetivos, periodicidad y método de aplicación, asegurando que sean comprensibles y accesibles de acuerdo con las características del paciente, incluyendo su nivel educativo, idioma y marco cultural.
b) La capacitación del personal responsable en la aplicación del instrumento.
c) El análisis participativo y multidisciplinario de los resultados, identificando brechas y áreas críticas.
d) El análisis de los resultados debe realizarse de forma multidisciplinaria. Este análisis debe enfocarse en identificar patrones, tendencias, brechas en la calidad percibida y áreas críticas que requieran intervención.
e) Se planean e implementan acciones de mejora que impacten directamente en los resultados en salud de los pacientes.
f) La comunicación de los resultados al paciente, cuando corresponda, promoviendo su participación activa en el cuidado.

El proceso de medición y uso de PROMs es supervisado de forma periódica, mediante mecanismos de mejora continua, con participación activa del COCASEP o de la instancia responsable definida por el establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha definido e implementado un proceso institucional para la medición de PROMs, que incluye objetivos, periodicidad, responsables y metodología.
(2) Se ha seleccionado, validado y documentado el uso de al menos un instrumento PROMs adecuado al contexto del establecimiento.
(3) El instrumento se aplica a una muestra representativa de pacientes de forma periódica, considerando su perfil clínico y características individuales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(4)Los resultados se analizan de forma multidisciplinaria y se implementan acciones de mejora derivadas de los hallazgos.

(A). Referencia de apoyo.

- Documento institucional del proceso de PROMs.
- Registro del instrumento seleccionado.
- Reporte de los resultados analizados.
- Actas de comités que evidencian su uso.
- Registros de consentimiento informado cuando aplique.
- Evidencia de capacitación del personal.
- Informes de supervisión o auditoría del proceso.

v. Estándar 22/22. Evaluación institucional de los resultados de la atención médica a distancia.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel que ofrece servicios de Atención Médica a Distancia (AMD) debe contar con un sistema formal y estructurado para monitorear y evaluar su desempeño, como parte de sus procesos de gestión clínica, liderazgo y gobernanza y mejora continua. Esta evaluación permite comprobar que la AMD cumple con los objetivos de calidad, seguridad, eficiencia, continuidad y experiencia centrada en la persona.

La AMD tiene el potencial de fortalecer la capacidad resolutiva de los establecimientos, reducir tiempos de espera, facilitar el acceso a servicios especializados, evitar traslados innecesarios y optimizar el trabajo en red. No obstante, su efectividad depende de su implementación rigurosa y su evaluación sistemática mediante indicadores que reflejen su impacto real en la atención.

Los establecimientos deben definir indicadores alineados con sus metas institucionales, que midan variables como la oportunidad, continuidad operativa, experiencia del usuario, funcionalidad tecnológica, eficacia clínica y competencia técnica del personal. Estos indicadores deben analizarse periódicamente, ser utilizados para tomar decisiones basadas en evidencia y generar mejoras en el servicio.

La implementación de este estándar refuerza la institucionalización de la AMD como un servicio clínico formal, sujeto a control de calidad y evaluaciones periódicas.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Liderazgo y Gobernanza
A-4
B-11
C-4
D-7
Administración de la Información
A-9
B-6
C-4
D-6
Planificación y Gestión de Recursos
A-29
B-32
C-19
Atención Clínica y de Apoyo
A-17
B-7
C-1
D-33
E-1
F-8
Mejora Continua y Sistema de Salud
A-22
B-6

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento evalúa sistemáticamente el desempeño de los servicios de AMD mediante indicadores definidos y alineados con sus objetivos institucionales.

(2)La batería de indicadores incluye, al menos, variables relacionadas con:

(2.1) Usabilidad del servicio.

(2.2) Continuidad operativa.

(2.3) Percepción de calidad por parte de los usuarios.

(2.4) Eficacia clínica de la atención remota.

(3)Se generan y difunden reportes periódicos con los resultados del desempeño de la AMD, dirigidos a las áreas directivas y operativas responsables.

(4)Se documentan acciones de mejora específicas que se derivan del análisis de los resultados obtenidos en la evaluación del servicio.

(A). Referencia de apoyo.

- Reporte de evaluación del servicio de AMD, que incluya indicadores como:
  - Tasa de interconsultas a distancia atendidas en el periodo evaluado.
  - Tiempo promedio de espera entre solicitud y realización de la AMD.
  - Porcentaje de sesiones de AMD completadas sin incidentes tecnológicos.
  - Nivel de satisfacción de pacientes y profesionales.
  - Frecuencia de interrupciones por causas técnicas o de conectividad.
- Documentos operativos de evaluación del servicio de AMD:
  - Encuestas de experiencia del paciente y del profesional de la salud.
  - Registros de incidencias tecnológicas y resolución.
  - Actas o evidencias de acciones de mejora implementadas.

B. SISTEMA DE SALUD

a. Estándar 1/6. Conocimiento y ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel implementa, de acuerdo a su contexto y alcance, los Protocolos Nacionales de Atención Médica

SIN VALIDEZ OFICIAL

(PRONAMs) que resulten aplicables a sus procesos clínicos y operativos, en cumplimiento con los lineamientos establecidos por el Sistema Nacional de Salud y en coherencia con el modelo de Atención Primaria de Salud (APS)

Los PRONAMs son instrumentos normativos y técnicos que estandarizan la atención médica para enfermedades comunes o prioritarias, garantizando que esta se base en la mejor evidencia científica disponible. Su aplicación busca asegurar una atención de calidad, homogénea entre distintos tipos de establecimientos (públicos, privados, comunitarios), y con un enfoque preventivo y resolutivo, fundamental en el contexto de la atención primaria a la salud.

La adopción de estos protocolos contribuye a mejorar el establecimiento del cuidado, reducir la variabilidad clínica injustificada, prevenir errores, optimizar el uso de recursos y favorecer la toma de decisiones clínicas informadas. Su implementación debe incluir la identificación de PRONAMs relevantes, los procesos para su adopción contextualizada, la capacitación al personal involucrado, monitoreo sistemático de su cumplimiento y evaluación de su impacto en la práctica clínica.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica e implementa los PRONAMs que son aplicables a su ámbito clínico y poblacional.

(2) Se cuenta con evidencia documental de la adopción institucional de los PRONAMs, incluyendo su incorporación en guías clínicas internas o procesos operativos.

(3) El personal involucrado ha sido capacitado en los contenidos y uso de los PRONAMs implementados.

(4) Existen mecanismos definidos para el monitoreo de cumplimiento y seguimiento de los PRONAMs.

(5) Los resultados del monitoreo son utilizados para realizar ajustes o mejoras en la atención.

(A). Referencia de apoyo.

- Listado institucional de PRONAMs aplicables.
- Lineamientos de implementación adaptados al establecimiento.
- Registros de capacitación del personal.
- Documentos clínicos o administrativos actualizados conforme a los PRONAMs.
- Reportes de auditoría o supervisión relacionados con su cumplimiento.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Comunicados, actas o minutas que documenten decisiones clínicas alineadas a los PRONAMs.

b. Estándar 2/6. Certificación del establecimiento como Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE).

1. Guía.

Los establecimientos de salud que deseen fungir como Centros de Valoración de la Discapacidad y Expedición del Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE) deben cumplir con los requisitos establecidos en la NOM-039-SSA-2023. Esta norma establece los criterios, procesos y metodología para la certificación de la discapacidad bajo el modelo integrador biopsicosocial, alineado a los tratados internacionales en materia de derechos humanos suscritos por México.

La certificación como CEVADECE permite al establecimiento expedir el Certificado Electrónico de Discapacidad (CEDIs), documento oficial que acredita la discapacidad de una persona y facilita su acceso a servicios y apoyos esenciales para su plena inclusión social, educativa, laboral y sanitaria. Asimismo, vincula al establecimiento al Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS) como parte de un sistema nacional de información estratégica en salud pública.

Para obtener la certificación, el establecimiento debe contar con:

a) Personal médico especializado en rehabilitación capacitado en la aplicación del modelo biopsicosocial.
b) Infraestructura y equipamiento adecuados para la valoración funcional y contextual de la discapacidad, conforme a los criterios de la NOM-039-SSA-2023.
c) Procesos documentados que aseguren la calidad técnica, la protección de datos personales, la confidencialidad de la información sensible, y el cumplimiento del principio de accesibilidad universal, incluyendo el uso de formatos accesibles y apoyo a personas con discapacidad visual, auditiva o de comunicación.

Una vez certificado, el establecimiento debe mantener registros actualizados de los certificados emitidos y participar en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS), contribuyendo así a la generación de estadísticas nacionales sobre discapacidad.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento presenta el certificado vigente que lo acredita como CEVADECE, conforme a la NOM-039-SSA-2023.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(2)Existe evidencia documental de la emisión de Certificados Electrónicos de Discapacidad (CEDIs) por parte del establecimiento.
(3)El personal médico encargado de la valoración de la discapacidad cuenta con la capacitación y acreditación correspondiente en el modelo biopsicosocial.
(4)El establecimiento participa activamente en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS), asegurando la integridad y confidencialidad de los datos.
(5)Se implementan medidas de accesibilidad para garantizar el acceso equitativo a todas las personas, incluyendo aquellas con discapacidades visuales, auditivas, de comunicación o cognitivas.

(A). Referencia de apoyo.

- Presenta la certificación que avala al establecimiento como CEVADECE.
- Registros de capacitación del personal médico en el modelo biopsicosocial.
- Evidencia de participación en el Subsistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS).
- Evidencia del uso de formatos accesibles y de los mecanismos de apoyo implementados para personas con discapacidades sensoriales o cognitivas.

c. Estándar 3/6. Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.

1. Guía.

El establecimiento de primer nivel de atención promueve, desarrolla y documenta el 10% de las investigaciones al año que realizan los estudiantes de pregrado y posgrado son orientadas a mejorar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. La investigación en este ámbito permite identificar causas raíz de errores, implementar mejores prácticas basadas en evidencia, optimizar procesos clínicos y reducir la ocurrencia de eventos adversos.

Esta actividad debe formar parte del compromiso institucional con la mejora continua y puede desarrollarse bajo enfoques cualitativos, cuantitativos o mixtos, respetando los principios bioéticos y la regulación aplicable vigente en materia de investigación en salud.

La investigación en calidad y seguridad genera evidencia útil para el diseño de intervenciones alineadas con las dimensiones de la calidad en salud, contribuyendo a las dimensiones:

SIN VALIDEZ OFICIAL

a) Efectividad: contribuye a mejorar los resultados en salud mediante evidencia que respalde intervenciones eficaces en la atención clínica.
b) Eficiencia: identifica oportunidades para optimizar procesos y maximizar el uso de recursos disponibles.
c) Seguridad: permite reducir riesgos y prevenir eventos adversos en la atención directa al paciente.
d) Centrada en la persona/población: incorpora la perspectiva del paciente y su familia, promoviendo la toma de decisiones compartida y una atención sensible a su contexto.
e) Sostenibilidad: genera conocimientos que pueden aplicarse para reducir costos sociales, financieros y ambientales en la atención.
f) Equidad: aporta datos que permiten reconocer y disminuir desigualdades en el acceso o la calidad de los servicios.
g) Integración: promueve la coordinación entre niveles de atención mediante estudios sobre continuidad asistencial.
h) Oportunidad: contribuye a reducir tiempos de espera y mejorar el acceso a tratamientos adecuados en el momento preciso.

Entre las líneas de investigación recomendadas se incluyen:

i. Reducción de daños a los pacientes: La investigación puede revelar áreas de riesgo y permitir la implementación de medidas preventivas para evitar errores y daños innecesarios a los pacientes.
ii. Mejora continua de la calidad de la atención: Al identificar las debilidades en los procesos de atención, la investigación contribuye a la mejora continua de la calidad de la atención médica.
iii. Optimización de recursos: Al identificar áreas de mejora, la investigación permite una utilización más eficiente de los recursos disponibles en los sistemas de salud.
iv. Mejora de la experiencia del paciente: La seguridad y la calidad en la atención pueden generar una experiencia más positiva para los pacientes y sus familias.
v. Reducción de costos asociados a eventos adversos: Al prevenir complicaciones y eventos adversos, la investigación contribuye a la reducción de los costos a largo plazo.

Los protocolos pueden desarrollarse a nivel interno, en colaboración interinstitucional o como parte de proyectos multicéntricos. Sus resultados deben ser considerados para el diseño o ajuste de estrategias institucionales de mejora.

i. Requerimiento auditable.

(1)El establecimiento cuenta con protocolos de investigación en curso o concluidos, alineados a una o más dimensiones de la

SIN VALIDEZ OFICIAL

calidad, y son al menos 10% de la totalidad de los protocolos en curso.

(2)Los protocolos incluyen una metodología definida y respetan los principios bioéticos y la regulación aplicable vigente.

(3)La evidencia generada es utilizada para orientar decisiones o estrategias institucionales vinculadas a una o más dimensiones de la calidad.

(4)Se cuenta con registros o productos derivados de las investigaciones (por ejemplo: reportes, artículos, presentaciones, análisis de datos, propuestas de mejora).

(A). Referencia de apoyo.

- Protocolos de investigación institucional documentados.
- Registro de aprobación del comité ética, investigación o evidencia de cumplimiento normativo.
- Reportes técnicos, resultados o publicaciones derivadas.
- Actas de comités o planes institucionales que demuestren uso de resultados.

w. Estándar 4/6. Participación y reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.

1. Guía.

Los reconocimientos nacionales a la calidad institucional son una herramienta clave para impulsar la mejora continua en los establecimientos de atención médica. Su participación permite someter el desempeño organizacional a una evaluación técnica, externa y homologada, promoviendo el aprendizaje organizacional, la transparencia y la rendición de cuentas.

El establecimiento que cuente con alguno de los reconocimientos a la calidad promovidos por instituciones del sector salud, organismos gubernamentales o entes de competitividad nacional:

a) Premio Nacional de Calidad en Salud (PNCS) – Secretaría de Salud / DGCES (si fue finalista o ganador en los últimos tres años).

b) Premio Nacional de Calidad (ganador en los últimos tres años).

c) Premio IMSS a la Competitividad – IMSS (ganador en el año).

Estos reconocimientos no solo aportan prestigio institucional, sino que también consolida el compromiso con la excelencia, la transparencia y la rendición de cuentas en los servicios públicos de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La participación en estos procesos fortalece la cultura de calidad, permite detectar fortalezas y áreas de oportunidad, y visibiliza el compromiso del establecimiento con la mejora de la atención.
El establecimiento debe documentar su participación, resultados y seguimiento, integrándolo como parte del ciclo de mejora continua. La evidencia generada (reportes de autoevaluación, diagnósticos institucionales, recomendaciones) debe integrarse en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente, difundirse entre el personal como parte de la cultura organizacional.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha participado formalmente en una convocatoria vigente de alguno de los reconocimientos mencionados.
(2) El establecimiento ha sido reconocido como finalista o ganador en algún reconocimiento nacional relacionado con la calidad institucional en salud, conforme a los criterios de la convocatoria vigente.
(3) El establecimiento ha integrado los hallazgos del proceso de evaluación a su plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.
(4) La participación y resultados han sido difundidos entre el personal del establecimiento, como parte de una estrategia institucional de reconocimiento, motivación y mejora continua.

(A). Referencia de apoyo.

- Documentos de inscripción a convocatorias de premios nacionales de calidad o desempeño institucional.
- Oficios, constancias o reconocimientos emitidos por la institución convocante.
- Reportes institucionales entregados en el marco del proceso de evaluación.
- Actas o registros donde se analizaron los hallazgos y se propusieron acciones de mejora.
- Plan de mejora actualizado que incluya las recomendaciones derivadas del reconocimiento.
- Evidencia de difusión interna (boletines, carteles, sesiones informativas, etc.) sobre la participación y resultados obtenidos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

d. Estándar 5/6. Participación del establecimiento en acciones para mejorar las condiciones de salud de la comunidad.

1. Guía.

Los establecimientos de primer nivel de atención tienen un papel fundamental no solo en la prestación de servicios clínicos, sino también en la mejora de las condiciones que influyen directamente en la salud de la comunidad que atienden.

Este rol se traduce en la identificación de problemáticas del entorno —como la falta de acceso a alimentos saludables, condiciones inseguras, escasa actividad física, violencia, consumo de sustancias, entre otras— y en la participación activa del establecimiento en acciones que contribuyan a su solución. Estas acciones pueden impulsarse de forma directa o mediante la colaboración con otros sectores, instituciones o liderazgos comunitarios.

La participación del establecimiento puede incluir actividades como:

a) Promoción del entorno saludable en escuelas, espacios públicos o mercados.
b) Impulso de acciones comunitarias para reducir riesgos sanitarios.
c) Intervenciones educativas sobre determinantes sociales o factores de riesgo prevalentes.
d) Campañas de vacunación o prevención articuladas con actores comunitarios.
e) Acciones para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas marginadas.
f) La articulación de procesos comunitarios de atención integral para personas con condiciones crónicas o complejas, mediante la coordinación entre diferentes disciplinas y servicios del establecimiento, garantizando un abordaje continuo, colaborativo y centrado en la persona.

Estas actividades deben responder a un análisis de necesidades reales de la comunidad, estar articuladas con el trabajo del establecimiento y formar parte de su planificación operativa, evaluación de resultados e integración con los sistemas de calidad y mejora continua.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento ha identificado, mediante mecanismos formales, las principales condiciones comunitarias que afectan negativamente la salud de la población que atiende.

(2) El establecimiento participa en acciones dirigidas a mejorar esas condiciones, de manera directa o en coordinación con otros actores de la comunidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

(3)Se evalúan y analizan los resultados de las acciones emprendidas, y se han documentado efectos positivos, sostenibilidad o replicabilidad.
(4)El personal del establecimiento conoce su responsabilidad institucional de contribuir a la mejora de las condiciones de salud de la comunidad y participa, conforme a su perfil de puesto y alcance en las acciones planificadas.
(5)Las acciones y su evaluación están documentadas e integradas a la planeación operativa o a los planes de mejora del establecimiento.

(A). Referencia de apoyo

- Diagnósticos comunitarios, censos locales de salud o análisis de situación de salud.
- Evidencia de participación del establecimiento en jornadas, campañas o proyectos comunitarios.
- Actas de colaboración interinstitucional, oficios de coordinación o convocatorias conjuntas.
- Informes de evaluación de las acciones realizadas.
- Materiales de difusión, convocatorias, cronogramas o reportes fotográficos.
- Planes de trabajo que incluyan objetivos de impacto comunitario.
- Registros de capacitación al personal sobre salud comunitaria o promoción de la salud.

e. Estándar 6/6. Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente.

1. Guía.

El entorno ambiental influye directamente en la salud de la población. La contaminación del aire, el mal manejo de residuos, la escasez de agua limpia, el uso excesivo de energías no renovables y la degradación ambiental son factores que contribuyen a enfermedades respiratorias, gastrointestinales, cardiovasculares y dermatológicas, entre otras.

Por ello, los establecimientos del primer nivel de atención deben participar en acciones comunitarias que promuevan la protección ambiental y la sostenibilidad, como parte de su compromiso con la salud pública y la prevención de enfermedades. Estas acciones pueden realizarse directamente o en colaboración con actores sociales, instituciones educativas, organizaciones ambientales o autoridades locales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

El establecimiento identifica los principales riesgos ambientales que afectan a la comunidad que atiende y desarrolla o colabora en actividades que contribuyan a su mitigación, tales como:

a) Promoción del uso racional del agua y la energía.
b) Educación ambiental dirigida a la población.
c) Apoyo a jornadas comunitarias de limpieza, reforestación o reciclaje.
d) Manejo adecuado de residuos peligrosos y comunes.
e) Sensibilización sobre el cambio climático y su relación con la salud.
f) Participación en campañas o foros sobre salud y medio ambiente.
g) Apoyo a estrategias para entornos saludables (alimentos locales, transporte activo, diseño urbano verde).

Estas acciones deben formar parte de la planeación institucional, responder a necesidades reales del entorno y documentarse como parte del ciclo de mejora continua del establecimiento.

i. Requerimiento auditable.

(1) El establecimiento identifica los principales riesgos ambientales que afectan a la comunidad que atiende, y ha implementado acciones para su mitigación.
(2) Participa de manera activa y documentada en actividades comunitarias orientadas a la protección del medio ambiente, de forma directa o en coordinación con actores locales.
(3) Cuenta con evidencia de planeación, ejecución y seguimiento de al menos una actividad ambiental comunitaria durante el último año.
(4) Evalúa los resultados de las acciones ambientales implementadas y utiliza los hallazgos para mejorar su participación en futuras actividades.
(5) El personal ha sido sensibilizado sobre la relación entre medio ambiente y salud, y participa conforme a sus funciones en las actividades comunitarias programadas.

(A). Referencia de apoyo.

- Diagnóstico comunitario o registros de riesgos ambientales prevalentes.
- Informes o evidencias de participación del establecimiento en actividades comunitarias ambientales.
- Convenios, actas de colaboración o convocatorias interinstitucionales en temas ambientales.
- Cronogramas, materiales, campañas o listas de asistencia de eventos ambientales realizados.
- Evidencia de capacitación al personal en temas de salud y medio ambiente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Reportes de evaluación de impacto o seguimiento de las acciones implementadas.
- Planes operativos que integren objetivos relacionados con sostenibilidad ambiental o promoción del entorno saludable.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XI. DEFINICIONES OPERATIVAS

Para fines del presente MOCEBPASS, las siguientes definiciones operativas deberán considerarse como referencia para la interpretación y aplicación de los estándares, lineamientos y el proceso de certificación. Estas definiciones han sido desarrolladas en el marco del modelo y no sustituyen términos jurídicos o clínicos definidos en otras normativas

A

Actitud: manifestación externa del estado de ánimo o disposición de una persona ante determinados estímulos, hechos o personas. Por lo tanto, pueden ser positivas o negativas.

Alta dirección: autoridad ejecutiva o administrativa con capacidad de liderazgo operativo dentro del establecimiento (ej. dirección general, jefaturas estratégicas).

Alta médica: declaración formal realizada por el profesional tratante que certifica que una persona ha completado su atención médica en un establecimiento de salud; es el punto en el cual termina la vinculación activa de una persona con un establecimiento o programa, y estos ya no tienen responsabilidad activa sobre la atención de la persona. Ver: Alta definitiva y Alta hospitalaria.

a. Alta definitiva: se refiere al cierre completo del episodio de atención médica, cuando el paciente puede reincorporarse a su vida ordinaria sin requerir seguimiento activo del programa o servicio. Puede darse tanto en el ámbito hospitalario como ambulatorio.
b. Alta hospitalaria: declaración del médico que atestigua la capacidad de un paciente ingresado para salir del hospital o de otro establecimiento de atención médica, con independencia del motivo que ponga fin a su estancia, ya sea la curación o una mejoría clínica, la posibilidad de continuar con el tratamiento o con las medidas paliativas en régimen domiciliario o ambulatorio, el traslado a otro establecimiento sanitario, el rechazo del enfermo a seguir ingresado, su fuga, su fallecimiento o cualquier otro.

Análisis de causa raíz (ACR): método estructurado y retrospectivo utilizado para identificar causas subyacentes y factores contribuyentes de eventos adversos, incidentes o cuasifallas en los procesos de atención. Su propósito es comprender por qué ocurrió un evento y prevenir su recurrencia mediante acciones correctivas o de mejora sistémica. El ACR no busca culpables, sino mejorar procesos a partir de una comprensión profunda de los errores o fallos.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Análisis del Modo y Efecto de la Falla (AMEF): también conocido por sus siglas en inglés FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*), es una herramienta de mejora de procesos, sistemática y proactiva, que permite identificar, priorizar y prevenir fallas potenciales en procesos, productos o sistemas antes de que ocurran, evaluando sus causas, efectos y criticidad.

Anestesia y sedación: la administración de medicamentos a una persona, en cualquier entorno y por cualquier vía, para inducir una pérdida parcial o total de la sensibilidad, a fin de llevar a cabo un procedimiento quirúrgico, diagnóstico, terapéutico, paliativo o de otro tipo

a. Sedación: estado de conciencia, inducido por la administración de fármacos, que permite a los pacientes tolerar procedimientos potencialmente molestos, conservando la capacidad de responder a órdenes verbales o estímulos táctiles.
b. Anestesia General: conjunto de técnicas utilizadas para inducir hipnosis, amnesia, analgesia, protección neurovegetativa e inmovilidad, con el objetivo de que el paciente tolere los procedimientos clínicos o quirúrgicos con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.

Aprendizaje: modificación habitual y relativamente permanente del comportamiento de las personas, que ocurre como resultado de la experiencia. Proceso significativo orientado al cambio, mediante el cual un individuo o conjunto de individuos interactúan con su medio ambiente modificando su conducta como resultado de la realización de actividades que producen conocimientos, hábitos, habilidades, actitudes y aptitudes.

Aptitudes: atributos relacionados con la percepción, coordinación motriz, destreza manual o capacidad intelectual, esenciales en el desempeño de una tarea o de una competencia. Representan capacidades innatas o desarrolladas que influyen en la ejecución efectiva de actividades técnicas, cognitivas o relacionales en entornos clínicos y administrativos.

Asignación de recursos: proceso técnico y administrativo mediante el cual se distribuyen los recursos (humanos, materiales, financieros, tecnológicos, etc.) del establecimiento conforme a las necesidades de atención, nivel de complejidad, carga de trabajo y criterios de seguridad, calidad y equidad.

Atención Médica: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Atención médica continua: servicio que atiende todos aquellos problemas de salud que no pueden esperar al día siguiente para ser atendidos por la consulta ambulatoria. Se manejan situaciones de urgencias relativas pero dado su carácter de atención 24 horas contempla la atención de urgencias calificadas hasta su estabilización o traslado.

Atención Médica Ambulatoria: conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes o usuarios que no requieren ser hospitalizados.

Auditoría: Proceso sistemático, independiente y documentado para obtener evidencias y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar la extensión en que se cumplen los criterios de la auditoría.

Auditoría del Establecimiento: proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares del Modelo de Certificación, con el propósito de determinar el grado de cumplimiento del establecimiento y orientar la adopción de buenas prácticas vinculadas a las áreas de oportunidad identificadas.

Aviso de Funcionamiento: trámite mediante el cual se hace del conocimiento de la autoridad sanitaria, del inicio de actividades de los establecimientos para la atención médica que no realizan actos quirúrgicos u obstétricos.

B

Buena Práctica: experiencia que parte de un resultado valioso desde la perspectiva sanitaria y que se sostiene en el tiempo. Es una intervención que ha generado resultados positivos y útiles en el contexto de la organización, solucionando problemas o dificultades que se presentan, y que puede servir como modelo para otras organizaciones.

Bundle: anglicismo que significa "atar" o "agrupar". Es utilizado como sinónimo de paquete de seguridad en las Buenas Prácticas. En el ámbito de la calidad en salud, se utiliza para describir un conjunto estructurado de intervenciones basadas en evidencia, que, al aplicarse de forma conjunta, consistente y simultánea, han demostrado mejorar los resultados clínicos, especialmente en la prevención de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). Cada intervención por sí sola puede tener un efecto positivo, pero el enfoque de "todo o nada" exige que todas las acciones del bundle se implementen juntas para que se considere su cumplimiento. Esta estrategia estandariza prácticas clínicas críticas y mejora la confiabilidad en los procesos de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

C

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

La calidad de la atención incluye las siguientes dimensiones:

a. Efectividad: Atención basada en evidencia que produce mejores resultados de salud para individuos.
b. Eficiencia: Maximiza el uso de recursos y evita desperdicios.
c. Seguridad: Minimiza riesgos y daños a los usuarios.
d. Centrada en paciente/población: Tiene en cuenta preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales del servicio, sus familias y las culturas de sus comunidades.
e. Sostenibilidad: Protege y mejora la salud ahora y para las generaciones futuras minimizando el impacto ambiental y los costos sociales y financieros.
f. Equidad: Atención que no varía en calidad debido a características personales como género, raza, etnia, ubicación geográfica o estatus socioeconómico.
g. Integración: Atención coordinada entre niveles y proveedores y que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo de la vida.
h. Oportunidad: Atención oportuna, reduciendo los tiempos de espera y retrasos perjudiciales.

Calificación: a la realización de las pruebas específicas basadas en conocimiento científico, para demostrar que los equipos, sistemas, instalaciones, personal y proveedores cumplen con los requisitos previamente establecidos, la cual debe ser concluida antes de validar los procesos.

Capacidades: son atributos psico-cognitivos de los individuos, que se desarrollan por la integración y acumulación de aprendizajes significativos. El desarrollo de capacidades es la base del despliegue y del crecimiento de las habilidades o competencias. En las capacidades se integran y perfeccionan los conocimientos, las destrezas, y las habilidades cognitivas, operativas, organizativas, estratégicas y resolutivas que luego se pondrán en juego en situaciones reales de actuación social o productiva.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Capacitación: actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos, buscando desarrollar las aptitudes de las personas, con el propósito de prepararlos para desempeñar adecuadamente una ocupación o puesto de trabajo. Su cobertura abarca atención, memoria, análisis, actitudes y valores de los individuos, respondiendo sobre todo a las áreas del aprendizaje cognoscitiva y afectiva. Es un proceso metodológico de actividades encaminadas a la mejora, incremento y desarrollo de la calidad de los conocimientos, habilidades y actitudes del recurso humano con la finalidad de mejorar su desempeño profesional.

Carta de Consentimiento Informado: documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación, una vez que se ha recibido información de los riesgos y beneficios esperados para el paciente.

Cirugía Mayor Ambulatoria: a los procedimientos quirúrgicos que se llevan a cabo bajo diversos tipos de anestesia que no requieren de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y el paciente puede ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir del ingreso al establecimiento de cirugía mayor ambulatoria.

COFEPRIS: Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, administrativa y operativa, que tiene a su cargo el ejercicio de las atribuciones en materia de regulación, control y fomento sanitarios en los términos de la Ley General de Salud y demás disposiciones aplicables.

Competencia: conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea o dicho de otra forma determinación de las aptitudes, conocimiento y capacidad de una persona para satisfacer expectativas definidas por el establecimiento, en, por ejemplo, un perfil de puesto. Dicho de otra manera, es la capacidad real que tiene una persona para aplicar conocimientos, habilidades y destrezas, valores y comportamientos, en el desempeño laboral, en diferentes contextos.

Conciliación de medicamentos. es la actividad profesional centrada en la seguridad del paciente en el que el personal realiza una comparación formal y sistematizada de la historia farmacoterapéutica antes y después de una

SIN VALIDEZ OFICIAL

transición asistencial, que permite identificar, clasificar, analizar, documentar y resolver con el médico tratante las posibles discrepancias en el tratamiento farmacológico.

Consentimiento informado: es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. El consentimiento informado no es un documento, es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento.

Consultorio: todo establecimiento público, social o privado, ligado a un servicio hospitalario o dedicado al ejercicio profesional independiente, que tenga como propósito prestar servicios de atención médica a pacientes ambulatorios.

Consultorio de Atención Médica Especializada: establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un hospital, que tiene la finalidad de prestar atención médica especializada a pacientes ambulatorios.

Control: revisión periódica de la información. El propósito del control es identificar los cambios en una situación. Además, es el proceso que usan los administradores para asegurarse de que las actividades realizadas se corresponden con los planes, el control también puede utilizarse para evaluar la eficacia del resto de las funciones administrativas: la planeación, el establecimiento y la dirección.

Credencialización: procedimiento por el cual un organismo autorizado reconoce o acredita, formalmente, que otro organismo o persona es competente para desarrollar funciones específicas.

Cuasifalla: son aquellos eventos adversos que ocurren en el establecimiento, pero no llegan al paciente. La OMS lo define como “Cuasi incidente: Desvío respecto de la práctica óptima en la prestación de atención médica que habría ocasionado un daño no deseado al paciente o a la misión del establecimiento, pero que se impidió por medio de acciones planificadas, no planificadas, intervenciones oportunas o el azar”. Así mismo, la Joint Commission International lo define como “Cualquier variación en un proceso que no afecta a un resultado, pero para el que una recurrencia conlleva una posibilidad significativa de ocasionar un resultado adverso grave”.

Cuidador primario: persona designada formal o informalmente por el paciente para acompañar, asistir o tomar decisiones compartidas durante el proceso de

SIN VALIDEZ OFICIAL

atención. Puede ser un familiar, representante legal, tutor o acompañante significativo, dependiendo de las condiciones del paciente y el contexto de atención.

Cultura organizacional: conjunto de valores, creencias, actitudes, normas y comportamientos compartidos por el personal de un establecimiento, que influyen en su forma de trabajar, tomar decisiones, resolver problemas y relacionarse dentro de la organización.

D

Datos: hechos, observaciones clínicas o mediciones recolectadas durante una actividad de evaluación. Previo a su análisis los datos se denominan “datos en bruto”.

Desastre: Al resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos y o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada, causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

Descripción de puesto: explicación de un puesto de trabajo que incluye las tareas, responsabilidades y condiciones requeridas para llevar a cabo el trabajo, dicho de otro modo, es la exposición detallada, estructurada, ordenada y sistemática, según un protocolo dado el resultado de análisis del puesto de trabajo. Es, en definitiva, un inventario escrito de los principales hechos más significativos del puesto de sus deberes y responsabilidades.

Destreza: característica de soltura en los movimientos que un individuo posee para realizar una actividad manual con rapidez y precisión. Es la precisión motora del individuo para realizar ciertas operaciones o manejar instrumentos o equipo es el complemento de los conocimientos, puede deberse al proceso normal de maduración, acompañado de la práctica, o al aprendizaje específico.

Dispositivo médico: al instrumento, aparato, utensilio, máquina, *software*, producto o material implantable, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto similar, para ser empleado, solo o en combinación, directa o indirectamente en seres humanos. Y cuya finalidad de uso principal no es a través de mecanismos farmacológicos, inmunológicos o metabólicos, sin embargo, pueden ser asistidos por estos medios para lograr su función. Los dispositivos médicos incluyen a los Insumos para la salud de las siguientes categorías: equipo médico, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de

SIN VALIDEZ OFICIAL

diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos.

E

Efecto secundario: efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción, por ejemplo, la diarrea asociada con la alteración del equilibrio de la flora bacteriana normal que es producto de un tratamiento antibiótico.

Eficacia: nivel de consecución de metas y objetivos. La eficacia hace referencia a nuestra capacidad para lograr lo que nos proponemos.

Eficiencia: la relación entre los recursos utilizados en un proyecto y los logros conseguidos con el mismo. Por ejemplo, cuando dos programas de vacunación utilizan la misma cantidad de recursos, el que logra un mayor índice de cobertura de vacunación es el más eficiente. El aumento de la eficiencia implica lograr los mismos resultados con menos recursos, o más resultados con la misma cantidad de recursos.

Ejes Estructurales del MOCEBPASS: representan los pilares para el funcionamiento, la gestión y la mejora continua de los establecimientos de atención médica. Cada eje se subdivide en componentes, que permiten un análisis más detallado y operativo de los procesos institucionales.

Eje estructural Liderazgo y Gobernanza: analiza el compromiso de la alta dirección, los principios de gobernanza institucional, la comunicación organizacional, la participación de los grupos de interés y la alineación con los valores y misión institucional.

Eje estructural Administración de la Información: evalúa la gestión efectiva de los datos clínicos, administrativos y estratégicos, el uso de tecnologías de la información, la protección de la confidencialidad y la disponibilidad oportuna de la información para la toma de decisiones.

Eje estructural Planificación y Gestión de Recursos: examina el diseño e implementación de procesos institucionales, la gestión de recursos físicos, humanos y tecnológicos, así como la identificación, evaluación y mitigación de riesgos organizacionales.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Eje estructural Atención Clínica y de Apoyo: valora el establecimiento y calidad de los servicios de salud, la atención centrada en el paciente, la práctica clínica basada en evidencia, la prevención de eventos adversos y la garantía del respeto a los derechos de los pacientes.

Eje estructural de Mejora Continua y Sistema de Salud: Considera los mecanismos de evaluación del desempeño institucional, la aplicación de auditorías internas y externas, la medición de la satisfacción de usuarios y trabajadores, así como la implementación de estrategias de mejora continua e innovación.

Emergencia: Situación de peligro o desastre que requiere atención inmediata (Real Academia Española). Situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general, generada o asociada con la inminencia, alta probabilidad o presencia de un agente perturbador.

Entrenamiento: serie sistemática de actividades que tiene por objeto, que el individuo desarrolle, con un máximo de eficiencia, ciertas habilidades y destrezas. Entendida también como la preparación de personas para la realización de actividades específicas.

Equipo médico: los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica, quirúrgica o a procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes, así como aquellos para efectuar actividades de investigación biomédica.

Establecimiento de atención médica: Todo aquél, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos.

Establecimiento de Primer Nivel Independiente (EPNI); Se entiende por EPNI al espacio de primer contacto en salud que:

- Brinda servicios ambulatorios básicos de atención clínica o de apoyo a la salud (ej. medicina general, odontología, nutrición, psicología, fisioterapia, entre otros), orientados a la resolución de necesidades frecuentes y de baja complejidad.
- Opera con infraestructura mínima, generalmente limitada a un consultorio y, en su caso, un área de espera reducida, sin contar con servicios auxiliares de diagnóstico ni procesos estructurados de continuidad asistencial.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Funciona de manera individual o en grupos pequeños de profesionales de la salud, bajo la responsabilidad directa de quien presta los servicios.
- No depende de instituciones públicas o sociales, ni forma parte de corporativos o cadenas privadas de consultorios, manteniendo un esquema de operación independiente.
- Su característica distintiva frente a las clínicas o unidades de primer nivel es la ausencia de múltiples consultorios, de personal diverso y de servicios complementarios de salud, limitándose a la atención ambulatoria general individualizada.
- Puede ubicarse de forma independiente o en espacios contiguos a farmacias u otros establecimientos comerciales, sin que ello determine una integración corporativa formal.

Estándar: De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, "estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia", así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad. La International Society for Quality in Health Care (ISQua) define un estándar en el ámbito de la atención sanitaria como un nivel de desempeño deseado y alcanzable contra el cual se mide el desempeño real. Para el modelo es: la declaración general que expresa el resultado de alto nivel que se espera alcanzar; representa un criterio explícito, medible y alcanzable que permite evaluar el cumplimiento del establecimiento con base en evidencia, normativa vigente y mejores prácticas.

Estandarización de Procesos: Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por el establecimiento para el desarrollo de un estándar.

Estructura: Es una de las tres dimensiones clave del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, la cual, se refiere a los recursos físicos, humanos, tecnológicos y normativos necesarios para el adecuado funcionamiento del Servicio de Salud.

Evacuación: Desplazamiento que como medida precautoria se realiza para salvaguardar la integridad física y la vida de las personas, ante la amenaza o presencia de un riesgo, emergencia o desastre.

Evaluación de Competencias: es el proceso por el cual un evaluador reúne signos de evidencia de la competencia que detenta una persona para el ejercicio de un determinado rol laboral. El piso de los signos de evidencia que el evaluador utiliza está enunciado en la norma de competencia, de la cual

SIN VALIDEZ OFICIAL

deben ser tomados los signos de evidencia para elaborar los instrumentos de evaluación.

Evento adverso: un suceso imprevisto, indeseado o potencialmente peligroso en un establecimiento de atención médica. Véase también evento centinela. La Organización Mundial de la Salud lo define como “lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas” o “lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas.”

Evento centinela: un suceso imprevisto que implica la muerte o una pérdida permanente grave de una función. La Organización Mundial de la Salud lo define como “incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas” o “todo evento que haya derivado en la muerte del paciente o la pérdida permanente e importante de una función, de carácter imprevisto y sin relación con la evolución natural de la enfermedad o el trastorno subyacente del paciente”

Expediente clínico: conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

F

Familia: la o las personas que ocupan un lugar importante en la vida del paciente. Esto puede incluir a personas no relacionadas legalmente con el paciente. Esta persona o personas a menudo se denominan terceros responsables de la toma de decisiones, si estuvieran autorizadas para tomar

SIN VALIDEZ OFICIAL

decisiones por el paciente en caso de que el mismo perdiera su capacidad para hacerlo.

Formación: proceso académico formal en el que la persona o participante desarrolla e integra elementos técnicos o profesionales que determinarán el estilo y forma de lo que se produzca en el futuro. Siempre implica un nivel académico, es decir, diplomado, técnico, bachiller, licenciado, máster, doctorado, entre otros.

G

Gestión de recursos: conjunto de acciones orientadas a garantizar la disponibilidad, eficiencia, mantenimiento, mejora y sostenibilidad de los recursos institucionales, incluyendo procesos de evaluación, reestructuración, uso racional y control.

Gestión de riesgos: proceso institucional, estructurado y sistemático mediante el cual se identifican, analizan, priorizan, controlan, monitorean y comunican los riesgos que puedan afectar la calidad, seguridad, legalidad, sostenibilidad y funcionamiento del establecimiento, incluyendo riesgos clínicos, operativos, financieros, tecnológicos, de infraestructura y de continuidad de servicios.

Gobernanza institucional: conjunto de procesos mediante los cuales se dirige, supervisa y rinde cuentas sobre el desempeño del establecimiento. Incluye normas internas, estructuras organizacionales y decisiones estratégicas.

Gobierno: la persona o personas, grupo u organismo que ostentan la máxima autoridad y responsabilidad en la implementación de políticas, el mantenimiento de la calidad de atención y en la provisión de gestión y planificación del establecimiento. Instancia de máxima decisión y responsabilidad institucional, que puede ser una dirección local o a través de instancias superiores de la misma institución o grupo, como puede ser un órgano estatal, jurisdiccional, central o corporativo, según la estructura organizativa definida.
Otros nombres para este grupo incluyen “junta”, “junta de administración”, “junta de gobierno”, “junta de comisionados” y “cuerpo de gobierno”.

Guía: dentro del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, la guía explica y amplía los conceptos contenidos dentro del estándar. Describe su propósito, alcance y fundamentos técnicos, proporciona orientación para las organizaciones sobre los factores que deben considerarse al implementar el estándar. Se proporciona con fines explicativos, tratándose de texto

SIN VALIDEZ OFICIAL

enunciativo, pero no limitativo. El cumplimiento del estándar se puede demostrar de diferentes maneras a las que se pueden llegar a describir.

Guía de Práctica Clínica: son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada. La ventaja de estas guías para el médico se basa en que las recomendaciones que ofrece provienen de la mejor prueba científica existente y para el paciente en la ganancia de la confianza que lo que le indica su médico proviene de estudios científicos evaluados y resumidos en forma de guía.

- El Institute of Medicine de los Estados Unidos (IOM), las define como un conjunto de "recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y seleccionan las opciones diagnósticas y/o terapéuticas más adecuadas en el abordaje de un problema de salud o una condición clínica específica".
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere a que "son informes desarrollados sistemáticamente basados en la evidencia para los proveedores de asistencia, receptores y otras organizaciones para la toma de decisiones acerca de las intervenciones de salud más apropiadas. Las intervenciones de salud son definidas ampliamente por incluir no solo procedimientos clínicos, sino también acciones públicas de salud. Las guías son un informe consultivo formal, las cuales deben ser lo suficientemente robustas para ser útiles en circunstancias clínicas o en situaciones determinadas en la cual pueden ser aplicadas".
- The New Zealand Guidelines Group (NZGG): "Las GPC proveen asesoramiento en la toma de decisiones en cada nivel de interacción; entre el profesional de la salud y el paciente, entre el consumidor y el proveedor, así como entre el proveedor y las organizaciones de salud".

H

Habilidad: capacidad, disposición para ejecutar una actividad, una operación o un procedimiento determinado, de acuerdo con el grado de exactitud requerido. Está relacionada con la inteligencia y la destreza de la persona.

Hallazgo: resultado documentado de la comparación entre las evidencias observadas durante la auditoría y los requisitos establecidos en los estándares del MOCEBPASS. Cada hallazgo refleja el nivel de cumplimiento de un requerimiento auditable y constituye la base objetiva para la toma de decisiones en el proceso de certificación.
Los hallazgos pueden clasificarse como:

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Cumplimiento: Cuando el establecimiento presenta evidencias suficientes y consistentes que demuestran que el requerimiento auditable se ha implementado de forma adecuada.
- No cumplimiento: Cuando no existen evidencias o estas son insuficientes, contradictorias o inexistentes respecto al requisito evaluado.
- Cumplimiento parcial: Cuando se identifican avances o elementos implementados, pero de manera incompleta, incipiente o con desviaciones que requieren acciones correctivas para alcanzar el cumplimiento total.

Cada hallazgo debe ser trazable, verificable y registrado de manera clara y objetiva, sin juicios personales, y puede generar recomendaciones o acciones de mejora.

Hospital: establecimiento público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, que tenga como finalidad la atención a enfermos que se internen para fines diagnósticos, tratamiento o rehabilitación.

Hospitalización: servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, así como, para los cuidados paliativos.

I

Idoneidad de la prescripción: barrera de seguridad que consiste en la revisión y análisis de la prescripción de medicamentos, a partir del perfil farmacoterapéutico u otras herramientas, integrando las necesidades clínicas, características individuales y farmacoterapia del paciente, cuyo objetivo es identificar y prevenir problemas relacionados con los medicamentos contribuyendo al uso racional de los medicamentos.

Impacto: es el conjunto de consecuencias que origina un riesgo si llegará a presentarse.

Indicador: variable cuantitativa cuyos valores son susceptibles de interpretación en un campo de conocimiento, respecto a determinados valores de referencia, establecidos en forma teórica o empírica. Podemos decir que un indicador es una estadística que ha sido procesada con el fin de entregar información específica o como una medida utilizada para determinar, en el tiempo, el desempeño de funciones, procesos y resultados de una organización.

Indicador de Calidad: son herramientas que permiten la medición, tangible y cuantificable de un proceso o de una parte de un proceso, su análisis permite evaluar la calidad de los procesos, productos o servicios para asegurar la

SIN VALIDEZ OFICIAL

satisfacción o desempeño de estos. Dicho de otro modo, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Miden de manera global, el resultado final de las actividades.

Interconsulta: procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud en la atención del paciente, a solicitud del médico tratante.
Internar: Disponer o realizar el ingreso de alguien en un establecimiento, como un hospital, una clínica, una prisión. Véase Hospitalización.

L

Lesiones en la piel por presión: es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros . Ver "Úlcera por Presión."

Licencia Sanitaria: autorización emitida por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios que permite a una persona pública o privada, el realizar en un establecimiento una actividad relacionada con la salud humana.

Líder: son aquellas personas que, por medio de la motivación, el ejemplo y la empatía, logran la implicación y el compromiso de un grupo de personas para alcanzar un objetivo concreto.

Liderazgo: capacidad de influir, guiar y coordinar equipos para lograr objetivos organizacionales con base en principios de calidad, ética, participación y sostenibilidad.

M

Manual del Modelo de Certificación de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud: documento técnico-normativo que forma parte del Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General, en el que se integran de manera estructurada los estándares, guías, requerimientos auditables, referencias de apoyo y lineamientos metodológicos que rigen la evaluación de los establecimientos de atención médica. Su propósito es servir como referencia oficial para la preparación, implementación, auditoría y mejora continua de los procesos relacionados con la calidad y seguridad en la atención, bajo los principios y estructura definidos por el modelo.

Matriz de riesgo: es una herramienta de gestión que permite determinar objetivamente cuáles son los riesgos relevantes para la seguridad y calidad en

SIN VALIDEZ OFICIAL

los procesos y actividades que define una organización. Permite identificar rápidamente qué riesgos deben recibir la mayor atención.

Medicamento: toda sustancia o mezcla de substancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico, preventivo o rehabilitatorio, que se presente en forma farmacéutica y se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas.

Medicamentos de alto riesgo: son aquellos que presentan una probabilidad elevada de causar daños graves o incluso mortales cuando se produce un error en el curso de su utilización. Esta definición no indica que los errores asociados a estos medicamentos sean más frecuentes, sino que, en caso de producirse, las consecuencias para los pacientes suelen ser más graves.

Medición: puede definirse acorde al contexto como la recolección de datos cuantificables sobre una función, un sistema o un proceso (se "mide") o como una herramienta cuantitativa para determinar un valor.

Metodología trazadora: es un proceso que se emplean durante la evaluación del establecimiento para analizar sus sistemas, mediante el seguimiento de pacientes individuales a través del proceso de atención médica del establecimiento, en la secuencia experimentada por estos. Dependiendo del entorno de atención médica, esto puede requerir que los evaluadores visiten múltiples establecimientos de atención, departamentos o áreas dentro del establecimiento o una única unidad de atención para "rastrear" la atención prestada a un paciente:

- Rastreo de un paciente: proceso que se emplea para evaluar la experiencia total de atención de un paciente en particular dentro de un establecimiento de atención médica.
- Rastreo del sistema: sesión durante la evaluación en el centro dedicada a evaluar cuestiones de suma prioridad referidas a la seguridad y calidad de la atención, en todo el sistema del establecimiento. Entre los ejemplos de dichas cuestiones se incluyen la prevención y control de infecciones, el manejo de medicamentos, gestión y seguridad de las instalaciones, entre otros.

Multidisciplinario: que incluye representantes de varias profesiones, disciplinas o áreas de servicio.

O

Organigrama: representación gráfica de la estructura de una empresa o una institución, en la cual se muestran las relaciones entre sus diferentes partes y

SIN VALIDEZ OFICIAL

la función de cada una de ellas, así como de las personas que trabajan en las mismas.

Otorgamiento de privilegios: proceso en el cual un facultativo sanitario obtiene autorización, por parte de un establecimiento de atención médica, para acceder a un ámbito y un contenido específicos de servicios de atención al paciente (es decir, privilegios clínicos), basado en la valoración de las calificaciones y el desempeño de la persona.

P

Paciente: todo aquel usuario beneficiario directo de la atención médica.

Paciente ambulatorio: todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización.

Paciente de Alto Riesgo: que se consideran de alto riesgo debido a su estado de salud o a la naturaleza crítica de su padecimiento, a los cuales se les debe proporcionar una atención clínica que se puede caracterizar por el uso de tecnología médica compleja (pacientes en soporte vital), tipo de tratamiento (pacientes en diálisis peritoneal), el potencial de daño al paciente o los efectos tóxicos de ciertos medicamentos o tratamientos (pacientes con quimioterapia o a quienes se les transfunde sangre y/o hemocomponentes), entre otros.

Paciente Vulnerable: es aquel paciente que por cualquier motivo pueda ser incapaz de protegerse y cuidarse contra cualquier daño, abuso o discriminación.

Participación institucional: involucramiento activo y estructurado del personal, pacientes o comunidad en procesos de planeación, mejora y evaluación.

Permiso Sanitario de Construcción de Establecimientos Médicos: es el permiso que emite la COFEPRIS para construir nuevos establecimientos o para remodelar los existentes, en caso de que en éstos se practiquen actos quirúrgicos u obstétricos.

Personal clínico: el que proporciona atención directa al paciente (médicos, enfermeras, etc.).

Personal no clínico: el que proporciona atención indirecta al paciente (en admisiones, servicio de alimentación, etc.).

SIN VALIDEZ OFICIAL

Plan: método detallado, formulado de antemano, que identifica necesidades, enumera estrategias para atender dichas necesidades, y establece metas y objetivos. El formato del plan puede incluir narraciones, políticas y procedimientos, protocolos, pautas de práctica, rutas clínicas, mapas de atención o una combinación de estos.

Política: declaraciones generales que establecen los límites dentro de los cuales los mandos del establecimiento toman las decisiones y, por lo tanto, aseguran un desempeño consistente.

Probabilidad: posibilidad de que ocurra un riesgo, tomando en cuenta los controles actuales y su efectividad.

Procedimiento invasivo: procedimiento que implica un pinchazo o una incisión en la piel, o la introducción de un instrumento material extraños en el cuerpo, es aquel en el cual el cuerpo es "invadido" o penetrado con una aguja, una sonda, un dispositivo o un endoscopio.

Proceso: una serie de acciones interrelacionadas (o actividades) que transforman los aportes (recursos) en resultados (servicios).
- Proceso Básico - se refiere a los procesos cotidianos que se realizan en los establecimientos de atención médica.
- Proceso Medianamente Complejo - Es un proceso nuevo que requiere de financiamiento y/o competencias específicas.
- Proceso Altamente Complejo - Es un proceso nuevo que requiere recursos financieros y competencias especializadas.

Proceso de certificación: es un proceso voluntario mediante el cual una organización de salud es capaz de medir la calidad de sus servicios y el rendimiento de estos frente a Estándares reconocidos a nivel nacional o internacional. El proceso de certificación implica la autoevaluación del establecimiento, así como una evaluación en detalle por un equipo de expertos externos.

Programa: serie ordenada de actividades u operaciones necesarias para llevar a cabo un proyecto.

Profesional de la salud: toda persona que haya completado estudios y esté capacitado para trabajar en un campo de la atención de la salud. Esto incluye a médicos, odontólogos, enfermeras y profesionales de la salud relacionados. Los profesionales de la salud a menudo poseen una habilitación emitida por un

SIN VALIDEZ OFICIAL

organismo gubernamental o están certificados por una organización profesional.

Protocolo: documento o normativa que establece cómo se debe actuar en ciertos procedimientos. De este modo, recopila conductas, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones.

Proveedor: persona física o moral que suministra productos, materiales, dispositivos médicos, insumos o tecnologías necesarias para el funcionamiento del establecimiento de salud. Su relación con el establecimiento implica acuerdos de suministro, compra o distribución, y se encuentra sujeta a requisitos de calidad, trazabilidad, cumplimiento normativo y vigilancia sanitaria.

R

Referencia Médica: el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

Referencia de apoyo: para el Modelo de Certificación del Consejo de Salubridad General son ejemplos ilustrativos de tipos de evidencia que las organizaciones pueden proporcionar para demostrar el cumplimiento del estándar. Se incluyen elementos orientadores que pueden ser útiles al momento de implementar. Estas referencias pueden contener ejemplos ilustrativos, documentación sugerida, así como referencia bibliográfica y bases normativas relevantes. Su finalidad es facilitar la comprensión y aplicación de los requisitos auditables. El establecimiento puede demostrar el cumplimiento de diversas maneras y puede presentar evidencia alternativa o adicional, siempre que sea válida, pertinente y verificable.

Requerimiento auditable: conjunto de criterios obligatorios cuya verificación permite determinar si el estándar se cumple. Cada requisito tiene el mismo peso dentro del estándar. Los auditores deben determinar el cumplimiento con base en evidencia objetiva.

Residuo Peligroso: residuos que posean alguna de las características de corrosividad, reactividad, explosividad, toxicidad, inflamabilidad, o que contengan agentes infecciosos que les confieran peligrosidad, así como envases, recipientes, embalajes y suelos que hayan sido contaminados cuando se transfieran a otro sitio.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Residuo Peligroso Biológico-Infeccioso (RPBI): el que contiene bacterias, virus u otros microorganismos con capacidad de causar infección o que contiene o puede contener toxinas producidas por microorganismos que causan efectos nocivos a seres vivos y al ambiente, que se generan en establecimientos de atención médica.

Resultado: el o los efectos que provoca una intervención sobre un problema de salud específico. Refleja el propósito de la intervención. Por ejemplo, el o los resultados de un programa de educación sanitaria rural sobre el agua potable segura pueden ser menos episodios de diarrea en niños menores de 5 años, o una disminución de la mortalidad infantil a causa de la diarrea.

Riesgo: es la probabilidad de ocurrencia de un evento que afecta negativamente los resultados , también definido como la incertidumbre en los resultados.

S

Seguridad: es un estado en el cual los peligros y las condiciones que pueden provocar daños de tipo físico, psicológico o material son controlados para preservar la salud y el bienestar de los individuos y del establecimiento.

Seguridad del Paciente: un patrón integrado del comportamiento individual y organizacional, basado en los procesos y valores compartidos, que continuamente busca minimizar el daño al paciente que puede resultar de los procesos de atención en salud.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento: son los tienen como objetivo contribuir y proporcionar información de la evaluación del paciente, como apoyo diagnóstico, seguimiento en el tratamiento de enfermedades y proporcionan datos para el control epidemiológico para la salud pública, a través de la realización de análisis que se ajusten a los estándares de calidad y seguridad del paciente. los servicios incluidos como de apoyo al diagnóstico para el Consejo de Salubridad General son:

- Laboratorio Clínico: establecimiento público, social o privado, legalmente establecido, independiente o ligado a otro establecimiento para la atención médica de pacientes hospitalarios o ambulatorios, que tenga como finalidad realizar análisis físicos, químicos o biológicos de diversos componentes y productos del cuerpo humano, cuyos resultados coadyuvan en el estudio, prevención, diagnóstico, resolución y tratamiento de los problemas de salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

- Servicios de Radiología e Imagenología: Son los servicios profesionales para brindar diagnósticos oportunos y certeros mediante el uso de imágenes como una herramienta necesaria para un tratamiento idóneo.

Servicio de Atención Médica: conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos.

Servicios de Salud: prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas. Estos no contemplan sólo el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o trastornos, también abarcan todo lo referente a la prevención de los males y a la difusión de aquello que ayuda a desarrollar una vida saludable.

Servicios Subrogados: persona física o moral que sustituye total o parcialmente al establecimiento en la prestación de un servicio de salud, ya sea directo (como laboratorio clínico, imagenología o hemodiálisis) o indirecto (como lavandería o mantenimiento). El prestador subrogado opera dentro o fuera del establecimiento. Estos servicios pueden incluir: pruebas de laboratorio, estudios de imagenología, patología, servicios de ambulancia, mantenimiento de equipos biomédicos, limpieza y desinfección especializada, recolección de residuos peligrosos, recolección y manejo de residuos peligrosos biológico infecciosos, servicios de esterilización, lavandería, alimentación, seguridad y vigilancia, control de plagas, tecnologías de la información o soporte de sistemas.

Servicio de Urgencias: conjunto de áreas, equipos, personal profesional y técnico de salud, ubicados dentro de un establecimiento público, social o privado, destinados a la atención inmediata de una urgencia médica o quirúrgica.

Sistema de servicios básicos: sistema y equipo de todo el establecimiento que respalda lo siguiente cuando así lo requiere el establecimiento: distribución de energía eléctrica; energía de urgencia; agua; transporte vertical y horizontal; calefacción, ventilación y aire acondicionado; cañerías, calderas y vapor; gases por cañería; sistemas de vacío o sistemas de comunicación, incluidos sistemas de intercambio de datos. También puede incluir sistemas de soporte vital, vigilancia, prevención y control de infecciones, y apoyo ambiental.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Sistematización de Procesos: seguimiento e inclusión uniforme en todos los niveles, áreas o estructuras que conforman el universo de aplicación del proceso definido por el establecimiento para el desarrollo de un Estándar. Por ejemplo, el establecimiento define un proceso para el egreso de pacientes el cual los médicos especialistas deberán realizar y firmar la nota de egreso antes de la salida del paciente. En la operación, solo los médicos especialistas de staff realizan y firma sus notas, los médicos externos no conocen siquiera el proceso. La implementación del proceso no es sistemática al no incluir a los médicos externos dentro del universo de implementación de este.

Sostenibilidad operativa: capacidad del establecimiento para mantener en el tiempo sus operaciones esenciales, servicios prioritarios y condiciones mínimas de seguridad y calidad, mediante una planificación estratégica, eficiente uso de recursos y adaptabilidad ante riesgos o cambios en el contexto.

Suficiencia y cobertura: condición en la que los recursos disponibles son cuantitativa y cualitativamente adecuados para cubrir la demanda real del establecimiento, garantizando continuidad operativa, atención segura y cumplimiento normativo.

T

Transferencia de Paciente: proceso mediante el cual se traspasa la información clínica relevante y la responsabilidad sobre la atención de un paciente, de un profesional sanitario a otro, pudiéndose llevar a cabo entre un establecimiento de atención a otra, un servicio clínico a otro, un facultativo calificado a otro, o una organización a otra.

Transparencia: práctica de comunicar y documentar decisiones, recursos y resultados institucionales de forma abierta, verificable y accesible.

Triage: derivado de la palabra francesa cuyo significado es “clasificar”. En urgencias se trata de un método que permite organizar la atención de las personas según los recursos existentes y las necesidades de los individuos. Sin embargo, puede ser utilizado para determinar niveles de atención en diversas áreas o procesos.

U

Úlcera por presión: es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Unidad de Hemodiálisis: establecimiento dedicado al tratamiento de pacientes que requieren de hemodiálisis.

Urgencia: todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

V

Variabilidad: son cambios que modifican el proceso que afectan al producto que se produce o al servicio que se ofrece.

Verificación de la fuente original: verificación de las calificaciones informadas de un facultativo sanitario particular, por parte de la fuente original o de un representante aprobado de dicha fuente. Entre los métodos para realizar una verificación de calificaciones de la fuente original se incluyen la correspondencia directa, la verificación telefónica documentada o la verificación electrónica segura a partir de la fuente original de calificación o informes provenientes de organizaciones de verificación de calificaciones.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XII. HISTORIA DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

A. ANTECEDENTES

El Consejo de Salubridad General es un órgano del Estado Mexicano establecido desde 1871 durante la presidencia del Lic. Benito Juárez García, su ámbito de acción y competencia se encuentran fundamentadas en el artículo 73, fracción XVI de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, donde se establece que depende directamente de la persona titular de la Presidencia de la República, sin intervención de alguna Secretaría de Estado y el artículo 4º de la Ley General de Salud, le da el carácter de autoridad sanitaria en el país, precedido únicamente por el Presidente de la República.

El Consejo de Salubridad General tiene como atribución la emisión de disposiciones en materia de salubridad general, las cuales son obligatorias en todo el país. Entre las funciones definidas en el artículo 17, fracción VI de la Ley General de Salud se encuentra la correspondiente a certificar la calidad de los establecimientos de atención médica y determinar los instrumentos y criterios para tal efecto.

Dentro de su Reglamento Interior, aprobado por la persona titular de la Presidencia de la República, se encuentra prevista la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica a través de la cual da cumplimiento a su atribución.

Los antecedentes de la Certificación de Establecimientos de Atención Médica son:

a. En 1983 el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación Sectorial, coordinado por la Dirección General de Planeación de la Secretaría de Salud, con el propósito de desarrollar y uniformar los procesos de evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de servicios de salud crearon las “Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del Sector Salud”, mismas que fueron aplicadas en las Unidades Médicas de tercer nivel de atención de los Centros Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) entre 1983 y 1985.
b. En 1989 la Dirección General de Planeación y Evaluación de la Secretaría de Salud asumió la coordinación del Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud (1989-1994), emitiendo el “Cuadro Básico de Indicadores para la Evaluación de los Servicios de Salud” siendo autorizado por la Comisión de Normas de la Secretaria de Salud.

SIN VALIDEZ OFICIAL

c. En 1993, en el marco del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), con la finalidad de poder intercambiar servicios se tomaría en cuenta la Certificación del personal médico dentro de sus Consejos o "Boards" de la especialidad correspondiente, mediante el cumplimiento de estándares prefijados.
d. Además, establecía que existieran organizaciones responsables de la certificación de las instituciones de atención médica, inclusive como requisito para que las compañías aseguradoras reconocieran como válidos los servicios que estuvieran financiando. México carecía de una instancia certificadora de calidad de la atención médica.
e. Ante la necesidad de una instancia nacional de certificación de establecimientos de atención médica, la Dirección General de Regulación de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud, convocó a una reunión de expertos y personal de las distintas instituciones del Sector Salud para desarrollar el Sistema de Certificación de Hospitales; en ella, se determinó que el Órgano Certificador debía ser una Organización no Gubernamental, en forma similar a lo que ocurría en Estados Unidos y Canadá.
f. Se constituyó la Comisión Nacional de Certificación de Hospitales, se protocolizó el Acta Constitutiva y se envió a la entonces Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (SECOFI) para su registro. Se desarrollaron los instrumentos de evaluación y se aplicaron como prueba piloto en cinco hospitales, incluidos públicos y privados. Sin embargo, nunca pudo acreditarse como entidad certificadora de establecimientos de atención médica.
g. En 1999, la Secretaría de Salud convocó a representantes de las principales instituciones relacionadas con la prestación de servicios de salud y formación de profesionistas, para integrar la Comisión Nacional de Certificación, bajo la responsabilidad del Secretario del Consejo de Salubridad General, para diseñar un modelo de certificación de los establecimientos de atención médica que apoyara el mejoramiento de la calidad del Sistema Nacional de Salud, publicándose en el Diario Oficial de la Federación:
    1. El 1 de abril de 1999 el acuerdo por el que se establecen las bases para la instrumentación del Programa Nacional de Certificación de Hospitales.
    2. El 25 de junio de 1999 los criterios para la certificación de hospitales, los cuales se modificaron el 13 de junio de 2000.
    3. El 21 de julio de 1999 la convocatoria dirigida a las personas físicas o morales interesadas en participar en la Evaluación para la Certificación

SIN VALIDEZ OFICIAL

de Hospitales, misma que tuvo que ser modificada en agosto del año 2000.

h. En 2001, se redefinieron los criterios de evaluación y el Consejo de Salubridad General se hizo cargo del proceso de certificación, publicándose en el Diario Oficial de la Federación:
   1. El 20 de septiembre de 2002: Acuerdo por el que se establecen las bases para el desarrollo del Programa Nacional de Certificación de Unidades de Establecimientos de Atención Médica.
   2. El 22 de octubre de 2003: Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Servicios de Salud.
i. El 13 de junio de 2008 el Consejo de Salubridad General publicó en el Diario Oficial de la Federación:
   1. El Acuerdo para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica (SiNaCEAM); como fundamento jurídico necesario para fortalecer la certificación.
j. La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica encomendó a la Dirección General Adjunta de Articulación que elaborara una propuesta de actualización de los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis, ya que los que estaban vigentes hasta 2011 no tenían el enfoque de seguridad del paciente ni de las instalaciones.
   Con la opinión y consenso de expertos en el tema, representativos de las instituciones que brindaban atención médica, se publicaron los Estándares para la Certificación de Unidades de Hemodiálisis vigentes a partir del 1 de julio de 2012. Estos siguieron vigentes en 2015.
k. El 29 de junio 2023 se publicó en el DOF el ACUERDO por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad en el cual se establece la obligatoriedad de la implementación para las para las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local que presten servicios de salud.
l. El 20 de julio 2023 aprobado por la 2ª. Sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica se publicó el Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) Criterios y Estándares Anexo A y B de los Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC), el cual contenía los criterios y estándares para la certificación de Unidades de Hemodiálisis.
m. El 31 de octubre 2024 la publicación del Acuerdo CCEAM 298/31.10/2024/5S aprobado en la 5ª sesión ordinaria de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica donde se suspende la recepción de solicitudes de registro al MUEC.

SIN VALIDEZ OFICIAL

n. El presente modelo es producto de un trabajo consensado con instituciones públicas, sociales y privadas convencidas del beneficio de la mejora continua en los establecimientos, entre los que se encuentran aquellos que fueron certificados, los que tienen acreditaciones internacionales y participación de especialistas de diferentes ramas del área médica que describieron buenas prácticas en hospitales.

B. BENEFICIOS DE LA CERTIFICACIÓN

La obtención de la certificación les da a los establecimientos, las siguientes ventajas competitivas:

a. Demuestra que se cumplen estándares que tienen como referencia la normatividad vigente, la seguridad de los pacientes, la calidad de la atención y la seguridad hospitalaria.
b. Fortalecimiento del liderazgo institucional.
c. Uso más eficiente de los recursos y procesos organizacionales.
d. Incremento en la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales de la salud.
e. Reconocimiento público del compromiso con la calidad en salud. Evidenciando el compromiso con la mejora continua que se tiene con el paciente, su familia, el personal, del establecimiento y la sociedad.
f. Refuerza su imagen institucional, ya que la certificación al ser una evaluación externa demuestra a los pacientes, familiares, médicos y a la ciudadanía que su organización trabaja con estándares de calidad.
g. Preferentemente será considerado para la asignación de personal en formación.

En el caso de los hospitales privados, pueden:

a. Formar parte de una Institución de Seguros en el ramo salud.
b. Tener el reconocimiento y negocio con alguna Aseguradora.
c. Participar en los procesos de licitación de servicios de atención médica que sean convocados por la Administración Pública en cualquier orden de gobierno.
d. Podrán ser incorporados a la estrategia nacional de Turismo Médico.

C. SOBRE LA PORTADA DEL MANUAL DEL MOCEBPASS

En el centro se ubica la figura que representa al tipo de establecimiento de atención médica al que corresponde el manual, mientras que a su alrededor se disponen armónicamente las imágenes alusivas a los otros tipos de establecimientos integrados en el Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en la Atención de Servicios de Salud. Esta configuración circular simboliza la interdependencia, complementariedad y continuidad entre los diferentes niveles y tipos de atención.

SIN VALIDEZ OFICIAL

La cadena que une a cada uno de estos elementos representa la integración funcional del Sistema Nacional de Salud, y el candado que la cierra alude al compromiso con la seguridad para las personas usuarias, sus familias, los profesionales de la salud y las propias instalaciones.

Los estándares del modelo —conceptualizados como la llave que asegura esta cadena— constituyen el mecanismo que da solidez y trazabilidad a los servicios otorgados orientando hacia la mejora continua.

Su uso se encuentra regulado por las Reglas de uso del logotipo que identifica a los establecimientos de atención médica certificados por el Consejo de Salubridad General.

D. MODELO DE MEJORA CONTINUA (PHVA)

El sistema de evaluación se apoya en el modelo cíclico Planificar-Hacer-Verificar-Actuar (PHVA), promoviendo un aprendizaje organizacional constante. Este enfoque permite:

a. Planificar: Establecer objetivos, políticas y procesos de calidad.
b. Hacer: Implementar las acciones planificadas.
c. Verificar: Medir, analizar y evaluar los resultados.
d. Actuar: Ajustar e innovar para mejorar continuamente.

SIN VALIDEZ OFICIAL

XIII. AUTORES

A

Acevedo Martínez José Juan	Secretaria de Salud de Puebla
Aparicio Rojas Jorge	Asociación para Evitar la Ceguera en México IAP
Arvizu Adriana Italy	IMSS
Arvizu García Laura Magaly	CMECAC

B

Berrones Cruz Ana María	PEMEX
Borrego Vega Paulina	Farmacias Guadalajara
Broissin Alvarado Diana Estefanía	DGMoSS

C

Colin Cruz M. Enevy	CSG
Cárdenas Gámez Elsa Guadalupe	SS Nuevo León
Craules Ramírez Marisa	Secretaría de Salud
Cruz García Verónica	Servicios de Salud de Nayarit
Cuevas Cruz Miguel Ángel	Servicios de Salud de Puebla

D

De Anda Aguilar Leticia	CONAMED
Domínguez Garduño Fuensanta Andrea	ISSSTE
Domínguez Maldonado Paula Karina	Servicios de Salud de Durango

F

Flores Castellanos Elías	IMSS BIENESTAR
Flores Martínez Mercedes Alejandra	CSG

G

Galván García Ángel Fernando	Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management, A.C.
García Fernández Rafael	Fundación Best
García Meraz María Guadalupe	IMSS
García Yáñez Elizabeth	CSG
García Rangel Francisco Eduardo	Secretaría de Salud de Nuevo León
García Ruíz Paulina Margarita	Farmacias 100 % Farma
González de Jesús Cristina	CSG
González Hirata Luis Manuel	Consorcio Mexicano de Hospitales

SIN VALIDEZ OFICIAL

González Soriano Alan	CONAMED
Guardiola Mireles Ricardo Daniel	Farmacias Purex - ADSA

H

Hernández Montoya Yibran Alejandro	DGMoSS
Herrera Guevara Irali del Carmen	Servicios de Salud de Aguascalientes
Herrera Kiengelher Esperanza Loredmy	PEMEX

L

Lara Longoria Armando	Farmacias del Ahorro
Lázaro Márquez Guadalupe	SOMECASA
Leija Hernández Claudia	COMLE
Ley Angulo Rebeca del Carmen	Secretaria de Salud de Jalisco
Lizama Maldonado Blandina del Rosario	Servicios de Salud de Yucatán

M

Maldonado Cubas Juan	CSG
Martínez Sánchez Javier Edgard	IMSS BIENESTAR
Mayorga González Karla Selene	CSG
Medina Arredondo Silvia	PEMEX
Meléndez Maldonado Oscar	IMSS-BIENESTAR
Meza Chávez Abigail	IMSS BIENESTAR
Mireles Zavala Yessica	ISAPEG
Moreno Juárez Gloria	DGCES
Mosqueda Gómez Juan Luis	CENSIDA
Moya Sánchez Sandra Guadalupe	DGCES
Munguía Viera Miriam Rosario	Servicios de Salud de Nayarit

N

Navarro Miranda Omar Javier	Secretaría de Salud de Sonora

O

Olivarría Martínez Dania Alejandra	Secretaría de Salud de Sonora

P

Pacheco Alvarado Karla Patricia	Instituto Nacional de Geriatría
Pacheco Del Valle Julia Cristina	Asociación para Evitar la Ceguera en México I.A.P.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Palomino Juárez Guadalupe	ANADIM
Parras Tamez Cindy Fabiola	Farmacia Benavides
Pérez Calatayud Ángel Augusto	Sociedad Iberoamericana de Patient Blood Management, A.C.
Pérez Larios Daniel Fernando	CENSIDA
Pérez Olguín José Enrique	DGMoSS

R

Radilla Flores Dora Alicia	IMSS-BIENESTAR
Rico Domínguez Patricia	Servicios de Salud de Nayarit
Rodríguez Enríquez Sthefanie Karolina	Servicios de Salud de Nayarit
Rubio Díaz Karina Elsy	DEFENSA
Ruíz Sánchez Luis Evaristo	CSG

S

Sánchez Zavala Marcela	DGCES
Santos Carrillo Alva Alejandra	IMSS
Sariñana Ortiz María Dolores	Secretaría de Salud de Chiapas
Sinecio Bautista María Luisa	Servicios de Salud de la CDMX
Silva López Yefté Efraín	CSG
Soberanes Velarde Francisco Javier	Servicios de Salud de Nuevo León
Soriano González Alan	CONAMED

V

Valencia Castro Sergio	IMSS
Vázquez Curiel Evangelina	Red Mexicana de Pacientes por la Seguridad del Paciente
Vázquez Peláez Erika Lilia	Servicios de Salud de la CDMX
Vázquez Repizo Francisco Emmanuel	DGMoSS

Y

Yáñez Hernández Manuel	DGIS

Z

Zaragoza Jiménez Christian Arturo	DGIS

SIN VALIDEZ OFICIAL

XIV. BIBLIOGRAFÍA

Briceño, T., Suárez, M. P., & Toloza Cano, D. C. (s.f.). Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Santander HUS. [PDF]. Recuperado de https://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf

Charfuelan-Laguna, Y., Hidalgo-Bolaños, D., Acosta-Franco, L., Espejo-Quiroga, D., Tibaquicha-Bernal, D., Montaña-Vásquez, J., & Henao-Castaño, A. (2019). Paso de guardia en enfermería: Una revisión sistemática. Enfermería universitaria, 16(3), 313-321. Epub 11 de febrero de 2020. https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.3.689

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, D.C. : OPS; 2017.

KDOQI clinical practice guideline for vascular access: 2019 update. Am J Kidney Dis 2020; 75(4S2): S1–S164.

Leibowitz A, Oren-Grinberg A, Matial R. Ultrasound guidance for central venous access: current evidence and clinical recommendations. J Intensive Care Med 2020; 35: 303–321.

Mira, J. J. (2023). Errores honestos y segundas víctimas: Hacia una cultura justa para la seguridad del paciente. Journal of Healthcare Quality Research, 38(5), 259–261. https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2023.08.001

Organización Mundial de la Salud. (2021). Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación del daño evitable en la atención de salud. Revista Española de Salud Pública, 95, e202112189. https://doi.org/10.35627/2211-5115.2021.1.189

Organización Mundial de la Salud. (2022). Guía AWaRe (Acceso, Precaución y Reserva) de la OMS para el uso de antibióticos. https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-MHP-HPS-EML-2022.02

Organización Panamericana de la Salud. (2024). Guía AWaRe de la OMS para el uso de antibióticos: infografías en anexo web. https://www.paho.org/es/documentos/guia-aware-acceso-precaucion-reserva-oms-para-uso-antibioticos-infografias-anexo-web

SIN VALIDEZ OFICIAL

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Curso mhGAP Humanitario. Campus Virtual de Salud Pública. https://campus.paho.org/es/curso/mhGAP-humanitario

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Campus Virtual de Salud Pública: Acercando el conocimiento a la práctica [Folleto institucional]. https://iris.paho.org/handle/10665.2/56203

Palomino Taquire, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería, 3(1), 27–36. https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750

Sistema Educativo de Salud para el Bienestar. (s.f.). Guía de Intervención mhGAP en Salud Mental. https://educacion.imssbienestar.gob.mx/siesabi-aulavirtual/course/search.php?areaids=core_course-course&q=Gu%C3%ADa+de+Intervenci%C3%B3n+mhGAP+en+Salud+Mental

Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider "second victim" after adverse patient events. Quality and Safety in Health Care, 18(5), 325–330. https://doi.org/10.1136/qshc.2009.032870

Urruela Mora, A. (2025). Hacia la integración en derecho positivo de la noción «cultura justa» con base en consideraciones bioéticas y normativas fundadas en la seguridad del paciente. Revista de Derecho y Genoma Humano. Genética, Biotecnología y Medicina Avanzada, (60), 99–117. https://doi.org/10.1387/rdgh.27361

Wu, A. W. (2000). Medical error: the second victim. BMJ, 320(7237), 726–727. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.726

SIN VALIDEZ OFICIAL

XV. ANEXOS

ANEXO 1. AUTOEVALUACIÓN

Salud | CSG — Autoevaluación - 1er Nivel de Atención

La presente herramienta tiene como propósito apoyar al establecimiento en la identificación de fortalezas y áreas de mejora a través de una revisión estructurada y autogestionada de los estándares definidos en el modelo de certificación. Este ejercicio de autoevaluación constituye el primer paso hacia la mejora continua, la preparación para el proceso de auditoría externa y la consolidación de una cultura organizacional basada en la calidad y la seguridad del paciente.

Los estándares del modelo han sido clasificados en tres niveles según su naturaleza y peso en el proceso de evaluación:

- **Indispensables:** Condiciones mínimas críticas. Su cumplimiento es obligatorio y no admite niveles intermedios.
- **Necesarios:** Estándares que fortalecen la estructura y los procesos, cuya implementación es altamente recomendable para el desarrollo institucional.
- **Deseables:** Estándares que reflejan un nivel avanzado de madurez en la gestión y promueven la innovación y sostenibilidad.

Instrucciones de llenado

La autoevaluación se realizará exclusivamente dentro de la **plataforma SIMOCE** (Sistema Informático del Modelo de Certificación), en la cual el establecimiento registrará su nivel de cumplimiento para cada estándar. **Esta valoración es autogestionada** y se basa en el análisis objetivo de la situación actual del establecimiento frente a los estándares del modelo.

1. **Revisión del estándar.**

Antes de registrar la autoevaluación, es necesario:

- Leer detenidamente el enunciado del estándar, su guía y los requerimientos auditables descritos en el Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para 1er Nivel de Atención.

2. **Registro del cumplimiento (autoevaluación)**

Por cada estándar el establecimiento seleccionará una de las siguientes opciones en la plataforma SIMOCE:

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.
- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **No aplica (NA):** el estándar no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y documentarse, y será validada por el equipo auditor.

Consideraciones adicionales

- El símbolo ( ) indica que el estándar contiene un requerimiento auditable que deberá evidenciar de forma documental (proceso, listado, bitácora, entre otros).
- En los **estándares indispensables,** solo se permite seleccionar: Cumple, No cumple o No aplica.
- En los **estándares necesarios y deseables,** se puede seleccionar: Cumple, Cumple parcialmente, No cumple o No aplica.
- El **incumplimiento de al menos un estándar indispensable impide el registro del establecimiento dentro de la plataforma SIMOCE** para continuar con el proceso de certificación. Estos estándares representan condiciones mínimas críticas que deben estar plenamente implementadas y evidenciadas antes de avanzar.
- En esta herramienta, el campo de **"autoevaluación"** corresponde a una **valoración interna** que el propio establecimiento realiza con base en su nivel de cumplimiento de cada requisito auditable.

3. **Evidencia**
   Es recomendable que cada valoración registrada en la autoevaluación esté respaldada con evidencia verificable, ya sea documental, observacional o testimonial, la cual podrá ser revisada durante el proceso de auditoría. Esta evidencia debe estar organizada y disponible en el momento de la visita.

EJE: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Compromiso de la alta dirección	Necesario	1	Participación del gobierno del establecimiento en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Necesario	2	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.		
	Necesario	3	Responsabilidad directiva del funcionamiento del establecimiento y cumplimiento de la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	4	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.		

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobernanza institucional	Necesario	1	Participación del liderazgo institucional en el cumplimiento de la misión.		
	Necesario	2	Liderazgo con enfoque de calidad y seguridad.		
	Indispensable	3	Uso de equipos, medicamentos e insumos recomendados por autoridades sanitarias u organizaciones profesionales.		
	Deseable	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Deseable	5	Participación del liderazgo del establecimiento en la planeación del reclutamiento, retención y desarrollo del personal.		
	Necesario	6	Planeación e implementación de una estructura organizacional que apoya las responsabilidades del personal con funciones de liderazgo.		
	Necesario	7	Designación de personas competentes para la emisión de directrices de áreas o servicios del establecimiento.		
	Deseable	8	Inducción y capacitación inicial del personal por parte de las personas responsables de área o servicio.		
	Deseable	9	Participación de las personas responsables de área en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Necesario	10	Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.		
	Necesario	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.		
Transparencia	Necesario	1	Responsabilidades y evaluación del desempeño del gobierno del establecimiento.		
	Indispensable	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.		
	Deseable	3	Recomendación de espacio físico, equipo, personal y demás		

3

SIN VALIDEZ OFICIAL

			recursos por parte de las personas responsables de las áreas o servicios.		
Transparencia	Deseable	4	Participación de las personas responsables de área o servicio en la definición de criterios para la selección del personal profesional.		
Participación y comunicación institucional	Necesario	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.		
	Indispensable	2	Medición de la cultura de seguridad del paciente.		
	Deseable	3	Implementación de un programa de cultura justa.		
	Deseable	4	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.		
	Deseable	5	Coordinación e integración multidisciplinaria de los servicios clínicos y no clínicos del establecimiento.		
	Necesario	6	Marco institucional para el manejo ético en la atención y gestión del establecimiento.		
	Necesario	7	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.		

EJE: ADMINISTRACIÓN DE LA INFORMACIÓN

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Gestión de datos e información institucional	Necesario	1	Planeación y diseño del proceso institucional para la gestión de la información.		
	Necesario	2	Protección de la confidencialidad de la información institucional relevante.		
	Necesario	3	Protección de la seguridad e integridad de los datos e información institucional.		

4

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de datos e información institucional	Indispensable	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	5	Protección de la confidencialidad de la información clínica de los pacientes.		
	Necesario	6	Conservación de los datos e información institucional.		
	Necesario	7	Protección de los datos e información contra pérdida, alteración y acceso no autorizado.		
	Necesario	8	Acceso y difusión oportuna de datos e información para los usuarios dentro y fuera del establecimiento.		
	Deseable	9	Participación multidisciplinaria en la selección e implementación de tecnología para la gestión de la información.		
Gestión documental y sistemas de información	Necesario	1	Elaboración, control, conservación y actualización de documentos institucionales.		
	Necesario	2	Definición y control del uso de códigos, símbolos y abreviaturas definidos por el establecimiento.		
	Indispensable	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.		
	Necesario	4	Contenido del expediente clínico para la continuidad de la atención.		
	Necesario	5	Autorización y trazabilidad de los registros de información en el expediente clínico.		
	Indispensable	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.		
Monitoreo y análisis de información	Necesario	1	Agrupación, categorización y análisis de datos e información institucional para la mejora de procesos clínicos y de gestión.		
	Deseable	2	Comparación del desempeño institucional mediante el uso de bases de datos externas.		

5

SIN VALIDEZ OFICIAL

Monitoreo y análisis de información	Necesario	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.		
	Deseable	4	Capacitación del personal clínico y no clínico para la gestión de la información.		
Comunicación y acceso a la información	Necesario	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.		
	Necesario	2	Información a pacientes y cuidadores primarios sobre los procesos de atención.		
	Necesario	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.		
	Deseable	4	Comunicación institucional efectiva en todos los niveles del establecimiento.		
	Necesario	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios responsables de la prestación de los servicios.		
	Necesario	6	Disponibilidad del expediente clínico para la comunicación y continuidad de la atención.		

EJE: PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Planeación y definición de procesos	Indispensable	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).		
	Indispensable	2	Comunicación efectiva (AESP 2).		
	Indispensable	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).		
	Indispensable	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).		
	Indispensable	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).		
	Indispensable	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).		

6

SIN VALIDEZ OFICIAL

Planeación y definición de procesos	Indispensable	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.		
	Indispensable	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.		
	Necesario	9	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	10	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de radiología e imagen.		
	Necesario	11	Implementación de procesos de seguridad en los servicios de laboratorio.		
	Indispensable	12	Implementación de procesos de seguridad del paciente en los servicios de laboratorio.		
	Necesario	13	Definición e implementación de procesos seguros para el manejo de muestras biológicas.		
	Indispensable	14	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.		
	Necesario	15	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.		
	Indispensable	16	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento.		
	Indispensable	17	Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo.		
	Necesario	18	Planeación de la atención uniforme para todos los pacientes.		
	Necesario	19	Integración y coordinación de la atención clínica del paciente.		
	Necesario	20	Atención integral y segura a la persona gestante.		
	Necesario	21	Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.		

7

SIN VALIDEZ OFICIAL

Planeación y definición de procesos	Necesario	22	Fomento a la lactancia materna en servicios de atención al embarazo, parto y puerperio.		
	Necesario	23	Proceso que guía la atención para pacientes en situación terminal.		
	Indispensable	24	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.		
	Indispensable	25	Proceso que guía la atención para la reanimación de pacientes en paro cardiorrespiratorio.		
	Deseable	26	Proceso que guía la atención para el manejo de la anemia en pacientes de primer nivel de atención		
	Deseable	27	Estructura y funcionamiento de los servicios de telemedicina.		
	Necesario	28	Proceso que guía la atención dental segura.		
	Necesario	29	Proceso que guía la atención segura en oftalmología		
Gestión de recursos	Indispensable	1	Disponibilidad de recursos para el desarrollo e implementación de los procesos clínicos y de gestión de los sistemas.		
	Necesario	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.		
	Indispensable	3	Otorgamiento de privilegios clínicos.		
	Necesario	4	Reclutamiento y selección de personal.		
	Necesario	5	Definición e implementación del plan para la asignación y reasignación del personal.		
	Necesario	6	Orientación e inducción al personal clínico y no clínico.		
	Necesario	7	Evaluación del desempeño del personal clínico y no clínico.		
	Necesario	8	Capacitación continua para mantener o mejorar las competencias del personal.		
	Indispensable	9	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.		

8

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de recursos	Necesario	10	Capacitación sobre los procesos clínicos y de gestión relacionados con los sistemas del modelo.		
	Indispensable	11	Programa de salud y seguridad para el personal.		
	Indispensable	12	Verificación de la fuente original de competencias del personal clínico y no clínico.		
	Deseable	13	Programa académico para recurso humano en formación.		
	Deseable	14	Validación académica de instituciones formadoras que asignan recurso humano en formación.		
	Necesario	15	Documentación y actualización de la información del personal clínico y no clínico.		
	Necesario	16	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de radiología e imagen por personal competente.		
	Necesario	17	Dirección, supervisión y ejecución técnica de los servicios de laboratorio por personal competente.		
	Indispensable	18	Identificación del personal autorizado para prescribir medicamentos.		
	Indispensable	19	Identificación del personal autorizado para la administración de medicamentos.		
	Deseable	20	Gestión del personal involucrado en la atención médica a distancia.		
	Indispensable	21	Programa para la gestión integral del equipo médico.		
	Deseable	22	Evaluación del uso clínico y operativo del equipo médico.		
	Necesario	23	Programa de gestión de los servicios prioritarios para la operación.		
	Indispensable	24	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.		

9

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de recursos	Necesario	25	Selección, control y disponibilidad de medicamentos acorde a las necesidades del establecimiento.		
	Necesario	26	Resguardo y almacenamiento seguro de medicamentos en todas las áreas del establecimiento.		
	Necesario	27	Disponibilidad y control seguro de medicamentos para situaciones de urgencia.		
	Necesario	28	Retiro, devolución y eliminación segura de medicamentos fuera de uso.		
	Necesario	29	Disponibilidad y manejo seguro de insumos en los servicios de radiología e imagen.		
	Necesario	30	Disponibilidad, almacenamiento y control de reactivos y suministros en los servicios de laboratorio.		
	Deseable	31	Gestión del equipamiento médico y tecnológico para la atención médica a distancia.		
	Deseable	32	Condiciones de infraestructura y mobiliario para la atención médica a distancia.		
Gestión de riesgos	Indispensable	1	Enfoque proactivo para la gestión de riesgos de los procesos clínicos y de gestión.		
	Indispensable	2	Enfoque reactivo para el análisis de datos y gestión de áreas de oportunidad de los procesos clínicos y de gestión.		
	Indispensable	3	Programa para la protección del entorno físico y supervisión de las instalaciones del establecimiento.		
	Indispensable	4	Protección contra agresiones físicas a los pacientes.		
	Necesario	5	Programa para el manejo de materiales, sustancias y residuos peligrosos.		
	Necesario	6	Programa de seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.		

10

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gestión de riesgos	Deseable	7	Gestión de riesgos operativos y del entorno para el uso seguro del equipo médico.		
	Indispensable	8	Implementación de procesos de emergencia para la continuidad de los servicios prioritarios para la operación.		
	Necesario	9	Programa para el manejo de emergencias externas.		
	Indispensable	10	Priorización de infecciones relevantes para la prevención y control en primer nivel de atención.		
	Indispensable	11	Implementación de medidas de precaución estándar en todos los procesos de atención.		
	Indispensable	12	Reducción del riesgo de infección mediante limpieza, desinfección y esterilización segura de materiales, dispositivos y equipos.		
	Indispensable	13	Reducción del riesgo de infección mediante el uso controlado de dispositivos de un solo uso.		
	Necesario	14	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de la ropa para la prevención de infecciones.		
	Necesario	15	Reducción del riesgo de infección mediante el manejo seguro de los residuos peligrosos biológico infecciosos.		
	Necesario	16	Prevención de infecciones asociadas a obras de construcción, remodelación o adecuación en las instalaciones.		
	Necesario	17	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a procesos de medicación.		
	Necesario	18	Reducción de riesgos de infección mediante limpieza y desinfección de instalaciones y medios de transporte.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

	Necesario	19	Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.		

EJE: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Valoración	Necesario	1	Aceptación de pacientes en función de la misión y capacidades del establecimiento.		
	Necesario	2	Planificación segura e individualizada de la consulta externa.		
	Necesario	3	Priorización clínica para pacientes en situación de urgencia en primer nivel de atención.		
	Necesario	4	Comunicación de la información al inicio y durante los procesos de atención.		
	Indispensable	5	Reducción de barreras para el acceso a la atención.		
	Indispensable	6	Valoración inicial del paciente.		
	Necesario	7	Historia clínica como parte de la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	8	Valoración de enfermería como parte de la valoración inicial del paciente.		
	Necesario	9	Valoración del dolor en pacientes.		
	Necesario	10	Valoración de los factores de riesgo social.		
	Necesario	11	Valoración de valores, costumbres y creencias del paciente.		
	Necesario	12	Valoración de factores de riesgo psicológico.		
	Necesario	13	Integración multidisciplinaria de la valoración inicial y comunicación al paciente.		
	Necesario	14	Valoración de barreras para el aprendizaje en pacientes.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

Valoración	Necesario	15	Identificación de las necesidades educativas específicas del paciente.		
	Indispensable	16	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.		
	Necesario	17	Protección del derecho del paciente a una evaluación y manejo del dolor adecuados.		
Diagnóstico	Necesario	1	Disponibilidad y supervisión de los servicios de laboratorio.		
	Indispensable	2	Comunicación oportuna y segura de los resultados de los servicios de laboratorio.		
	Necesario	3	Uso de rangos o parámetros de referencia en la interpretación e informe de resultados de laboratorio.		
	Deseable	4	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de laboratorio.		
	Necesario	5	Disponibilidad y supervisión de los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	6	Comunicación oportuna y segura de los resultados en los servicios de radiología e imagen.		
	Deseable	7	Acceso a expertos en diagnóstico especializado en los servicios de radiología e imagen.		
Evaluación	Necesario	1	Reevaluación clínica periódica de los pacientes.		
Intervención o tratamiento	Necesario	1	Planeación individualizada de la atención al paciente.		
	Necesario	2	Participación activa del paciente en los procesos de atención.		
	Necesario	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.		
	Deseable	4	Participación de terceros en el proceso educativo.		
	Necesario	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.		
	Necesario	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.		
	Necesario	7	Información al paciente sobre su derecho y responsabilidad		

13

SIN VALIDEZ OFICIAL

			relacionada con el rechazo o suspensión de tratamiento.		
Intervención o tratamiento	Necesario	8	Protección de la privacidad del paciente durante la atención.		
	Necesario	9	Protección y resguardo de los objetos personales de los pacientes.		
	Necesario	10	Documentación de indicaciones clínicas.		
	Necesario	11	Documentación de procedimientos clínicos realizados en el expediente del paciente.		
	Necesario	12	Registro clínico completo para pacientes que reciben atención médica continua.		
	Indispensable	13	Proceso para la obtención del consentimiento informado.		
	Necesario	14	Comunicación clínica para la toma de decisiones y otorgamiento del consentimiento informado.		
	Necesario	15	Obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos de alto riesgo y situaciones especiales.		
	Necesario	16	Educación al paciente y cuidador primario durante el proceso de atención.		
	Necesario	17	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.		
	Necesario	18	Educación organizacional al paciente y su cuidador primario.		
	Necesario	19	Educación sobre las barreras de seguridad del paciente acorde al MOCEBPASS.		
	Necesario	20	Participación del personal clínico y no clínico en el proceso educativo.		
	Indispensable	21	Prescripción segura de medicamentos con enfoque en barreras de seguridad.		
	Indispensable	22	Prevención de errores en la transcripción de medicamentos.		
	Necesario	23	Conciliación de medicamentos.		

14

SIN VALIDEZ OFICIAL

Intervención o tratamiento	Indispensable	24	Dispensación y distribución segura y estandarizada de medicamentos.		
	Indispensable	25	Preparación y dosificación segura e higiénica de medicamentos.		
	Indispensable	26	Etiquetado seguro e inmediato de medicamentos y soluciones preparadas.		
	Indispensable	27	Verificación segura de medicamentos de acuerdo a la prescripción antes de su administración.		
	Indispensable	28	Definición y supervisión de procesos para la administración de medicamentos especiales.		
	Indispensable	29	Uso seguro y estandarizado de medicamentos multidosis.		
	Necesario	30	Atención respetuosa y compasiva a pacientes en etapa terminal.		
	Necesario	31	Manejo efectivo del dolor en todos los pacientes.		
	Necesario	32	Atención a pacientes con indicación de parto obstétrico.		
	Necesario	33	Práctica clínica segura de la acupuntura.		
Egreso	Necesario	1	Definición del proceso que guía el alta médica del paciente.		
Continuidad de la atención	Necesario	1	Identificación del médico responsable de la atención del paciente.		
	Necesario	2	Definición del proceso de interconsulta entre servicios del establecimiento.		
	Indispensable	3	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.		
	Necesario	4	Verificación de la capacidad resolutiva del establecimiento receptor.		
	Necesario	5	Transferencia de información clínica en traslados a otro establecimiento.		

15

SIN VALIDEZ OFICIAL

Continuidad de la atención	Necesario	6	Cuidado del paciente durante el traslado por personal con competencias adecuadas.		
	Deseable	7	Consideración de las necesidades de transporte en el proceso de traslado o alta del paciente.		
	Necesario	8	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico al finalizar la atención.		

EJE: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Mejora continua	Necesario	1	Plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	2	Conformación y operación del Comité de Calidad y Seguridad del Paciente.		
	Necesario	3	Evaluación integral de riesgos y problemas como base del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	4	Sistema de notificación y análisis de eventos relacionados con la seguridad del paciente.		
	Necesario	5	Análisis de eventos centinela con enfoque preventivo.		
	Necesario	6	Notificación y análisis de eventos adversos con enfoque de mejora.		
	Necesario	7	Notificación y análisis de cuasifallas con enfoque de mejora.		
	Deseable	8	Estandarización de procesos clínicos con alta variabilidad.		
	Deseable	9	Programa de auditoría y supervisión de procesos clínicos y de gestión.		
	Necesario	10	Supervisión de las especificaciones de calidad y cumplimiento normativo de los servicios de ambulancia.		

16

SIN VALIDEZ OFICIAL

	Necesario	11	Supervisión de los servicios prioritarios y uso de datos para la planeación y mejora.		
Mejora continua	Indispensable	12	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.		
	Indispensable	13	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.		
	Necesario	14	Análisis sistemático de los datos generados en los procesos clínicos y de gestión para la toma de decisiones.		
	Deseable	15	Comparación de los resultados del análisis de datos con estándares, mejores prácticas y otros establecimientos similares.		
	Necesario	16	Implementación y consolidación de acciones de mejora.		
	Necesario	17	Capacitación del personal para participar en el plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Deseable	18	Difusión institucional de los avances del plan de mejora de la calidad y seguridad del paciente.		
	Indispensable	19	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de radiología e imagen.		
	Indispensable	20	Implementación de procesos de control de calidad interno y externo en los servicios de laboratorio.		
	Deseable	21	Evaluación de resultados percibidos por los pacientes sobre su estado de salud.		
	Deseable	22	Evaluación institucional de los resultados de la atención médica a distancia.		
Sistema de salud	Deseable	1	Conocimiento y ejecución de los Protocolos Nacionales de Atención Médica (PRONAMs).		
	Deseable	2	Certificación del establecimiento como Centro de Valoración de la Discapacidad y Expedición del		

SIN VALIDEZ OFICIAL

			Certificado Electrónico de Discapacidad (CEVADECE).		
Sistema de salud	Deseable	3	Investigación en materia de calidad de la atención médica y seguridad del paciente.		
	Deseable	4	Participación y reconocimiento en el Premio Nacional de Calidad en Salud, Premio IMSS a la Competitividad o Premio Nacional de Calidad.		
	Deseable	5	Participación del establecimiento en acciones para mejorar las condiciones de salud de la comunidad.		
	Deseable	6	Participación del establecimiento en acciones comunitarias para la protección del medio ambiente.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

18

Salud | CSG

Autoevaluación – EPNI

La presente herramienta tiene como propósito apoyar al establecimiento en la identificación de fortalezas y áreas de mejora a través de una revisión estructurada y autogestionada de los estándares definidos en el modelo de certificación. Este ejercicio de autoevaluación constituye el primer paso hacia la mejora continua, la preparación para el proceso de auditoría externa y la consolidación de una cultura organizacional basada en la calidad y la seguridad del paciente.

Los estándares del modelo han sido clasificados en tres niveles según su naturaleza y peso en el proceso de evaluación:

- **Indispensables:** Condiciones mínimas críticas. Su cumplimiento es obligatorio y no admite niveles intermedios.
- **Necesarios:** Estándares que fortalecen la estructura y los procesos, cuya implementación es altamente recomendable para el desarrollo institucional.
- **Deseables:** Estándares que reflejan un nivel avanzado de madurez en la gestión y promueven la innovación y sostenibilidad.

Instrucciones de llenado

La autoevaluación se realizará exclusivamente dentro de la **plataforma SIMOCE** (Sistema Informático del Modelo de Certificación), en la cual el establecimiento registrará su nivel de cumplimiento para cada estándar. **Esta valoración es autogestionada** y se basa en el análisis objetivo de la situación actual del establecimiento frente a los estándares del modelo.

1. **Revisión del estándar.**

Antes de registrar la autoevaluación, es necesario:

- Leer detenidamente el enunciado del estándar, su guía y los requerimientos auditables descritos en el Manual del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud para 1er Nivel de Atención.

2. **Registro del cumplimiento (autoevaluación)**

cada estándar el establecimiento seleccionará una de las siguientes opciones en la plataforma SIMOCE:

- **Cumple (2 puntos):** el establecimiento demuestra el **100% de cumplimiento de los requerimientos auditables** del estándar, con evidencia objetiva, documentada y vigente.
- **Cumplimiento parcial (1 punto):** el establecimiento cumple con **al menos el 50% + 1 de los requerimientos auditables**, con evidencia objetiva, pero sin alcanzar la totalidad.
- **No cumple (0 puntos):** el establecimiento incumple la mayoría de los requerimientos auditables, es decir, **50% o más no se cumplen o carecen de evidencia suficiente**.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

- **No aplica (NA):** el estándar no corresponde al contexto operativo, organizativo o normativo del establecimiento. En este caso, la condición deberá justificarse y documentarse, y será validada por el equipo auditor.

Consideraciones adicionales

- El símbolo ( ) indica que el estándar contiene un requerimiento auditable que deberá evidenciar de forma documental (proceso, listado, bitácora, entre otros).
- En los **estándares indispensables,** solo se permite seleccionar: Cumple, No cumple o No aplica.
- En los **estándares necesarios y deseables,** se puede seleccionar: Cumple, Cumple parcialmente, No cumple o No aplica.
- El **incumplimiento de al menos un estándar indispensable impide el registro del establecimiento dentro de la plataforma SIMOCE** para continuar con el proceso de certificación. Estos estándares representan condiciones mínimas críticas que deben estar plenamente implementadas y evidenciadas antes de avanzar.
- En esta herramienta, el campo de **"autoevaluación"** corresponde a una **valoración interna** que el propio establecimiento realiza con base en su nivel de cumplimiento de cada requisito auditable.

3. **Evidencia**
   Es recomendable que cada valoración registrada en la autoevaluación esté respaldada con evidencia verificable, ya sea documental, observacional o testimonial, la cual podrá ser revisada durante el proceso de auditoría. Esta evidencia debe estar organizada y disponible en el momento de la visita.

EJE: LIDERAZGO Y GOBERNANZA

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Compromiso de la alta dirección	Necesario	2	Responsabilidades fundamentales del gobierno del establecimiento.		
	Necesario	4	Planeación de los servicios clínicos y de apoyo según las necesidades de la población atendida.		
Gobernanza institucional	Deseable	4	Formación y participación del personal líder en la mejora de la calidad y la seguridad del paciente.		
	Necesario	10	Respaldo institucional de los derechos y obligaciones de los pacientes.		
	Necesario	11	Reconocimiento institucional del marco cultural de los pacientes.		

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

Transparencia	Indispensable	2	Supervisión de los servicios subrogados por el gobierno y responsables de área.		
Participación y comunicación institucional	Necesario	1	Diagnóstico de salud de la comunidad y estrategia de comunicación institucional para el acceso a la atención e información sobre los servicios ofrecidos.		
	Deseable	4	Medición y análisis de la experiencia del paciente para la mejora de los procesos.		
	Necesario	7	Atención a quejas, conflictos y diferencias de opinión durante el proceso de atención.		

EJE: ADMINISTRACION DE LA INFORMACIÓN

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Gestión de datos e información institucional	Indispensable	4	Protección de los datos personales conforme a la legislación aplicable vigente.		
	Necesario	6	Conservación de los datos e información institucional.		
Gestión documental y sistemas de información	Indispensable	3	Generación del expediente clínico para cada paciente atendido.		
	Indispensable	6	Cumplimiento de la legislación aplicable vigente relacionada con el expediente clínico.		
Monitoreo y análisis de información	Necesario	3	Evaluación periódica del contenido de los expedientes clínicos.		
Comunicación y acceso a la información	Necesario	1	Comunicación institucional con la comunidad para facilitar el acceso y difusión de información sobre los servicios.		
	Necesario	3	Comunicación y educación a pacientes y cuidadores primarios en formatos comprensibles y acorde a su contexto sociocultural.		
	Necesario	5	Coordinación y comunicación entre las áreas y servicios		

3

SIN VALIDEZ OFICIAL

			responsables de la prestación de los servicios.		

EJE: PLANEACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Planeación y definición de procesos	Indispensable	1	Identificación correcta de los pacientes (AESP 1).		
	Indispensable	2	Comunicación efectiva (AESP 2).		
	Indispensable	3	Seguridad en el proceso de medicación (AESP 3).		
	Indispensable	4	Seguridad en los procedimientos (AESP 4).		
	Indispensable	5	Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (AESP 5).		
	Indispensable	6	Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas (AESP 6).		
	Indispensable	7	Integración del sistema de gestión del talento humano.		
	Indispensable	8	Integración del sistema de gestión y seguridad de la infraestructura.		
	Indispensable	14	Integración del sistema para la gestión segura del uso de medicamentos.		
	Necesario	15	Trazabilidad y control de medicamentos desde su recepción hasta su administración al paciente.		
	Indispensable	16	Integración del sistema para la prevención y control de infecciones en todo el establecimiento.		
	Indispensable	17	Planeación de la atención para pacientes o servicio de alto riesgo.		
	Necesario	20	Atención integral y segura a la persona gestante.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

	Necesario	21	Atención inmediata a personas gestantes con urgencia obstétrica.		
	Indispensable	24	Proceso que guía la atención de los pacientes en situación de urgencia.		
Gestión de recursos	Necesario	2	Definición de funciones y responsabilidades del personal.		
	Indispensable	9	Capacitación del personal en contacto con pacientes sobre salud mental y apoyo psicosocial.		
	Indispensable	24	Implementación de acciones para la optimización del uso de antimicrobianos.		
Gestión de riesgos	Necesario	19	Programa de vacunación universal y gestión de la red de frío.		

EJE: ATENCIÓN CLÍNICA Y DE APOYO

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Valoración	Indispensable	5	Reducción de barreras para el acceso a la atención.		
	Indispensable	6	Valoración inicial del paciente.		
	Indispensable	16	Protección adicional para pacientes en condición de vulnerabilidad.		
Intervención o Tratamiento	Necesario	3	Participación activa del paciente en el proceso educativo.		
	Necesario	5	Información al paciente sobre su proceso de atención.		
Intervención o Tratamiento	Necesario	6	Comunicación de resultados de la atención y tratamiento al paciente.		
	Indispensable	13	Proceso para la obtención del consentimiento informado.		
	Necesario	17	Educación basada en la condición clínica del paciente y temas prioritarios de salud.		
Continuidad de la atención	Indispensable	3	Definición del proceso que guía el traslado de pacientes a otro establecimiento.		
	Necesario	8	Comunicación de instrucciones comprensibles de seguimiento médico al finalizar la atención.		

5

SIN VALIDEZ OFICIAL

EJE: MEJORA CONTINUA Y SISTEMA DE SALUD

COMPONENTE	CLASIFICACIÓN	NO.	ESTÁNDAR	DOCUMENTO	AUTOEVALUACIÓN
Mejora Continua	Indispensable	12	Programa de tecnovigilancia y notificación de riesgos por dispositivos médicos.		
	Indispensable	13	Implementación de actividades de farmacovigilancia para la seguridad del paciente.		

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 2. GUÍA DE APOYO DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

Salud | CSG

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – 1er. nivel de atención

1 Recepción

Se debe de contar, al menos, con 3 meses de funcionamiento, 2 meses de haber implementado el MOCEBPASS y atender los siguientes **lineamientos:**

A. Contar con los siguientes **documentos:**

- Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
- Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- **4 Documentos firmados**, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en los cuales manifiesta que:
  1. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, administrativas y/o fiscales.
  2. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
  3. El establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
  4. El establecimiento **acepta** ser sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio registrado serán objeto de auditoría y que el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares hasta que concluya el proceso de certificación.
- Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
- Registro de generadores de residuos peligrosos.
- Evidencia de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
- Constancia de situación fiscal.
- Aprobación del registro del contrato de prestación de servicios ante la PROFECO.

B. Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.

C. Datos de contacto de las siguientes personas:

- Titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
- Responsable sanitario del establecimiento.
- Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
- Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
- Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.

D. Datos de operación del establecimiento.

Además de los lineamientos enlistados en los apartados A, B, C y D, deberá requisitar la **autoevaluación** a través del SIMOCE.

2 Registro

El establecimiento que cumpla con el total de los requisitos de la etapa de Recepción, previa validación, recibirá un **folio de su expediente** y continuará con la **Validación Normativa.**

- En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en la Recepción, se le prevendrá **por una sola ocasión** para que, en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención, presente los documentos que le sean requeridos.
- En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

3 Validación normativa

De manera aleatoria, se validarán los avisos y licencias sanitarias, para comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable.

- **Se verificará** que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo CSG, ante los órganos administrativos desconcentrados (COFEPRIS, CONAMED); que cuente con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la PROFECO.
- En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá Constancia de participación en el proceso de Certificación.**
- Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.
- Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solitud y **no** podrá continuar con su proceso de certificación.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses, contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

SIN VALIDEZ OFICIAL

Salud | CSG

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – 1er. nivel de atención

4 Preauditoría

La preauditoría se divide en **documental** que se llevará a cabo de manera remota para corroborar de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada previamente y **virtual** en la cual, una de las personas auditoras válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.

Se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que **deberá contar con la infraestructura TIC** que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; de acuerdo al tipo, tamaño y complejidad del establecimiento o alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del secretariado técnico de la comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

La persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoría del Anexo 5, que consisten en:

- Firmar la **carta compromiso (A)** autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría.
- Contar con la **infraestructura tecnológica requerida (B)**.
- Que se encuentre en capacidad para realizar las **pruebas de conectividad previas (C)**.
- Realizar las actividades que le corresponden para el **desarrollo** de la preauditoría **(D)**.

Si el establecimiento no cumple los requisitos, el resultado de las pruebas de conectividad previas determina que no es posible realizar la preauditoría o el establecimiento decide no continuar, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada; las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

5 Auditoría

El establecimiento debe cumplir con lo siguiente:

- Equipo de cómputo con internet
- Dispositivo para escanear
- Impresora y hojas blancas
- Bolígrafo con tinta azul
- Sobres tamaño carta
- Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él)
- Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos

La auditoría es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares, para determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas y puede ser virtual o presencial.

La persona titular de la secretaría técnica la CCEAM notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

6 Dictamen

La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida, emitirá el dictamen que corresponda (procedente o no procedente) y el resultado se hará del conocimiento del EAM a través del SIMOCE.

La vigencia de la certificación será de **tres años.**

7 Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continua cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será **cancelado** y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.

Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse **auditorias aleatorias** durante el mismo periodo de tiempo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 3. LINEAMIENTOS PARA LA REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN EN LA RECEPCIÓN DEL PROCESO DE CERTIFICACIÓN, (A) DOCUMENTOS, (B) AVISOS Y LICENCIAS SANITARIAS, (C) DATOS DE CONTACTO y (D) DATOS DE OPERACIÓN.

Salud | CSG
Secretaría de Salud

Lineamientos para la remisión de documentación
A: Documentos – 1er. nivel de atención

Para iniciar el proceso de Certificación deberá apegarse a los presentes **"Lineamientos para la remisión de documentación en la recepción del proceso de certificación:"**

Para la carga de los archivos deberá atender las siguientes indicaciones:

1. Los archivos deberán ser perfectamente legibles y escaneados directamente del documento original
2. En formato PDF a color
3. Cuando se requiera la firma, esta deberá ser con tinta azul
4. Cuando aplique, deberá resaltar en cada archivo los siguientes datos:
   a. Fechas en color amarillo (incluyendo el término "indeterminado")
   b. Nombre/Razón social en color verde
   c. Nombre de las personas en color naranja

I. A continuación, se enlistan los **documentos** que todo establecimiento **público o social** deberá de cargar en el Sistema Informático del Modelo de Certificación y Estandarización (SIMOCE) para su certificación; asegúrese de que cada uno de los archivos se nombra como se indica al final de la descripción.

A. Documento que acredite la representación legal del establecimiento, el nombre del archivo será el siguiente: **representación_legal.**

B. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), el nombre del archivo será el siguiente: **CLUES**.

C. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, autoridades administrativas y/o autoridades fiscales, el nombre del archivo será el siguiente: **documento_no_sanciones.**

D. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que tanto el establecimiento, como los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras), el nombre del archivo será el siguiente: **documento_no_procedimientos**.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que el establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento, el nombre del archivo será el siguiente**: documento_no_remodelación**.

F. Documento firmado, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la CCEAM en el cual manifiesta que **acepta** que el establecimiento que sea sometido al proceso del Modelo de Certificación y Estandarización de Buenas Prácticas en Atención de Servicios de Salud, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio que ampara la dirección registrada serán objeto de auditoría; además de que se compromete a mantener o mejorar los estándares alcanzados hasta que concluya el proceso de certificación, el nombre del archivo será el siguiente**: documento_aceptación_auditoría**.

G. Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.), el nombre del archivo será el siguiente**: acreditación_personalidad.**

H. Registro de generadores de residuos peligrosos, el nombre del archivo será el siguiente: **residuos_peligrosos.**

I. Evidencia por parte del establecimiento de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente, el nombre del archivo será el siguiente: **protección_civil**.

II. Los establecimientos **privados** deberán cargar los siguientes documentos:

A. Los documentos enlistados en la fracción I, inciso "A" al inciso "I".
B. Constancia de Situación Fiscal del establecimiento con una vigencia no mayor a 3 meses, el nombre del archivo será el siguiente: **CSF**.
C. Aprobación de registro del contrato de prestación de servicios ante la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), el nombre del archivo será el siguiente: **contrato_PROFECO.**

En el proceso de certificación únicamente se considerarán documentos en los que coincidan el nombre y la dirección del establecimiento de atención médica que presenta la solicitud, los cuales deberán encontrarse vigentes (no se podrá continuar con el registro si alguno de estos documentos se encuentra en trámite).

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. A continuación, se enlistan los **avisos y las licencias sanitarias**, asegúrese de contar con todas las que amparan las áreas y/o servicios (propios y subrogados) con que cuenta su establecimiento y de que cada uno de los archivos se nombra como se indica al inicio de la descripción, para el caso de documentos emitidos por la autoridad federal, el nombre del documento deberá de iniciar con la letra "**F**", en el caso de que la emisión haya sido por una autoridad estatal, el nombre del documento deberá iniciar con la letra "**E**", en ambos casos seguido de la codificación indicada.

A. **_AFyRS_Est** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud).
B. **_AFyRS_Lab_clin** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (laboratorio clínico)).
C. **_LS_Rayos_x** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (rayos X)).
D. **_RS_Rayos_x** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (rayos X)).
E. **_AFyRS_ultrasonido** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de servicios de salud (ultrasonido)).
F. **_LS_Med_nuc** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (medicina nuclear)).
G. **_RS_Med_nuc** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (medicina nuclear)).
H. **_LS_Radioterapia** (Licencia sanitaria para el establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (radioterapia)).
I. **_RS_Radioterapia** (Responsable de la operación y funcionamiento del establecimiento que utiliza fuentes de radiación para fines médicos o de diagnóstico (radioterapia)).
J. **_LS_Far_hosp** Licencia sanitaria de farmacia hospitalaria).
K. **_AFyRS_Far_hosp** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario del establecimiento de insumos para la salud (modalidad farmacia)).
L. **_LS_almacen_farmacia** (Licencia sanitaria para almacén de depósito y distribución de medicamentos controlados o productos biológicos para uso humano).
M. **_LS_Hemodiálisis** (Licencia sanitaria para establecimientos en que se presten servicio de hemodiálisis).
N. **_RS_Hemodiálisis** (Responsable sanitario del establecimiento en que se preste servicio de hemodiálisis).
O. **_AFyRS_terapia_fisica_y_otros** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario para consultorios de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje).
P. **_AFyRS_ambulancia** (Aviso de funcionamiento y de responsable sanitario por cada ambulancia).

3

SIN VALIDEZ OFICIAL

Q. **_LS_Ctro_mez** (Licencia sanitaria para establecimiento de insumos para la salud (centros de mezcla para la preparación de mezclas parenterales nutricionales y medicamentosas)).
R. **_RS_Ctro_mez** (Responsable sanitario del centro de mezclas).
S. **_Otros** (Avisos y/o Licencias sanitarias que no se encuentren descritas previamente).

Nota: los avisos y/o licencias sanitarias que terminen su vigencia en los 9 meses siguientes a la presente fecha deberán notificarlo y comprometerse a iniciar su trámite de renovación de manera inmediata en cuanto venza el documento respectivo.

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. Datos de contacto de las siguientes personas **(si una misma persona desempeña dos cargos repita la información en los dos apartados)**:

A. Titular de la dirección, apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

B. Responsable sanitario del establecimiento

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

C. Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

D. Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones

a. Título y nombre
b. Nombre del cargo (acorde al organigrama)
c. Correo electrónico institucional
d. Teléfono con lada
e. Extensión telefónica

E. Correo electrónico institucional para recibir notificaciones

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. **Datos de operación** del establecimiento, divididos en los siguientes 6 apartados: identificación, características, infraestructura, personal, atención médica y comités, asegúrese de contar con toda la información que le aplique a su establecimiento.

A. Identificación del establecimiento

a. Con base en el **Anexo 4. Guía para la elección del Manual del MOCEBPASS**, identifique cual es el Manual que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

b. Datos de registro del establecimiento de atención médica

1. Tipo de establecimiento
2. Nombre comercial
3. Razón Social
4. Registro Federal de Contribuyentes
5. Fecha de inicio de funcionamiento
6. Fecha de inicio de implementación del MOCEBPASS
7. Domicilio
   - i. Tipo de vialidad:
   - ii. Nombre de la vialidad:
   - iii. Número exterior:
   - iv. Número interior:
   - v. Colonia:
   - vi. Tipo de localidad:
   - vii. Nombre de la localidad:
   - viii. Nombre del municipio o alcaldía:
   - ix. Nombre de la entidad federativa:
   - x. Código Postal:

c. Sector al que pertenece

1. Público (IMSS-Bienestar/Institutos Nacionales de Salud/Hospitales de Alta Especialidad/Secretaría de Salud/etc.)
2. Social (IMSS/ISSSTE/PEMEX/Defensa/Marina/etc.)
3. Privado
   - i. No lucrativo
   - ii. Persona moral
   - iii. Pertenece a un corporativo
     - No
     - Si, Nombre y número de unidades

SIN VALIDEZ OFICIAL

4. ¿Existe una persona responsable a nivel central para el seguimiento de los procesos de certificación?
   - No
   - Si, datos de contacto (nombre y correo)

5. ¿El establecimiento cuenta con alguna certificación previa por parte del Consejo de Salubridad General?
   - No
   - Si, vigencia de su último certificado

6. ¿Algún personal de su establecimiento ha participado en algún curso o taller organizado por el Consejo de Salubridad General?
   - No
   - Si, especifique nombre, fecha y sede

B. Características

a. Subclasificación del establecimiento (por ejemplo, consultorio de alguna especialidad médica en particular, con servicios ampliados, con atención continua, etc.)
b. Días en que el establecimiento presta atención
c. Horario en que el establecimiento presta atención
d. Distribución de turnos
e. ¿El establecimiento cuenta con personal clínico y/o no clínico en formación?

En caso de que cuente con personal **clínico** en formación, ¿Cuenta con la Opinión Técnico Académica favorable y vigente por parte de la CIFRHS de cada uno de los planes de estudio de este personal?
   - No
   - Si, suba el documento

f. ¿En el establecimiento se realiza investigación clínica?
   - No
   - Si, ¿Cuenta con registro vigente ante la COFEPRIS de su comité de investigación?
     - No
     - Si, suba el documento
   - ¿Cuenta con registro vigente ante la CONBIOETICA de su comité de ética en investigación?
     - No
     - Si, suba el documento

7

SIN VALIDEZ OFICIAL

C. Infraestructura instalada

a. Servicios y recursos

1. Número total de metros cuadrados de la superficie
2. Número total de metros cuadrados de construcción
3. ¿Dispone de red municipal de agua?
4. ¿Dispone de pozo de agua?
5. ¿Dispone de cisterna de agua?
6. ¿Dispone de otra fuente de abastecimiento de agua?
7. ¿Cuenta con drenaje?
8. ¿Cuenta con planta de emergencia de energía eléctrica?
9. ¿Cuenta con tierra física?
10. ¿Cuenta con paneles solares (sistema de generación de energía)?
11. ¿Cuenta con pararrayos?
12. ¿Cuenta con servicio de gas (tanque estacionario, natural, otro)?
13. ¿Cuenta con internet?
14. ¿Cuenta con sistema de telemedicina?
15. ¿Cuenta con expediente clínico electrónico?
    - No
    - Si, nombre del expediente clínico electrónico
16. ¿Cuenta con área de hospitalización?
17. ¿Cuenta con área de urgencias?
18. ¿Cuenta con unidad quirúrgica?
19. ¿Cuenta con área de tocología y tococirugía?
20. ¿Cuenta con área de medicina física y rehabilitación?
21. ¿Cuenta con servicio de acupuntura?
22. ¿Cuenta con sala de hemodiálisis?
23. ¿Cuenta con área de radioterapia (incluye teleterapia y braquiterapia)?
24. ¿Cuenta con área de quimioterapia?
25. ¿Cuenta con laboratorio clínico?
26. ¿Cuenta con área de imagenología (incluye rayos x, resonancia magnética, tomografía, ultrasonografía)?
27. Número de salas de expulsión
28. Número de salas de curaciones
29. Número de ambulancias
30. Aplica procedimientos anestésicos (anestesia general, anestesia regional, sedación, etc.) en área periféricas (fuera de quirófanos)
    - No
    - Si, especifique

8

SIN VALIDEZ OFICIAL

b. Consultorios

1. Número total de consultorios
2. Número de consultorios de medicina general y familiar
3. Número de consultorios de alergología
4. Número de consultorios de oftalmología
5. Número de consultorios de ortopedia
6. Número de consultorios de otorrinolaringología
7. Número de consultorios de otras especialidades
8. Número de consultorios de estomatología
9. Número de consultorios en área de urgencias
10. Número de consultorios de valoración

c. Camas

1. Número total de camas en el establecimiento
2. Número de camas en área de hospitalización (especificar cuantas son para aislados)
3. Número de camas en otras áreas (no se considera hospitalización)
4. Número de camas en el área de urgencias
5. Número de salas de expulsión
6. Número de cunas para recién nacido sano (incluye tocología, neonatología y cuneros)
7. Número de cunas de calor radiante
8. Número de incubadoras

d. Equipamiento

1. Número de aceleradores lineales
2. Número de cámaras hiperbáricas
3. Número de equipos de rayos x fijos
4. Número de equipos de rayos x móviles
5. Número de equipos de tomografía computada
6. Número de mastógrafos (incluye analógicos y digitales)
7. Número de equipos de resonancia magnética
8. Número de equipos PET-CT
9. Número de equipos SPECT-CT
10. Número de ultrasonidos
11. Número de máquinas de hemodiálisis (incluye con ósmosis inversa y pediátrica)

SIN VALIDEZ OFICIAL

12. Número de torres de video para endoscopia alta
13. Número de torres de video para endoscopia baja
14. Algún otro aspecto de infraestructura que considere importante mencionar

D. Personal

a. Médicos especialistas, generales y odontólogos

1. Número de médicos especialistas
2. Número de médicos generales
3. Número de odontólogos

b. Personal de enfermería

1. Número de personal de enfermería especialista
2. Número de personal de enfermería general
3. Número de personal de enfermería auxiliar

c. Número de personal profesional de la salud de otras áreas (Q.F.B., trabajo social, nutrición, ingenieros biomédicos, psicólogos, etc.)

d. Número de personal profesional técnico de la salud (técnico en odontología, dietista, laboratorista, de electrocardiografía, etc.)

e. Personal del área de la salud en formación

1. Número de médicos residentes
2. Número de internos de pregrado
3. Número de pasantes de medicina
4. Número de pasantes de odontología
5. Número de personal de enfermería pasante
6. Otros

f. Total de otro personal (administrativo, mantenimiento, lavandería, etc.)

SIN VALIDEZ OFICIAL

E. Atención médica

a. Número de atenciones médicas otorgadas en los últimos 3 meses
b. Promedio de días de estancia
c. Porcentaje de ocupación del establecimiento
d. Registro de los 10 diagnósticos más comunes

Diagnóstico	Cantidad	CIE-10

e. Registro de los 10 procedimientos más comunes

Procedimiento	Cantidad	CIE-9-MC

SIN VALIDEZ OFICIAL

F. Comités

A continuación, se enlistan los comités, asegúrese de contar con fecha de instalación, vigencia y registro ante la autoridad respectiva, en los casos que aplique, de los comités que se encuentren instalados en su establecimiento:

a. Comité de investigación
b. Comité de ética en investigación
c. Comité hospitalario de bioética
d. Comité de bioseguridad
e. Comité de calidad y seguridad del paciente
f. Comité del expediente clínico
g. Comité para la detección y control de las IAAS
h. Subcomité para la optimización del uso de antimicrobianos
i. Comité de mortalidad hospitalaria
j. Comité de prevención, estudio y seguimiento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal
k. Comité de farmacia y terapéutica
l. Comité de farmacovigilancia
m. Comité de tecnovigilancia
n. Comité de prevención, seguridad y atención médica en casos de desastre
o. Comité de enseñanza y capacitación
p. Otro (algún comité que no se encuentren descrito previamente)

SIN VALIDEZ OFICIAL

12

ANEXO 4. GUÍA PARA LA ELECCIÓN DEL MANUAL DEL MOCEBPASS

Con base en la definición y los ejemplos que se muestran a continuación, identifique cual es el Manual del MOCEBPASS que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

Manual del MOCEBPASS	Definición	Ejemplos
Hospital	Establecimiento que tenga como finalidad la atención de usuarios que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.	Clínicas, sanatorios, hospitales generales, de segundo nivel, de tercer nivel e institutos, hospitales especializados (materno-infantil, oncológico, etc.), entre otros.
Unidad de hemodiálisis	Establecimiento **NO ligado** a un hospital dedicado al tratamiento de pacientes que requieren hemodiálisis.	Clínicas de extramuros, unidades independientes.
1er. nivel de atención	Establecimiento **NO ligado** a un hospital que otorga atención medica general o especializada, que realiza acciones de prevención y promoción a la salud, así como detección temprana y seguimiento de enfermedades, que se sujeten a la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica.	Unidades médicas familiares y de consulta externa, centros de salud, clínicas de atención primaria, consultorios médicos de medicina general o familiar, de especialidades, de acupuntura, de estomatología, de homeopatía, de medicina preventiva, de nutriología, de optometría, de psicología, incluidos los consultorios adyacentes a farmacias y los ubicados en cadenas comerciales, entre otros.
Unidad de atención ambulatoria	Establecimiento que otorga atención medica continua, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados, pudiendo realizar procedimientos quirúrgicos que no requieran de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y que el paciente pueda ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir de su ingreso.	Centros de cirugía ambulatoria, centros oncológicos, centros de procedimientos especializados, establecimientos con licencia de actos quirúrgicos para cirugía de corta estancia, entre otros.

1

Salud | CSG
Proceso de certificación
Guía para la elección del Manual del MOCEBPASS

Unidad de diagnóstico y tratamiento	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea complementar el diagnóstico clínico, la evaluación terapéutica o el seguimiento a los pacientes.	Gabinetes de laboratorios de análisis clínicos, de patología clínica y/o bancos de sangre, gabinetes de imagenología (rayos X, tomografía, resonancia magnética y/o ultrasonido), unidades de endoscopía, entre otros.
Unidad de rehabilitación	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea proporcionar un conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.	Clínicas externas especializadas, clínicas de fisioterapia, de terapia ocupacional y/o psicosocial, unidades básica de rehabilitación, unidades de medicina del deporte, entre otras.
Unidad de salud mental y adicciones	Establecimiento cuya finalidad sea ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.	Hospitales psiquiátricos, centros de día, hogares protegidos, hospitales de día, villas de transición hospitalaria, unidades de atención a la salud mental, centros comunitarios de salud mental y adicciones, centros para la prevención y tratamiento en adicciones, entre otros.
Unidad móvil	Establecimiento **móvil** para la atención médica, ya sea aéreos, marítimos o terrestres, destinados a realizar una o más de las actividades enunciadas para los EAM descritos previamente.	Caravanas, quirófanos móviles, unidades médicas móviles, unidades de promoción a la salud, ambulancias de cuidados intensivos y de urgencias, entre otras.
Establecimiento que presta atención domiciliaria	Establecimiento que presta servicios de salud proporcionados en el hogar del paciente, incluyendo cuidados paliativos y atención a poblaciones vulnerables.	Clínicas de servicios médicos a domicilio, servicios de atención geriátrica domiciliaria, establecimientos de cuidados paliativos domiciliarios, programas de cuidado infantil vulnerable, empresas de atención médica y/o de enfermería domiciliaria, entre otras.

2

SIN VALIDEZ OFICIAL

ANEXO 5. REQUISITOS DE PREAUDITORÍA

Carta compromiso para otorgar las facilidades y cubrir los gastos por concepto de preauditoría y/o auditoría para el proceso de certificación del establecimiento de atención médica con razón social_____ y folio_____.

Yo _____(nombre), que actualmente me desempeño como _____ (cargo), me comprometo a otorgar las siguientes facilidades y recursos a fin de llevar a cabo de manera adecuada el proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General:

I. Preauditoría:

A. Firmar la presente **carta compromiso**.
B. Contar con la **infraestructura tecnológica** descrita en el apartado B de este anexo.
C. Realizar las **pruebas de conectividad previas** descritas en el apartado C de este anexo.
D. Realizar las actividades para el **desarrollo** de la preauditoría descritas en el apartado D de este anexo.

II. Auditoría:

A. Cubrir los gastos de transporte (aéreo y/o terrestre), hospedaje individual y de alimentación de las personas auditoras designadas para llevar a cabo el proceso de auditoría del establecimiento de atención médica.
B. Gestionar y realizar el traslado de las personas auditoras durante toda la estancia.
C. Destinar un área exclusiva y privada dentro del establecimiento para que el equipo de auditores cuente con lo siguiente:
   a. Al menos un equipo de cómputo con acceso a internet.
   b. Dispositivo para escanear documentos en formato PDF.
   c. Impresora y, al menos, 50 hojas blancas tamaño carta.
   d. Bolígrafos de tinta azul y sobres tamaño carta.
   e. Acceso a internet inalámbrico (**en caso de contar con él**).
   f. Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos que manifestó al presentar su solicitud.

Atentamente

_____

Firma la persona que legalmente representa al establecimiento de atención médica que autoriza se lleve a cabo la preauditoría y/o auditoría del proceso de Certificación de Establecimientos de Atención Médica del Consejo de Salubridad General.

1

SIN VALIDEZ OFICIAL

III. El establecimiento supervisará que se cuente con la siguiente **infraestructura tecnológica** para realizar la preauditoría:

A. Cuenta de correo institucional.
B. Conexión a Internet.
C. Internet de 1 Mbps por cada equipo conectado.
D. Se recomienda utilizar la combinación de redes fijas, Wi-Fi de banda ancha, redes móviles de celular o tipo de BAM (Banda Ancha Móvil) de acuerdo a las posibilidades del establecimiento.
E. Sala de juntas que permita la interacción de las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento.
F. Dispositivos de apoyo para recorridos.
G. Teléfonos celulares con red móvil, Wi-Fi y cámaras para enfocar documentos y lugares de difícil acceso durante los recorridos con transmisión de video, audio y datos.
H. Audífonos o manos libres alámbricos o inalámbricos para los recorridos a las áreas donde existe ruido que dificulta la comunicación.
I. Equipo de cómputo portátil tipo Laptop o tableta para transmitir video con audio, presentaciones o documentos.
J. Acceso a la plataforma de videoconferencia que indique el Consejo de Salubridad General, la cual deberá estar disponible en, al menos, cinco equipos.

   En caso de que el establecimiento no pueda utilizar la plataforma indicada por el Consejo, deberá informar de las opciones disponibles y con características similares que puede utilizar, haciéndose responsable de los mecanismos de seguridad, así como de programar y ejecutar todo el proceso con base en la agenda, debiendo garantizar:

   a. La comunicación sin interrupciones por videoconferencia.
   b. La transferencia de información con seguridad y confidencialidad.

SIN VALIDEZ OFICIAL

IV. Se programarán **pruebas de conectividad previas** por lo menos una semana antes de la fecha informada para la realización de la preauditoría, la cual será realizada por una de las personas auditoras.

Los motivos por los cuales se podrá suspender la preauditoría son:

A. Que el establecimiento considere que no cumple con los requisitos.
B. Que el resultado de la prueba preliminar determine que no es posible realizar el proceso de preauditoría remota.
C. Que el propio establecimiento decida no continuar con la preauditoría programada.

En cualquiera de estos casos ya no se realizará la preauditoría y la participación del establecimiento en el proceso de certificación quedará cancelada.

SIN VALIDEZ OFICIAL

V. Para el desarrollo de la preauditoría

A. La persona titular de la Presidencia de la CCEAM:

a. Informará de manera oficial mediante un comunicado el número de personas auditoras y la duración.
b. Definirá y proporcionará el ingreso a la plataforma, liga y claves de acceso.

B. El establecimiento deberá:

a. Enviar al correo electrónico cceam@csg.gob.mx el listado de las personas que participarán en la preauditoría las cuales serán dirigidas por 1 de las 4 personas del establecimiento que ingresaron sus datos durante la recepción.
b. Preparar al personal que participará en los recorridos para realizar la preauditoría virtual y garantizar su presencia durante toda esta etapa.
c. Preparar al personal de apoyo técnico, con experiencia en el uso y manejo de las TIC que se aplicarán en el proceso de preauditoría.
d. Preparar las evidencias del cumplimiento de los procesos.

C. Durante la preauditoría

a. Deberá estar presente una persona por parte de CSG que fungirá como acompañante o guía del proceso para asegurar que el desarrollo del mismo se realiza de manera adecuada.
b. Las personas auditoras podrán abordar al personal operativo y/o dueños de los procesos para verificar el cumplimiento de los estándares definidos por el establecimiento.
c. En caso de fallas técnicas (energía eléctrica, internet, fallo de equipo, etc.), las personas auditoras en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento establecerán las alternativas de comunicación para mantener la continuidad de la preauditoría.
d. Las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento identificarán las situaciones que pueden llevar a la suspensión de la preauditoría, notificando inmediatamente a la persona titular de la Presidencia de la CCEAM.
e. Al final de la preauditoría las personas auditoras designadas en conjunto con las personas responsables del proceso por parte del establecimiento integrarán el reporte respectivo mediante la plataforma.

SIN VALIDEZ OFICIAL

Gobierno de México | Salud Secretaría de Salud | CSG CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

SIN VALIDEZ OFICIAL

GOBIERNO DE MÉXICO

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

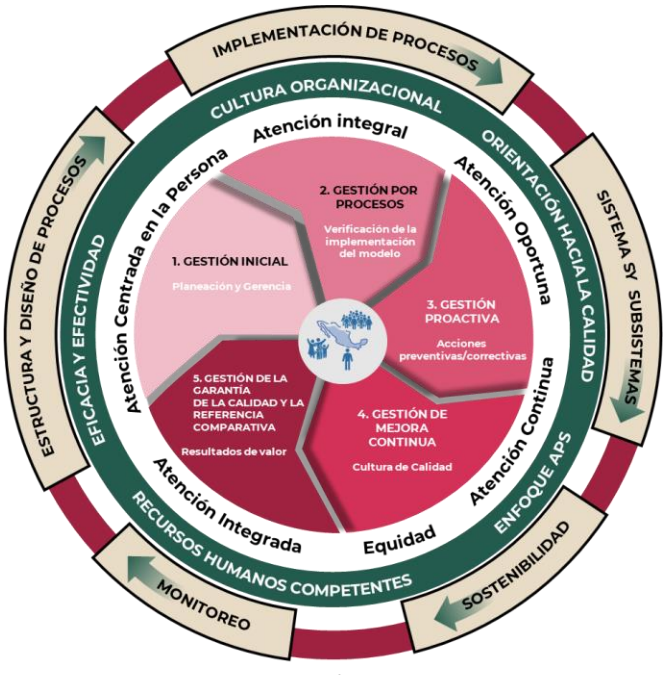
COFEPRIS · CONAMED · SALUD · IMSS · ISSSTE · SEDENA · SEMAR · PEMEX · SNDIF · IMSS BIENESTAR · Academia Mexicana de Cirugía A.C.

COMISIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA

Modelo Único de Evaluación de la Calidad

MUEC

Documento Ejecutivo



FUENTE: CSG/DGCES, 2022

Septiembre 2024

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

La Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) tiene por objeto proponer al Consejo de Salubridad General los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictaminar sobre los resultados de la evaluación y, en su caso, emitir el certificado correspondiente.

Integrantes.

Dr. Marcos Cantero Cortes
Secretario del Consejo de Salubridad General y Presidente de la Comisión

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios

Mtro. Miguel Manuel Ramírez Mandujano
Director General de Conciliación, Encargado de Despacho de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Dr. José Luis García Ceja
Director General de Calidad y Educación en Salud

Mtro. Zoé Alejandro Robledo Aburto
Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social

Mtra. Bertha María Alcalde Luján
Directora General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Gral. Luis Cresencio Sandoval González
Secretario de la Defensa Nacional

Almte. José Rafael Ojeda Durán
Secretario de Marina

Ing. Octavio Romero Oropeza
Director General de Petróleos Mexicanos

Lic. Nuria Fernández Espresate
Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Dr. Alejandro Calderón Alipi
Director General de los Servicios de Salud de IMSS Bienestar

Dr. Germán E. Fajardo Dolci
Presidente de la Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

Dr. Miguel Ángel Mercado Díaz
Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía, A.C.

Índice

PRESENTACIÓN 1
ANTECEDENTES 3
1. GENERALIDADES 6
1.1 Objetivo General 6
1.2 Objetivo Específicos 6
1.3 Marco Jurídico 7
1.4 Alcances y Ámbito de Aplicación 8
1.5 Líneas estratégicas 9
1.6 Mejora Continua del MUEC 10
2. MARCO CONCEPTUAL DEL MUEC 12
2.1 Estructura en Capas 12
2.1.1 Primera Capa. Fases de Implementación 13
2.1.2 Segunda Capa. Proceso Integral de la Atención Médica 15
2.1.3 Tercera Capa. Enfoques 17
2.1.4 Cuarta Capa. Niveles de madurez 18
2.2 Componentes del MUEC 21
2.2.1 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. 21
2.2.2 Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares 22
3. PROCESO PARA EL REGISTRO EN EL MUEC 25
3.1 Generalidades del Proceso 25
3.1.1 Principios del Proceso 25
3.1.2 Descripción del Proceso 26
3.1.3 Periodos del proceso 28
3.2 Requisitos documentales para Solicitar el Registro 29
3.3 Procedencia de la Solicitud 31
3.3.1 Verificación de requisitos 32
3.3.2 Validación documental cualitativa y cuantitativa 33
3.3.3 Evaluación 34
3.4 Dictamen 36
3.5 Certificación 37
3.5.1 Renovación del Certificado 38
3.5.2 Revocación del Certificado 38
BIBLIOGRAFÍA 40
ANEXO 1. CONCEPTOS/DEFINICIONES 42

PRESENTACIÓN

Con el propósito de generar ciclos de mejora continua, la CCEAM aprobó en su segunda sesión, celebrada el 11 de abril de 2024, la conformación del Grupo Técnico para la Mejora Continua del MUEC responsable de revisar y proponer los ajustes y modificaciones al modelo, así como a los criterios, instrumentos y mecanismos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan los servicios de atención médica, a partir de las lecciones aprendidas durante la instrumentación de cada ejercicio.

Este documento es resultado de los trabajos de actualización de la primera versión del MUEC, publicada en junio de 2023, a cargo del Grupo Técnico para la Mejora Continua y fue elaborado en el periodo mayo – septiembre de 2024.

El Modelo Único de Evaluación de la Calidad (MUEC) de los Establecimientos de Atención Médica (EAM), es el resultado del esfuerzo conjunto del Consejo de Salubridad General (CSG) y de la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), para contribuir a la mejora de la calidad en la atención médica para la población mexicana.

En este marco, el MUEC se define como el instrumento estratégico integrado e integral, resultado de la sinergia de los procesos de acreditación y certificación de establecimientos y servicios de atención clínica, el cual verifica el cumplimiento a la normativa vigente, los criterios y estándares en materia de calidad en salud, con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de una evaluación continua y progresiva de la estructura, los procesos y los resultados que se dan en la operación clínica diaria.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), enfrenta el desafío de lograr el acceso y cobertura universal de servicios, con gratuidad en la atención y en la entrega de medicamentos, tanto a la población no derechohabiente, como a los beneficiarios de la seguridad social, condición que solo será una realidad en la medida en que se logre el acceso efectivo a los servicios con los menores riesgos posibles para las personas y el fortalecimiento de las redes de atención.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024[1], señala en su apartado denominado Eje General 2. Política Social que, el objetivo más importante del Gobierno de la Cuarta Transformación, es que en 2024 la población de México esté viviendo en un entorno de

[1] DOF: 12/07/2019. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024. Documento en internet 19 pp. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0

bienestar. Para ello, el "Gobierno Federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos".

El Programa Sectorial de Salud 2020-20242[2], establece en su Objetivo prioritario 2. "Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano", la Estrategia prioritaria 2.4, "Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y que incorpore el cumplimiento de los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano", la cual señala como Acción Puntual 2.4.2 "Promover el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud".

El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar[3], está integrado con base en los principios y la práctica de la Atención Primaria de Salud (APS), cuyo eje trasversal es la gestión de la calidad y la seguridad de la atención, con fundamento en los atributos de la atención médica, siendo estos la atención centrada en las personas, prestación equitativa, oportuna, integrada, eficaz y eficiente, incluyendo los componentes de planeación, liderazgo, sistemas de información, participación de los pacientes y de la población, regulación y estándares, capacidad organizacional, mejora de procesos clínicos y administrativos, formación, capacitación y desarrollo del talento humano, responsabilidad social y evaluación.

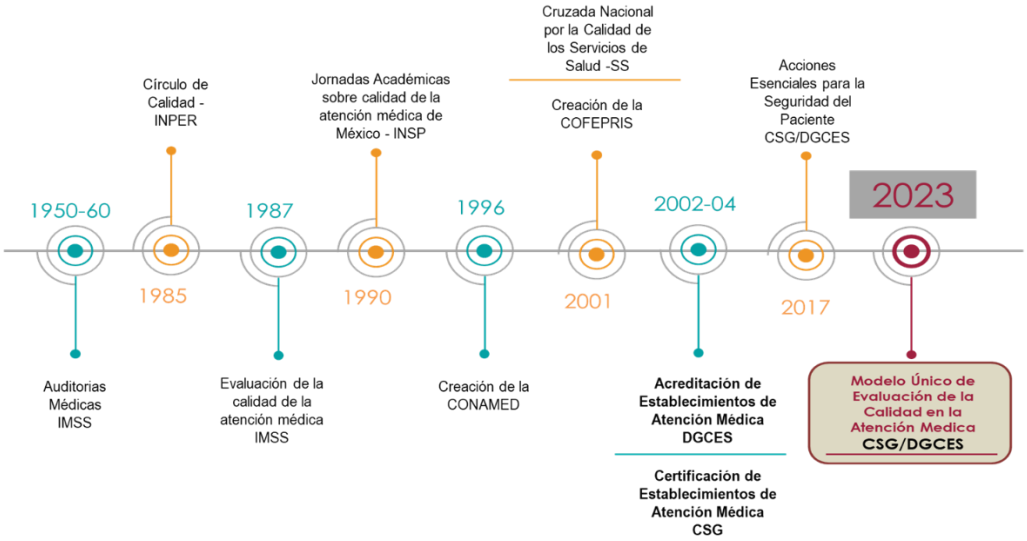
[2] DOF: 17/08/2020 Programa Sectorial de Salud 2020-2024. Documento en internet 43 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

[3] DOF: 25/10/2022 ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Documento en Internet 120 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

ANTECEDENTES

En México, se tienen antecedentes de la evaluación de la calidad en los EAM a partir de las primeras auditorias médicas llevadas a cabo en los años 50, evolucionando paulatinamente como se muestra en la figura No. 1, hasta la consolidación de los procesos de acreditación y certificación de EAM.

Figura No. 1
Logros en calidad de la atención médica en el Sistema Nacional de Salud



Fuente: Diseño propio CSG-DGCES, 2023

En los últimos 20 años estos dos procesos de evaluación externa de la calidad han mantenido su operación, evolucionando en sus diferentes ámbitos de aplicación y alcances de acuerdo a sus atribuciones normativas, a saber:

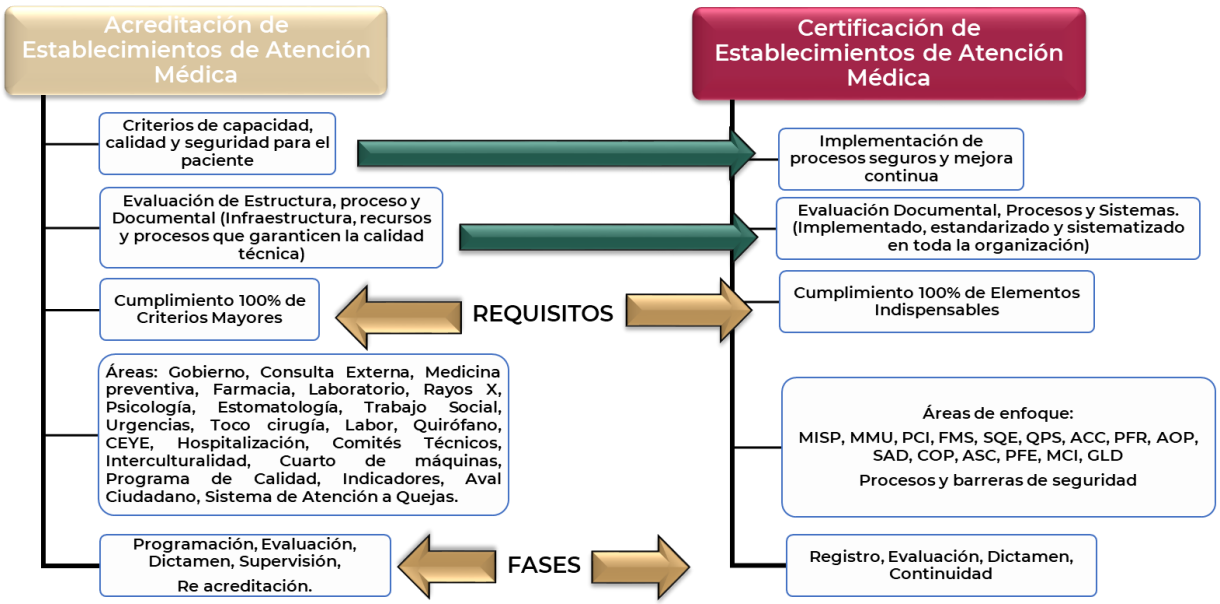
La Certificación de EAM es el proceso por el cual el Consejo de Salubridad General reconoce a los establecimientos de atención médica, que participan de manera voluntaria y cumplen los estándares necesarios para brindar servicios con buena calidad en la atención médica y seguridad a los pacientes.

La Acreditación de Establecimientos de Servicios de Atención Médica, como un proceso de evaluación externa a cargo de DGCES, que contribuía a garantizar la calidad, mediante el cumplimiento de criterios, capacidad y seguridad en los EAM, que prestan atención a población sin seguridad social.

Estos mecanismos de evaluación externa de la calidad se integran a diversos elementos transversales que influyen en diferentes momentos de los modelos que interactúan en el SNS en torno a la calidad. Ambos procesos tienen convergencias que permiten transitar a un modelo unificado de evaluación, como lo es el MUEC.

En la figura No. 2 se muestran estas convergencias que, a) comparten valores y principios en el marco de la Atención Primaria a la Salud (APS), el derecho a la protección de la salud y cobertura universal; b) su eje son las personas, las familias, la comunidad y la población y , ambos procesos se pueden implementar en los EAM del SNS; c) contienen criterios o estándares para evaluar la calidad de la atención médica que se ofrece en estos EAM con énfasis en la seguridad del paciente, por medio de estrategias de mejora continua; d) llevan a cabo evaluación documental y de procesos, y e) ambos realizan una visita de evaluación, posterior a la cual se dictaminan los resultados.

Figura No. 2
Convergencias entre los procesos de acreditación y certificación



Fuente: Diseño propio: CSG, 2022

El modelo unificado que se presenta contribuye en la evaluación de las dimensiones de la calidad, entendiéndola como el conjunto de variables que, interrelacionadas entre sí, dan como resultado la satisfacción de nuestros usuarios, así como a las dimensiones para la calidad definidas por la OMS (2006).[4],[5]

[4] OMS. Temas de Salud. Calidad de la atención. Página Web. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
[5] Promoción de la salud: Glosario. OMS 1998. Documento en internet 35 pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf

Dimensiones de la Calidad

Efectividad	Capacidad de otorgar la prestación de atención de salud que se adhiere a una base de pruebas y resulta en mejores resultados de salud para los individuos y las comunidades.
Eficiencia	Brindar atención médica optimizando el uso de recursos.
Accesibilidad	Capacidad de otorgar atención de salud oportuna, distancia geográfica razonable y provista en un entorno donde las habilidades y los recursos sean apropiados para las necesidades médicas.
Centrado en el paciente	Brindar atención médica que tome en cuenta las preferencias y aspiraciones de los usuarios individuales de los servicios y las culturas de sus comunidades.
Equidad	Equidad significa imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar.
Seguridad	Otorgar atención de salud minimizando los riesgos y daños a los usuarios.

En la dimensión de seguridad se consideran a todos los usuarios de los escenarios en salud: paciente y su familia, personal y al propio EAM.

El MUEC es un modelo enfocado a la mejora de la calidad y la satisfacción de personas y profesionales de la salud. Se constituye como el proceso de evaluación de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los EAM, con un enfoque de gestión por procesos y centrado en la persona, en las comunidades y la población, con el fin de transitar paulatinamente hacia el sostenimiento de la calidad en la atención médica.

El MUEC concentra, para las instituciones del SNS, la articulación del proceso de acreditación con el de certificación, a fin de estandarizar los procesos de evaluación y promover la implementación de un sistema de gestión progresiva de la calidad, que tenga como eje transversal la satisfacción del paciente y personal de salud a la vez que proporciona información para definir estrategias de mejora y con ello favorecer los resultados en salud.

1. GENERALIDADES

¿Por qué participar en el MUEC?

El EAM del SNS, que participa en el MUEC, debe cumplir con las políticas nacionales en salud, que tiene como prioridad alcanzar, día a día, mejores prácticas, fortaleciendo su sistema de gestión de calidad a partir de madurar progresivamente sus procesos internos y homogenizar los criterios en la atención médica, en la búsqueda de sistematizar sus procesos, reducir costos, contar con servicios confiables y seguros, que le permitan implementar estrategias de mejora continua para ser reconocidos por los resultados en salud alcanzados para contribuir en el bienestar de la persona, familia, comunidad y población.

El MUEC permite participar, de manera gradual, a cualquier EAM que cumple con los criterios y estándares con base al nivel de madurez alcanzado en su gestión de la calidad.

1.1 Objetivo General

Evaluar la calidad de la atención médica, en los EAM del SNS, con énfasis en aquellos que prestan servicios a población sin seguridad social, a fin de contribuir e incrementar de manera progresiva la calidad, seguridad, eficacia y efectividad.

1.2 Objetivo Específicos

- Establecer los mecanismos de operación al que se sujetarán los EAM.
- Conducir el proceso de evaluación de la calidad de la atención médica, en las cinco Fases del MUEC.
- Definir los requisitos, criterios, estándares y fases a las que se sujetarán los EAM para obtener la Certificación, que permita un avance progresivo hasta el sostenimiento de la calidad.
- Difundir los resultados alcanzados por los EAM participantes en el proceso de evaluación.

1.3 Marco Jurídico

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley General de Salud.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.
- Normas de Organización y Funcionamiento de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica.
- Criterios para la Selección, Capacitación y Evaluación del Desempeño de las Personas Evaluadoras de la Calidad en los Establecimientos de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.
- Acuerdo por el que se establece la obligatoriedad de la implementación del Modelo Único de Evaluación de la Calidad, publicado el 29 de junio de 2023 en el DOF.
- Acuerdo por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017 en el DOF.
- Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, publicado el 29 de diciembre de 2011 en el DOF.
- Acuerdo por el que se adiciona un artículo Noveno al similar por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad Generala los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado el 29 de diciembre de 2011 en el DOF.
- Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General, publicado el 22 de junio de 2012 en el DOF.
- Acuerdo por el que se establecen requisitos para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorio, de rehabilitación y de hemodiálisis, en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas, publicado el 28 de octubre de 2015 en el DOF.

1.4 Alcances y Ámbito de Aplicación

En el marco de la política nacional para elevar continuamente la calidad de servicios de atención médica del Gobierno Federal, el CSG con la participación de la DGCES integran el MUEC, el cual es acorde con las disposiciones sanitarias vigentes, en congruencia con la regulación para la evaluación en materia de calidad y seguridad de la atención a la salud. En este sentido, El MUEC es aplicable a todos los EAM de los sectores público, social y privado del SNS.

El MUEC está orientado a la operación estandarizada y sistemática de metodologías e instrumentos que contribuyan a mejorar los procesos sustantivos y administrativos de los EAM.

En este contexto, la gestión institucional involucra a las diversas estructuras que integran los sectores del SNS, teniendo como desafío coordinar y motivar a los EAM para alcanzar los resultados esperados, mediante la formulación de planes estratégicos que dirijan los esfuerzos de la institución, la definición de metodologías e instrumentos para el desarrollo del capital humano y la observancia de las Fases de aplicación.

Con base en los datos publicados en el Catálogo de la Clave Única de Establecimientos de Salud CLUES (Tabla No. 1), el alcance en la implementación del MUEC se estima en 37,427 EAM que integran el SNS de los cuales el 76% corresponden al primer nivel de atención, 13% al segundo y 0.4% al tercer nivel.

Tabla 1: Alcance de la evaluación por el MUEC según nivel de atención

INSTITUCIÓN	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO	TOTAL
SSA	3,655	169	43	3,867
SS IMSS BIENESTAR	9,379	739	66	10,184
IMSS REGIMEN BIENESTAR	3,982	80		4,062
IMSS	1,170	259	30	1,459
ISSSTE	995	102	14	1,111
SNDIF	218	2	1	221
SEDENA	13	48	2	63
SEMAR	10	24	3	37
PEMEX	36	22	2	60
SERVICIOS MEDICOS PRIVADOS	12,022	3,638	24	15,684
CRUZ ROJA MEXICANA	96	25		121
SERVICIOS MEDICOS UNIVERSITARIOS	34	4	1	39
OTRAS DEPENDENCIAS PÚBLICAS	459	56	4	519
	28,414	**4,999**	**147**	**37,427**

Fuente: CLUES, jul-24 Establecimiento en Operación según Institución. Descarga SS, DGIS. Consultado: 15-09-24. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html

La participación y contribución de los EAM, mediante el trabajo en equipo, multidisciplinario y con un liderazgo sólido, es menester para lograr la implementación de cada una de las Fases del MUEC.

1.5 Líneas estratégicas

El MUEC, para su operación, establece líneas estratégicas de aplicación secuencial que son: difusión, capacitación e implementación, así como de evaluación continua de estas líneas, las cuales describen las acciones que se realizan por los niveles de actuación y responsables en la macrogestión, la mesogestión y la microgestión, determinando los plazos y los procesos para ejecutar las actividades correspondientes a cada Fase, como a continuación se indica:

- **Difusión**. Realizar la difusión mediante los medios de comunicación oficiales dispuestos para presentar la estructura, operación, etapas y condiciones en que opera el MUEC. La difusión será de manera oficial y se dará a conocer a las instituciones que conforman el SNS.

- **Capacitación**. Desarrollo de competencias en los profesionales de salud para la implementación y evaluación del MUEC. En este sentido, la capacitación se considera un elemento clave para la implementación y la evaluación del MUEC, pues el éxito de este depende en gran medida de las competencias desarrolladas en los profesionales de la salud.

- **Implementación**. De manera progresiva la implementación del MUEC está asociada al desarrollo de las líneas estratégicas preliminares de difusión y capacitación tanto para implementadores y evaluadores en el ámbito nacional. La operación del MUEC en los EAM está enfocada en la previsión para la operación y cumplimiento de los requisitos previstos en cada Fase. Para ello, cada EAM establecerá las estrategias, metodología, medios, herramientas e instrumentos que sustenten la operación de un sistema de gestión de la calidad, que atienda los requisitos de las Fases del MUEC.

- **Evaluación Continua.** Es aquella que permite evaluar todo el proceso de difusión, capacitación, e implementación del MUEC, a partir de monitorear las actividades para asegurarse que se llevan a cabo de acuerdo con lo planificado y corregir cualquier desviación significativa.

1.6 Mejora Continua del MUEC

Con el propósito de generar ciclos de mejora continua, la CCEAM aprobó en su segunda sesión, celebrada el 11 de abril de 2024, la conformación del Grupo Técnico para la Mejora Continua del MUEC responsable de revisar y proponer los ajustes y modificaciones al modelo, así como a los criterios, instrumentos y mecanismos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan los servicios de atención médica, a partir de las lecciones aprendidas durante la instrumentación de cada ejercicio.

El resultado de la revisión y actualización del MUEC pretende apoyar a los EAM en la preparación, implementación y coordinación de esfuerzos destinados a mejorar progresivamente la calidad, la seguridad, la eficacia y la efectividad de la atención a los pacientes.

El proceso de mejora continua del MUEC se orienta a configurar una experiencia de acompañamiento que fortalezca los esfuerzos realizados tanto por el EAM como por la entidad evaluadora en la promoción y consolidación de la cultura de la calidad en el Sistema Nacional de Salud.

La mejora continua del MUEC se centra en:

- Determinar el alcance y los mecanismos de colaboración de las instituciones que integran la CCEAM para que el proceso de evaluación de los EAM esté alineado con los esfuerzos dirigidos al otorgamiento de calidad y seguridad del paciente tanto a nivel institucional como en los propios EAM.

- Especificar los requisitos de aprobación en cada fase y etapa del proceso de evaluación, permitiendo a los EAM orientar y dirigir internamente la participación y el esfuerzo de las unidades gerenciales, administrativas y ejecutoras durante la selección e integración de la información y documentación que respalde el nivel de calidad, seguridad, eficacia y efectividad, en concordancia con el nivel de complejidad de los servicios que el EAM ofrece a la población.

- Mejorar las referencias y herramientas que permitan al EAM evaluar las condiciones en las que brinda servicios de atención médica a la población, proporcionando información objetiva y veraz que garantice un proceso de evaluación confiable y transparente para la entidad evaluadora.

La mejora continua del MUEC fomenta una experiencia de acompañamiento a los EAM durante el proceso de evaluación que permite identificar la capacidad resolutiva del establecimiento, a través del cumplimiento de criterios y la sistematización de la seguridad del paciente por medio del desarrollo progresivo de los estándares.

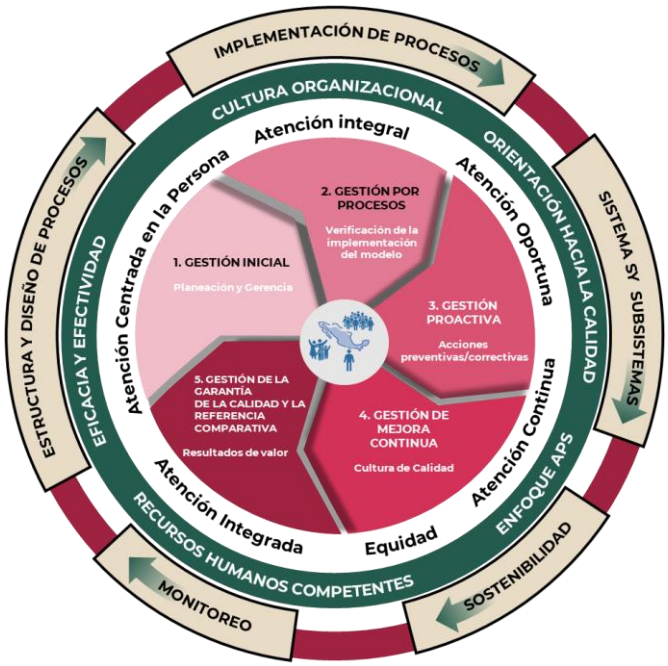
2. Marco Conceptual del MUEC

2.1 Estructura en Capas

El MUEC es un mecanismo cuyo eje central son las personas, la familia, la comunidad y la población y se estructura en cuatro capas.

- **Primera Capa** – Fases de Implementación del MUEC
- **Segunda Capa** - Proceso Integral de la Atención Médica
- **Tercera Capa** - Enfoques
- **Cuarta Capa** – Niveles de Madurez de los EAM

Modelo Único de Evaluación de la Calidad



FUENTE: CSG/DGCES, 2022

2.1.1 Primera Capa. Fases de Implementación

En esta capa se identifican cinco fases y una de preparación denominada Fase 0, que se da previa a la presentación de la solicitud: una de gestión inicial y cuatro interrelacionadas con los niveles de madurez específicos, que van desde lo básico a lo complejo, de manera progresiva, estableciendo el cumplimiento de diferentes criterios y estándares que validan la atención de calidad.

Fase 0. Ruta de la Calidad

El propósito de esta fase es reconocer los trabajos previos, realizados por el EAM, para implementar un Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente (SGCSP), lo cual es posible diferenciar del proceso específico para solicitar la certificación

En esta etapa cobran relevancia las herramientas de gestión que el EAM ha implementado para desarrollar una cultura de calidad y seguridad del paciente, y que ha incorporado a las actividades diarias de la operación con la finalidad de aportar valor al personal operativo y usuario de los servicios de atención a la salud.

Entre las herramientas que destacan por su disponibilidad y accesibilidad en fuentes de información accesible se pueden destacar el Modelo de Gestión de Calidad en Salud, el Análisis FODA, el diseño de Procesos, el Modelado (Configuración) y arquetipo (Diseño original/primario), Cuadro de Mando, la Reingeniería de Procesos, el Análisis 3F (Porter Modificado), entre otras.

Cabe señalar que, en el caso de las instituciones públicas o grupos corporativos, es en esta etapa en la que se puede reconocer la importancia del trabajo que realizan las Áreas Centrales de Calidad o áreas equivalentes, durante el proceso de implementación y posterior a la evaluación del MUEC, toda vez que participan directamente en el impulso a la gestión, el desarrollo de competencias en calidad, la mejora de procesos y en la medición de resultados en la institución, lo que les posibilita emitir validaciones y en su caso, diferenciar el potencial de los EAM para solicitar el registro en el MUEC.

La validación que las Áreas Centrales de Calidad puede considerar lo siguiente:

- Cumplimiento estricto de los requisitos de participación
- Cumplimiento de Autorizaciones Sanitarias.
- Llenado correcto de la Autoevaluación
- Definición de procesos conforme a las disposiciones en el CUNCEEC
- Infraestructura con apego a la Normatividad vigente.

Fase 1. Gestión inicial.

Planeación y Gerencia. Su propósito es obtener la evidencia necesaria de que el EAM cumple con los requisitos documentales para solicitar el registro de acuerdo al tipo de EAM y servicios que otorga.

Los requerimientos documentales a considerar en esta etapa son los que se describen en el apartado 3.2 del presente documento.

Fase 2. Gestión por procesos.

Verificación de la Implementación del modelo. Cuyo propósito es evaluar el cumplimiento de criterios y estándares a partir de la existencia de infraestructura e implementación de procesos sustantivos que permitan definir el nivel de madurez atribuible al EAM.

Durante esta fase, se comprueba la implementación, entre otros aspectos de las Acciones Esenciales para Seguridad del Paciente.

Fase 3. Gestión proactiva.

Acciones preventivas/correctivas. Cuyo propósito es evaluar la operación continua, que se realice por medio de sistemas a partir del análisis y detección de desviaciones en los procesos que se implementan, para generar acciones preventivas y correctivas (enfoque proactivo – reactivo de la calidad) elevando el nivel de madurez, gestión de calidad y seguridad en la atención. Asimismo, la definición de procesos sustantivos que son considerados de mediana complejidad.

Fase 4. Gestión de mejora continua.

Cultura de calidad y seguridad. Cuyo propósito es evaluar de manera presencial las mejoras en la interrelación entre los sistemas. Los resultados son analizados con base en la eficiencia y eficacia, manteniendo y elevando el nivel de madurez del EAM para el logro de una cultura de calidad y seguridad. Asimismo, en esta Fase se realiza la definición de procesos sustantivos de alta complejidad.

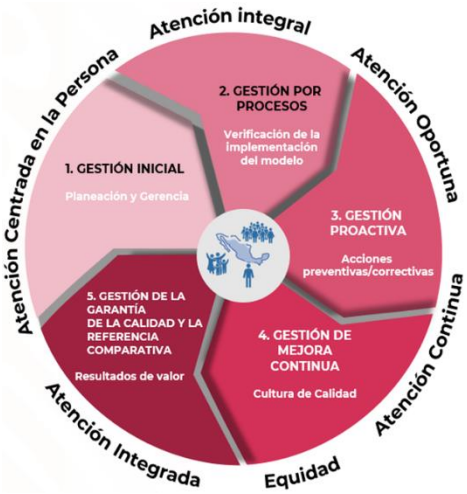
Fase 5. Gestión de garantía de la calidad y la referencia comparativa.

Resultados de Valor. Cuyo propósito es evaluar de manera presencial la cultura para el sostenimiento de la calidad en el EAM, mediante la verificación del avance en la identificación y registro de las mejoras alcanzadas, de manera comparativa en un antes y un después, sobre los resultados para las personas, los prestadores del servicio, la organización, la sociedad, la salud de la población, los estados financieros y el entorno.

2.1.2 Segunda Capa. Proceso Integral de la Atención Médica

En esta capa se incluyen seis atributos de la atención médica:

Atención centrada en la persona, atención integral, atención oportuna, atención continua, atención integrada y equidad.



Atención Centrada en la Persona.

Es la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. (OMS, 2016).

Atención Integral.

Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada (OPS, 2008).

Atención Oportuna.

Consiste en reducir el tiempo de espera y las demoras, a veces perjudiciales, tanto para los que reciben como para los que prestan la asistencia (OPS/OMS, 2022).

Atención Continua.

Involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención dentro del sistema de salud. Está orientado a un problema. Mediante la continuidad de la atención se ofrece un seguimiento de un problema de salud del individuo. (OMS, 2008).

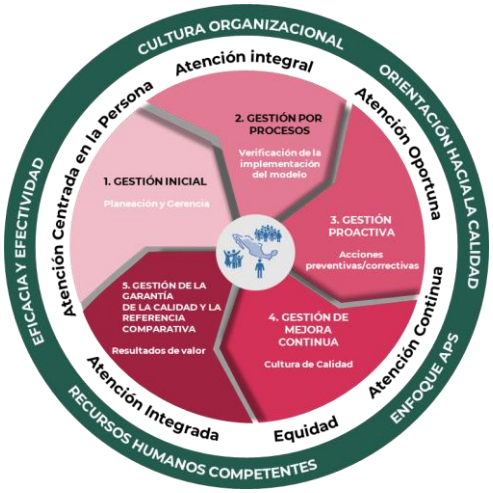
Atención Integrada.

Se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesionales de salud (“seguimiento clínico”) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud (“seguimiento de los registros”)(OMS,2008).

Equidad.

Supone la imparcialidad. La equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar. (OMS, 1998).

2.1.3 Tercera Capa. Enfoques



Representa cuatro enfoques:

1. Atención primaria a la salud
2. Calidad de la atención
3. Cultura Organizacional hacia la Calidad
4. Recursos Humanos Competentes

Atención primaria a la salud.

Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa, mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible, a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

Calidad de la atención.

Es el grado en que los servicios de salud, para las personas y los grupos de población, incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios que son los pacientes, las familias y las comunidades (OMS, Servicios Sanitarios de Calidad, agosto 2020).

Cultura Organizacional hacia la Calidad.

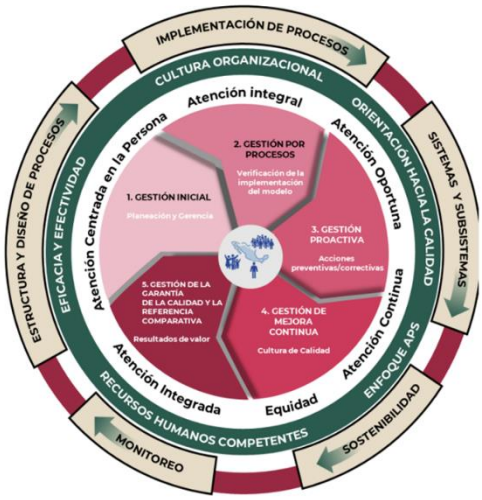
Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la calidad en la organización. Es un patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.[6]

Recursos Humanos Competentes.

Incluyen a los proveedores de los servicios de salud, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo de manera suficiente. Deben poseer los conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. (OMS, 2007).

2.1.4 Cuarta Capa. Niveles de madurez

Esta última capa representa la evaluación continua del progreso de los niveles de madurez de los EAM, incluyendo lo siguiente:



- **Estructura y diseño de procesos**. Corresponde al primer momento en que el establecimiento identifica su capacidad instalada, procesos sustantivos, sus riesgos, sus capacidades clave y sus competencias para enfrentar las necesidades para la operación del EAM.

- **Implementación de procesos**. En la Implementación de procesos es en donde se verifica y ejecuta la operación de los procesos definidos enfrentando retos específicos.

[6] Parker DM and Hudson P. A Framework for understanding the development of organizational Safety Culture. Safety Science. 2006. 44(6): 551-62. Disponible en: https://www.academia.edu/19979449/A_framework_for_understanding_the_development_of_organisational_safety_culture

- **Sistemas y Subsistemas.** Muestra los procesos y actividades identificados en el mediano y largo plazo, así como las acciones correctivas/preventivas realizadas, que identifican un riesgo parcial o permanente, dando como resultado el avance en proyectos y ciclos de mejora.

- **Sostenibilidad**. Es la evidencia de cambio a partir de acciones de mejora y buenas prácticas, resultados de sus sistemas, procesos y actividades que reflejan proyectos y/o ciclos de mejora, identificando secuencia de acciones e interrelación, que le permiten compararse, posicionarse y demostrar liderazgo, aprendizaje, compartiendo experiencias exitosas de los resultados de valor creado.

- **Monitoreo**. Brinda información respecto de los logros, desviaciones y debilidades para la toma de decisiones basada en la mejor evidencia disponible, resultado del trabajo continuo y colaborativo de toda la organización, en beneficio de las personas, familia, población y comunidad, en el marco de valores, principios y derechos, para obtener el acceso a la salud, la satisfacción durante la utilización de los servicios en establecimientos confiables y seguros, a costos razonables, por medio del tiempo y de manera sostenida, representado un valor público para la población.

Las evidencias de implementación son equivalentes a la definición de sistemas en operación, cuyos responsables demuestren el grado de desempeño en cada uno de ellos, mediante la definición de indicadores, delimitación del inicio y ejecución del sistema, interrelación con otros sistemas, resultados, cambios y re-información del sistema.

Por lo anterior, la definición de los procesos en cada Fase, se determina por el nivel de desempeño, madurez y ruta de mejora de la calidad en la atención médica. De acuerdo con la literatura, las organizaciones pueden mejorar su desempeño global adoptando un enfoque de procesos, donde un modelo de madurez es una herramienta para evaluar y mejorar capacidades y competencias[7,8]

[7] Páez, Gabriel, Rohvein, Claudia, Paravie, Diana, & Jaureguiberry, Mario. (2018). Revisión de modelos de madurez en la gestión de los procesos de negocios. Ingeniare. Revista chilena de ingeniería, 26(4), 685-698. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-33052018000400685

[8] Calidad: Modelos de Madurez en la Gestión, un Enfoque hacia la Mejora. BCG Institute M. Moradi-Moghadam, H. Safari and M. Maleki. “A novel model for business process maturity assessment through combining maturity models with EFQM and ISO 9004:2009”. International Journal Business Process Integration and Management. Vol. 6 No 2, pp. 167-184. Enero 2013. ISSN online: 1741-8771. Disponible en: https://bsginstitute.com/bs-campus/blog/Calidad-Modelos-de-Madurez-en-la-Gestion-122

Los niveles de madurez para el MUEC se definen como el cumplimiento, adopción y desarrollo de mejoras dentro del EAM, y se establecen cuatro niveles de madurez, es decir, de cumplimiento de las actividades de mejora definidas por el propio EAM[9], siendo las siguientes:

Nivel inicial de madurez de procesos.

Los procesos son ad hoc y requieren, para su definición, de la competencia y disposición del personal del EAM y no del uso de procesos probados. La calidad de la atención se centra en la verificación, requerimiento y necesidades para la aceptación del proceso definido.

Nivel gestionado de madurez de proceso.

El EAM planifica los procesos y los ejecutan de acuerdo con formas específicamente definidas para ellos; para los proyectos emplean personal con competencias adecuadas, dispone de recursos necesarios para producir resultados controlados; involucran a los interesados relevantes; se monitorean, controlan y revisan; y se evalúan en cuanto a la adherencia a sus descripciones de proceso.

Nivel institucionalizado de madurez de gestión de proceso.

Los procesos son bien caracterizados y comprendidos, y se describen en políticas, estándares, procedimientos, herramientas y métodos. El conjunto de procesos estándar del EAM son comunicados y utilizados de acuerdo con las adaptaciones necesarias para cada proyecto. Se establece y mejora a lo largo del tiempo. La calidad del servicio cumple los requerimientos establecidos y se avanza en la mejora continua.

Nivel optimizado de madurez de gestión de proceso:

Mejora Continua. Mejora continua del rendimiento de procesos mediante mejoras incrementales e innovadoras de proceso y tecnologías. El EAM establece objetivos cualitativos y cuantitativos en cuanto al rendimiento para calidad y procesos, y los utilizan como criterios en la gestión. Los objetivos cuantitativos se basan en las necesidades del cliente, usuarios finales, EAM e

[9] Adaptado del Modelo de Calidad de Software (MCS) Nivel de Madurez. Página Web. Disponible en: https://calidad-software.agesic.gub.uy/MCS-core/customcategories/mcs_home_6CE90E4B.html Adaptado de "Quality Management Maturity Grid" de P. Crosby, 1979, "Quality is Free, The Art of Making Quality Certain", (28-40).

implementadores del proceso. El rendimiento de calidad y del proceso se comprende en términos estadísticos y se gestiona durante la vida de los procesos. Los objetivos cualitativos y cuantitativos del EAM se establecen y revisan continuamente para reflejar el cambio a los objetivos institucionales, y se utilizan como criterios para gestionar la mejora de procesos.

2.2 Componentes del MUEC

2.2.1 Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.[10]

Uno de los principios rectores de las ocho acciones esenciales de seguridad del paciente es el involucramiento y la corresponsabilidad de los pacientes y su familia nuclear como parte del equipo para el cuidado y la promoción de una atención y cuidado a la salud con seguridad.

La seguridad del paciente es un marco de actividades organizadas que crea cultura, procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos sanitarios que disminuyen los riesgos de forma sistemática y sostenible sobre daños evitables, reduce la probabilidad de que se produzcan errores clínicos durante la atención de la salud y se encarga de reducir el impacto de los daños al paciente, cuando éstos llegan a producirse.

Cada año, un gran número de pacientes sufren daños o mueren debido a una atención sanitaria insegura, lo que supone una elevada carga de muerte y discapacidad en todo el mundo, especialmente de ingresos bajos y medios. Por término medio, se calcula que uno de cada 10 pacientes sufre un acontecimiento adverso mientras recibe atención hospitalaria en los países de ingresos altos.

Los datos disponibles indican que en los hospitales de acontecimientos adversos debidos a una asistencia insegura países de ingresos bajos y medios, lo que contribuye a unos 2,6 millones de muertes al año. Según estimaciones recientes el coste social de los daños a los pacientes puede valorarse entre 1 y 2 billones de dólares al año.

[10] DOF: 16/06/2023 ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes Del Sistema Nacional de Salud, Del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5692439&fecha=16/06/2023#gsc.tab=0

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030[11] "Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención sanitaria" es una herramienta invaluable como base de la mejora continua para todo establecimiento que desee participar en la implementación del MUEC, así como el documento eje publicado en el DOF el 16/06/2023 Acuerdo que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017; cada EAM tiene que incorporar en sus reglamentos internos todo lo referente a las AESP, para que de acuerdo con su contexto y características que apliquen, todo el personal lleve a cabo lo que le corresponda acorde a su función y área de adscripción con respecto a las AESP. Por otra parte, es indispensable llevar a cabo y mantener estrategias de difusión, capacitación y seguimiento continuo sobre dichos reglamentos.

2.2.2 Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares

El Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC) es el resultado de la integración de los criterios de evaluación para la acreditación y de los estándares del Modelo de Seguridad del Paciente; lo elabora y expide la CCEAM y se difunde en el portal del CSG como uno de los elementos a considerar para la implementación y monitoreo del MUEC en un EAM.

El CUNCEEC concentra el listado de los Elementos Medibles establecidos para los Criterios y los Estándares; y, se complementa con los Anexos A y B para los segmentos de Servicios de Atención Ambulatoria y Hospitales, respectivamente, los cuales describen el propósito aplicable para la implementación y la autoevaluación y evaluación externa de la Calidad en la atención a la salud de un EAM a través del MUEC.

El CUNCEEC lo elabora y expide la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Medica y se difunde en el portal.

Criterios

Constituyen una descripción precisa de las características o parámetros de infraestructura que deben cumplir los establecimientos u organizaciones para ser valorados en la evaluación de la calidad de la atención médica cuya ponderación determinará el resultado sujeto a dictamen.

[11] Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Documento en internet 116 pp. Disponible en: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705

La infraestructura es entendida como el conjunto de instalaciones, servicios, muebles e inmuebles o cualquier otro activo que esté considerado como necesario o imprescindible para que una organización pueda desarrollar sus actividades básicas o fundamentales y estas se mantengan en funcionamiento. Su diseño y construcción parte de la intersección de muchas disciplinas profesionales.

Según sus características puede ser:

- **Dura**: Determinada como aspectos materiales o físicos de la infraestructura, tales como el inmueble correspondiente al EAM.

- **Blanda**: Es el capital humano que le dan valor agregado a los aspectos físicos de la infraestructura. Ese valor agregado es el conjunto de conocimientos, experiencia, métodos y normativa que optimiza el funcionamiento de la infraestructura dura.

- **Crítica**: Son elementos indispensables para el funcionamiento del EAM. Se trata de sistemas o redes de tanta importancia que su debilitamiento, sabotaje o destrucción amenazan la seguridad del paciente, los cuidadores, los profesionales de la salud y la comunidad. Por ejemplo: los suministros de energía eléctrica.

Los criterios se evalúan de acuerdo a la importancia que tienen para el proceso de atención:

- **Criterios mayores.** Elementos medibles de cumplimiento obligatorio por los EAM. Mismos que se detallan en la sección de infraestructura crítica. Identificados con el símbolo ➲ en el documento.

- **Criterios menores:** Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

Procesos ligados a Infraestructura:

Se componen de elementos contenidos en la infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda y están relacionados con la Red de frío e inmunización, Programas de prevención y detección y Servicios Subrogados.

Estándar

Es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia y se refiere al documento técnico que prevé un uso común y repetido de reglas, especificaciones, atributos o métodos de prueba aplicables a un bien, producto, proceso o servicio.

Los estándares se basan en el diseño y la implementación de procesos seguros, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela, para lo cual es necesario definir parámetros que sirvan como barreras de seguridad; tomado el principio: "la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias".[12]
En el CUNCEEC, los Estándares y los Elementos Medibles, se encuentran correlacionados con las Etapas definidas en el MUEC, que corresponden al nivel de madurez del sistema de gestión de calidad.

En lo que respecta a los elementos medibles de un estándar, son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación.

Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta.

[12] DOF: 01/07/2020. DECRETO por el que se expide la Ley de Infraestructura de la Calidad y se abroga la Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Disponible en:https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596009&fecha=01/07/2020#gsc.tab=0

3. Proceso para el Registro en el MUEC

3.1 Generalidades del Proceso

3.1.1 Principios del Proceso

Los principios rectores de proceso para el registro son:

Legalidad. Se refiere al reconocimiento de la legalidad como un principio obligatorio, lo que implica que la conducción del proceso se realizará en el marco de la ley, a la vez que promoverá el conocimiento de quienes al interior del establecimiento observan e implementan las medidas que dan cumplimiento a las leyes y regulaciones aplicables, particularmente aquellas que reconocen a los usuarios, como un sujeto de derecho.

Corresponsabilidad. Considera el ejercicio autogestivo que involucra a todo el personal de un EAM para mejorar continuamente su Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente y en ese sentido, coloca al proceso de registro en el MUEC como una herramienta adicional que permite alinear los trabajos ya existentes con referentes validados y reconocidos por la autoridad.

Eficiencia. El proceso para el registro tendrá una orientación clara, ágil y accesible que promueva esquemas para la utilización responsable de recursos que, eviten la burocracia administrativa y favorezca la capacidad operativa.

Mejora Continua. El proceso para el registro deberá orientar a los EAM, a través de esquemas efectivos de retroalimentación hacia una mejora continua de sus Sistemas de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente, además de incorporar lecciones aprendidas para la evaluación de la calidad con base en instrumentos válidos y confiables.

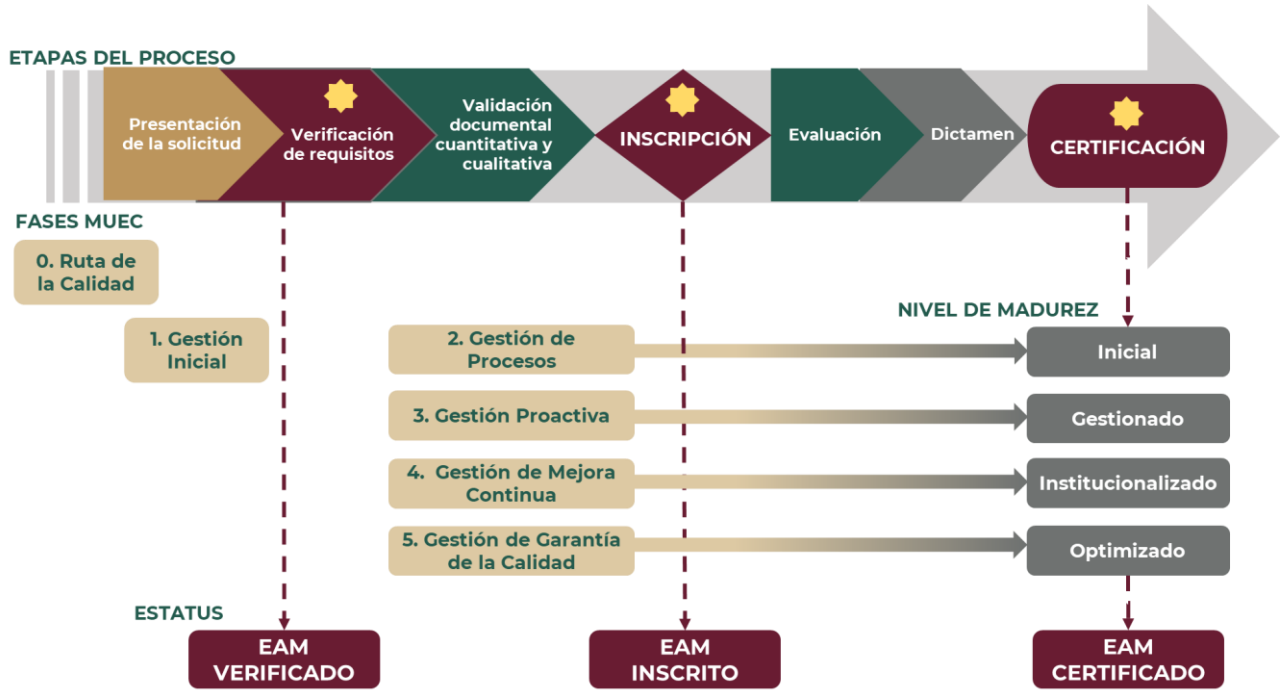
Transparencia. Se refiere a que los criterios y referentes relacionados con las decisiones sobre la procedencia de las solicitudes presentadas por los EAM para el proceso de registro en el MUEC, deberán ser claros y con carácter público, además de informarse a los EAM, evitando actos de discrecionalidad.

3.1.2 Descripción del Proceso

El proceso para el registro en el MUEC tiene por objeto comprobar que los establecimientos de atención médica cumplen con los requisitos, criterios y estándares definidos en el MUEC, conforme a la normativa aplicable, por lo que se realiza a través de verificaciones y evaluaciones progresivas y secuenciadas que permiten a la CCEAM determinar la procedencia que corresponde a las solicitudes presentadas por los EAM.

Este proceso se conforma de siete etapas que se articulan con las cinco fases de implementación del MUEC y con ello con los niveles de madurez asociados a cada fase. La articulación entre etapas del proceso y fases de implementación deriva en la designación de estatus diferentes que permiten diferenciar el grado de avance en el proceso, de acuerdo a la siguiente figura.

Proceso General para el Registro en el MUEC



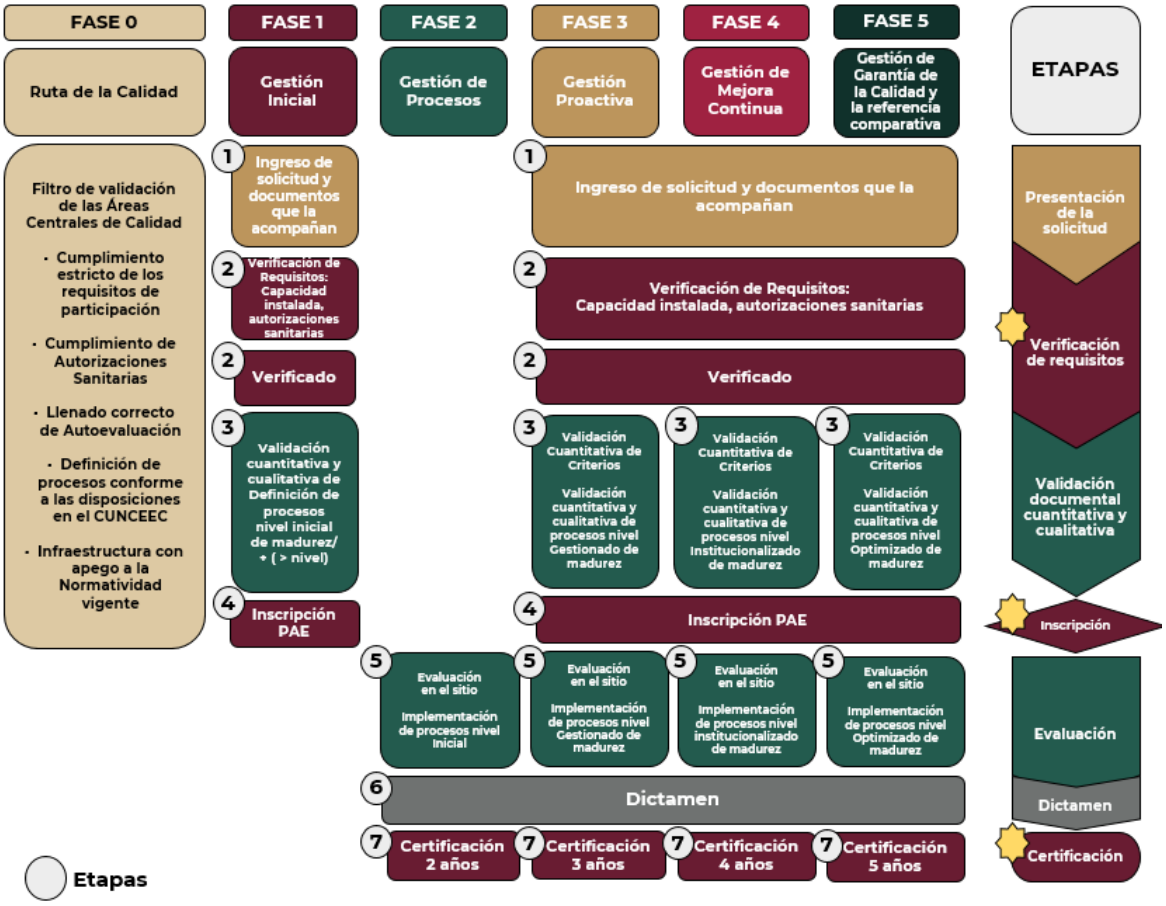
Fuente: Diseño propio: CSG, 2024

Las etapas del proceso inician con la presentación de la solicitud para el registro lo cual, da paso a los procedimientos de verificación de requisitos y validación documental cuantitativa y cualitativa, mismos que condicionan la inscripción del EAM. En caso de

que se determine la inscripción del EAM se procede a la evaluación y dictamen que, en caso de ser favorable, concluye con la certificación.

Las etapas conforman la ruta operativa que el EAM transitará desde la presentación de solicitud de inscripción hasta la obtención de la Certificación de la Fase correspondiente de acuerdo al nivel de madurez que haya demostrado. Representado en la siguiente figura.

Fases y Etapas del MUEC



Fuente: Diseño propio: DGCES, 2024

Las dos primeras etapas del proceso de registro se corresponden con la Fase 1 del modelo, en lo que respecta a la fase con la que aplica el EAM, desde el momento que presenta su solicitud, ésta será un regulador del proceso a partir de la etapa de validación documental cuantitativa y cualitativa ya que, el modelo pretende que dicha validación y en su caso, evaluación (etapa 5) establezcan el cumplimiento diferenciado de criterios y

estándares que validan la atención de calidad en los EAM estableciendo el cumplimiento diferenciado de criterios y estándares que validan la atención de calidad en los EAM.

En caso de que los resultados de la evaluación conduzcan a un dictamen favorable y con ello a la emisión de un certificado, éste deberá señalar la fase específica en la que se certifica al EAM y con ello, el nivel de madurez asociado a dicha fase.

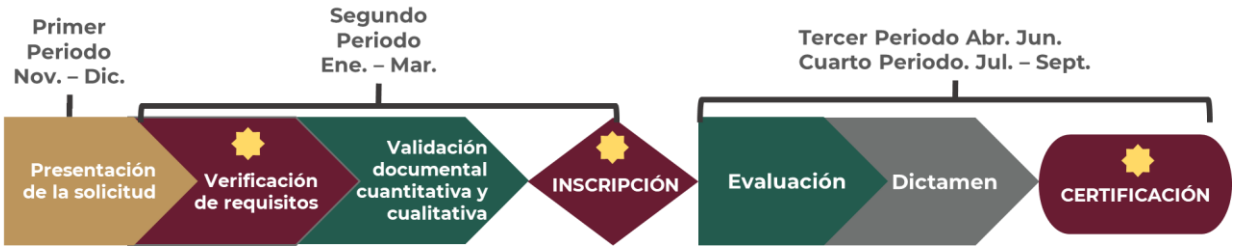
3.1.3 Periodos del proceso

En lo que respecta a la periodicidad contemplada para el proceso y, con el propósito de facilitar una atención oportuna, el calendario operativo correspondiente para el registro, se organiza en periodos, iniciando en el mes de noviembre de cada año para finalizar en el mes de septiembre del siguiente año.

Periodo	Etapa
Primer Periodo noviembre – diciembre	• Presentación de Solicitudes
Segundo Periodo enero - marzo	• Verificación de requisitos* • Validación documental cuantitativa y cualitativa • Inscripción del EAM*
Tercer Periodo abril - junio **Cuarto Periodo** julio – septiembre	• Evaluación • Dictaminación* • Certificación

*Etapas sujetos a la aprobación de la CCEAM cuyas sesiones se realizan conforme a las Normas de Organización y Funcionamiento publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 9 de abril de 2024.

Proceso General para el Registro en el MUEC y los periodos establecidos para su realización



3.2 Requisitos documentales para Solicitar el Registro

Con el propósito de dar inicio al proceso de registro en el MUEC, todo aquel establecimiento cualquiera que sea su denominación fijo o móvil, público, privado o social del SNS que preste servicios de atención a la salud, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes, podrá presentar su solicitud para el registro durante el periodo noviembre– diciembre de cada año.

El EAM debe presentar, durante el periodo noviembre - diciembre del ejercicio que corresponda, la solicitud para el registro y los documentos que la acompañen, en la oficialía de partes del CSG, en días y horas hábiles, además de registrar la información ~~a~~ en los medios o herramientas, establecidas por el CSG

Las **instituciones públicas** deben presentar la siguiente documentación:

1. **Oficio** firmado por el representante legal o director del EAM, dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual se indique la razón social, el nombre comercial, ubicación del establecimiento, las razones que motivan la solicitud y listado de la documentación que se entrega, así como los datos y correo electrónico de la persona autorizada para recibir notificaciones, documentos y resoluciones administrativas en medios físicos o electrónicos.

2. **Oficio** firmado por el representante legal o director del EAM, dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual manifieste que el EAM no cuenta con sanciones administrativas o procedimientos abiertos ante la COFEPRIS.

3. **Documento con el que el solicitante acredita la representación legal o su designación como Director del EAM**, copia legible del nombramiento como servidor público señalando las disposiciones jurídicas que lo facultan para tal efecto.

4. **Copia legible de identificación oficial vigente del representante legal o del Director del EAM.** Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte.

5. **Original del formato de carta compromiso** que se difunda en la página de internet del Consejo firmado por el servidor público facultado para cubrir los gastos de concepto de visita de evaluación en sitio.

Las **instituciones privadas** deben presentar la siguiente documentación:

1. **Escrito libre,** preferentemente en hoja membretada firmado por el representante o apoderado legal y dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual se indique la razón social, el nombre comercial, ubicación del establecimiento, las razones que motivan la solicitud y listado de la documentación que se entrega, , así como los datos y correo electrónico de la persona autorizada para recibir notificaciones, documentos y resoluciones administrativas en medios físicos o electrónicos.

2. **Escrito libre,** preferentemente en hoja membretada firmado por el representante legal, dirigido a la persona titular de la Secretaría del CSG en el cual manifieste que el EAM no cuenta con sanciones administrativas o procedimientos abiertos ante la COFEPRIS.

3. **Original o copia certificada del documento con el que el solicitante acredite la representación legal.**

4. **Copia de identificación oficial vigente del representante legal** (Credencial del Instituto Nacional Electoral (INE) o pasaporte.

5. **Original del formato de carta compromiso** que se difunda en la página de internet del Consejo firmado por el representante o apoderado legal.

Las **instituciones públicas y privadas** deben presentar la siguiente documentación:

6. **Acuse impreso del registro de la solicitud**, realizado en medio digital autorizado por el CSG.

7. Cédula de la Clave Única de Establecimientos de Salud **(CLUES)** con estatus de operación del EAM.

8. **Copia legible de las Licencias Sanitarias, Avisos de Funcionamiento y Responsable Sanitario,** vigentes, según corresponda a la normatividad, de los servicios propios y subrogados que otorga el establecimiento de atención médica.

9. **Declaración de Infraestructura Dura y Blanda en el formato de autoevaluación. autorizado por el CSG,** el cual deberá presentarse en medio digital en versión editable**,** respetando el formato original y registrando la totalidad de las respuestas en los apartados correspondientes a infraestructura dura y blanda.

3.3 Procedencia de la Solicitud

El proceso para el registro contempla tres etapas a partir de las cuales se comprueba de manera gradual y progresiva que los EAM cumplen con los requisitos, criterios y estándares definidos en el MUEC, su relevancia radica en que, preceden a la aprobación de la CCEAM para determinar la continuidad o baja de la solicitud en el proceso y determinan la designación de un estatus para diferenciar el avance de la solicitud.

Proceso General para el Registro y los estatus de procedencia a lo largo del proceso

Los estatus de aprobación correspondientes a cada etapa, en caso de determinarse la continuidad de la solicitud en el proceso de registro son: Verificado, Inscrito y Certificado.

Etapas y estatus de aprobación para la continuidad del EAM en el proceso de registro

Etapa	Alcance	Estatus EAM
2.- Verificación de requisitos	El EAM opera conforme al marco legal aplicable.	**Verificado**
3.- Validación documental cuantitativa y cualitativa	El EAM cuenta con una definición de procesos acorde con un nivel de madurez verificable.	**Inscrito**
5.- Evaluación	El EAM comprueba el cumplimiento de criterios y estándares acordes a un nivel de madurez.	**Certificado**

3.3.1 Verificación de requisitos

Consiste en la verificación de los requisitos documentales descritos en el apartado 3.2 y tienen como propósito comprobar que el EAM opera conforme al marco de legalidad que le aplica. En caso de cumplimiento, se designará el estatus de Verificado.

Durante esta etapa, la entidad evaluadora solicita a la COFEPRIS, verificar el estatus del EAM en lo que refiere a las autorizaciones sanitarias y procedimientos abiertos.

Los requisitos para su cumplimiento son:

- El EAM presenta toda la documentación requerida en la solicitud para el registro, en términos de lo establecido en el MUEC y demás disposiciones aplicables.
- La información declarada por el EAM en la solicitud de registro es consistente con la información contenida en los requerimientos documentales.
- El EAM cuenta con todas las autorizaciones sanitarias vigentes, que corresponden a los servicios propios y subrogados que otorga.
- El EAM no cuenta con procedimientos administrativos abiertos o sanciones de inhabilitación ante la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).
- El EAM declara por medio del formato de autoevaluación, autorizado por la entidad evaluadora, las condiciones de infraestructura.

En caso de omisión de alguno de los requisitos, la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión prevendrá al solicitante para que subsane las omisiones, dentro del término de quince días hábiles, contados a partir del día hábil siguiente de la fecha en que se le haya notificado la prevención en forma física o por medios electrónicos, apercibido de que, en caso de no dar cumplimiento, se tendrá por no presentada la solicitud.

Una vez desahogada la prevención, la persona titular del Secretariado Técnico de la Comisión dispondrá de hasta cinco días hábiles contados a partir del día hábil siguiente de su recepción, para efectuar la revisión y valoración de la documentación, a efecto de determinar si procede dar trámite a la misma.

3.3.2 Validación documental cualitativa y cuantitativa

Tiene como propósito definir el nivel de madurez que el EAM ha alcanzado en los procesos relacionados con la atención médica y seguridad del paciente; para su realización, el EAM con estatus de verificado, presenta la autoevaluación de estándares y todos los documentos comprobatorios que acrediten la existencia de procesos documentados para cada uno de los estándares que le apliquen, establecidos en el CUNCEEC.

En caso de cumplir con los requisitos se emite un oficio que ampara la Inscripción al MUEC y que da acceso a la etapa de evaluación, lo cual **no significa** que el establecimiento de atención médica ya se encuentre certificado.

Todos los EAM con estatus de inscrito serán parte del Programa Anual de Evaluación a cargo de la entidad evaluadora.

Los requisitos para cumplir la validación cualitativa y cuantitativa son:

Respecto al formato de Autoevaluación:

- Su formato es el oficial y vigente emitido por el CSG
- Su estructura está completa y no tiene modificaciones o alteraciones
- Corresponde al tipo de EAM (ambulatorio u hospital)
- Cumple con registro de calificaciones en la totalidad de los elementos medibles, al menos, hasta la etapa 2 del MUEC, conforme a la escala establecida por la entidad evaluadora
- Cumple con la declaratoria completa de capacidad instalada del EAM de acuerdo con el CUNCEEC, solicitud para el registro y apartados aplicables de la autoevaluación: 1. Infraestructura con la que cuenta, 2. Mobiliario, 3. Equipamiento, 4. Tipo de Recurso Humano con el que cuenta, 5. Abasto de medicamentos e insumos
- Cumple con una calificación mínima de 80

Respecto a la Definición de Procesos ligados a estándares (documentación comprobatoria):

- La documentación está completa, de acuerdo a la etapa y nivel de madurez en que participa, iniciando al menos en fase 2.
- Los documentos contienen:
  - Título del proceso
  - Fecha de emisión
  - Fecha de edición y/o revisión actual
  - No. De páginas
  - Persona que autorizo
  - Identificación del establecimiento
- Los procesos son acordes a los propósitos de todos los estándares de acuerdo a la etapa declarada en la autoevaluación.
- Los procesos cumplen con su contexto, condiciones del EAM y tipo de pacientes que atiende, sin que sean procesos genéricos o idénticos a los presentados por otros EAM, corporativos o grupos de atención a la salud.
- Se verificará que, a la fecha de elaboración del documento, tenga un mínimo de 4 meses implementado a la fecha de realizar el registro. Se calificará como “No Aplica” (NA) sólo cuando el proceso no sea aplicable a el EAM por el tipo de servicios que presta.
- En el caso de la Integración y Desarrollo de los Sistemas Críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente”, no se aceptará la calificación: “No Aplica” (NA).

3.3.3 Evaluación

La entidad evaluadora integrara el Programa Anual de Evaluación (PAE) a partir de la lista de EAM inscritos con la finalidad de programar la evaluación por medio de visitas presenciales o en la modalidad que corresponda, de acuerdo con la metodología aprobada, pudiendo hacer uso de las tecnologías de información y comunicación.

La evaluación tiene como propósito verificar de manera cualitativa el cumplimiento e implementación de los procesos documentados, mismos que fueron revisados

durante la etapa de validación cuantitativa y cualitativa y que atiende a una fase y nivel de madurez específico en la implementación de un sistema de gestión de la calidad.
La selección, capacitación y evaluación del desempeño de las personas evaluadoras de la calidad en los establecimientos de atención médica se realiza con apego a los Lineamientos aprobados por la CCEAM para esos efectos.

Para realizar la evaluación, la Entidad Evaluadora establece contacto con los EAM, con el propósito de acordar la logística, y comunica por escrito, la designación del grupo evaluador, las fechas y la agenda de la visita.

El grupo evaluador valida la veracidad de la información presentada por los EAM, así como la demás de que señala en esta Etapa; verifica el funcionamiento de la capacidad instalada declarada previamente y que los procesos definidos estén implementados con base en los criterios y estándares.

El grupo evaluador identifica los hallazgos, resultados y observaciones resultantes del proceso de evaluación y suscriben en tres tantos el Informe de Evaluación, junto con el director o representante legal del EAM.

En esta misma Etapa, de acuerdo con las evidencias, el grupo evaluador podrá determinar el grado de avance en la implementación de procesos y sistemas, definiendo si corresponde al nivel de madurez en que es evaluado el EAM o si el tipo de evidencias lo ubican en un nivel de avance de mayor complejidad.

Es importante señalar que, la persona titular de la Presidencia de la Comisión, podrá autorizar y designar a personas, de entre su personal adscrito, para llevar a cabo visitas de supervisión aleatorias, las cuales podrán realizarse durante los procesos de evaluación.

Los resultados obtenidos se registrarán en el Informe de Evaluación el cual deberá obrar en los archivos del EAM, la Entidad Evaluadora y la Secretaría del Consejo de Salubridad General.

3.4 Dictamen

Los EAM evaluados de acuerdo con el Programa Anual de Evaluación, son sujetos de dictamen.

Para dictaminar una solicitud y, en su caso, emitir el certificado correspondiente, la CCEAM debe contar con el informe de evaluación del EAM, conforme a lo establecido en el MUEC y, en su caso, la información adicional que requiera y que podrá solicitar en términos de las Normas de Organización y Funcionamiento.

Los requisitos para un dictamen favorable son:

- Disponer del informe de evaluación, documentos e instrumentos que documenten los resultados de la evaluación, los responsables de su realización y las condiciones en las que se realizó la evaluación.
- Un resultado con calificación mínima de 80.
- El cumplimiento de criterios mayores y estándares indispensables.

En los casos en que la CCEAM emita un dictamen de no procedencia de una solicitud, se informa al solicitante, por medios escritos o electrónicos, señalando y fundando las razones del mismo.

La CCEAM dictamina las solicitudes, preferentemente, en los meses de julio y octubre de cada ejercicio o conforme a lo dispuesto en sus Normas de Organización y Funcionamiento.

3.5 Certificación

El certificado de calidad se obtiene cuando los resultados de la evaluación comprueban que el sistema de gestión de la calidad y seguridad del paciente cumple con los criterios y estándares asociados a una fase y nivel de madurez.

Una de las características más destacadas del certificado es su perspectiva basada en procesos y la eficiencia en la gestión de aspectos de riesgo que repercuten en la seguridad del paciente.

El reconocimiento otorgado por el CSG, es un logro significativo para cualquier EAM, y su vigencia es específica, de acuerdo a la fase y nivel de madurez comprobado a través de los procesos de evaluación.

Vigencia del Certificado de acuerdo con la Fase de Implementación y el Nivel de Madurez comprobado durante la evaluación al EAM

Fase de Implementación	Tipo de Gestión	Nivel de Madurez de Procesos	Vigencia en años del Certificado
2. Por procesos	Verificación de la Implementación	Inicial	**2**
3. Proactiva	Acciones preventivas y correctivas	Gestionado	**3**
4. Mejora Continua	Cultura de Calidad	Institucionalizado	**4**
5. Garantía de la Calidad y Referencia Comparativa	Resultados de valor	Optimizado	**5**

La vigencia determinada de acuerdo a cada fase y nivel de madurez, pretende que, durante este tiempo, el EAM realice un seguimiento periódico y autogestivo para mantener y mejorar el cumplimiento de criterios y estándares que lo promueva a un nivel de madurez subsecuente.

3.5.1 Renovación del Certificado

La renovación del certificado es un proceso que implica una evaluación para comprobar que el EAM ha mantenido o mejorado el nivel de cumplimiento de los criterios y estándares de acuerdo a su fase y nivel madurez.

Con el propósito de impulsar que el Sistema de Gestión de la Calidad y Seguridad del Paciente del EAM se desarrolle hacia fases subsecuentes, la renovación de certificados de fases 2, 3 y 4 podrá realizarse por una ocasión, mientras que no habrá límite de renovaciones para los certificados de fase 5.

Fase de Implementación	Nivel de Madurez de Procesos	Vigencia en años del Certificado	Número de renovaciones posibles
2. Por procesos	Inicial	**2**	**Máximo 1**
3. Proactiva	Gestionado	**3**	**Máximo 1**
4. Mejora Continua	Institucionalizado	**4**	**Máximo 1**
5. Garantía de la Calidad y Referencia Comparativa	Optimizado	**5**	**Sin límite**

3.5.2 Revocación del Certificado

La CCEAM podrá revocar una Certificación, en los siguientes casos:

- Cuando las autorizaciones sanitarias otorgadas al establecimiento de atención médica no se encuentren vigentes;
- Por incumplimiento grave a las disposiciones de la Ley General de Salud, sus reglamentos y demás disposiciones generales aplicables;
- Cuando le sean impuestas sanciones administrativas, medidas de seguridad preventivas, cautelares o correctivas impuestas por autoridades sanitarias;

- Cuando resulten falsos los datos o documentos proporcionados, que hubieren servido de base a la autoridad sanitaria, para otorgar la certificación;

- Cuando los establecimientos de atención médica dejen de reunir las condiciones o requisitos bajo los cuales se hayan otorgado la certificación, y

- Las demás que, por su gravedad, pongan en riesgo la calidad en la atención médica y la seguridad del paciente.

La resolución correspondiente se da a conocer al establecimiento de atención médica, en forma física o por medios electrónicos.

BIBLIOGRAFÍA

Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079

Calidad de la atención: un proceso para tomar decisiones estratégicas en los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud. (2006). Documento en internet 38 pp. Disponible en : https://apps.who.int/iris/handle/10665/43470

57° CONSEJO DIRECTIVO. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. "Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la calidad de los servicios de salud 2020- 2025". Documento en Internet 34 pp. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/joomlatools-files/docman-files/cd57-es/CD57-10-s-promocion-salud.pdf

Estándares para implementar el Modelo de Seguridad del Paciente del SiNaCEAM, Edición 2018. Documento en Internet 318 pp. Disponible en: https://www.pediatria.gob.mx/archivos/burbuja/14.2_Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf

Fernández Cantón S.B. Una aproximación a la seguridad del paciente en el primer nivel de atención. Reflexiones de Salud. Boletín CONAMED No. 23, marzo-abril 2019.

Guía de Recomendaciones para ofrecer una adecuada respuesta al paciente tras la ocurrencia de un evento adverso y atender a las segundas y terceras víctimas. Grupo de investigación en Segundas y Terceras Víctimas (2015). Documento en Internet 55 pp. Disponible en https://seguridaddelpaciente.sanidad.gob.es/informacion/publicaciones/2015/docs/Guia-de-recomendaciones_sv-pdf.pdf

Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente. DGCES. Documento en internet 14pp. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29530/seguridadPaciente_05.pdf

Manual para la elaboración de políticas y estrategias nacionales de calidad. WHO. 2018. Documento en internet 88 pág. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49549/9789241565561_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo, enero de 2009. World Health Organization. Patient Safety. Documento en Internet 160 pp. Disponible en: Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf

Miranda-Pérez Y. Actores sociales, su papel en el campo de la salud. MediSur, vol. 6, núm. 1, 2008, pp. 63-70 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298010

OPS/OMS. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas. Documento en

Internet 48 pp. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americ as-OPS.pdf

OMS. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Documento en Internet 154 pp. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&i sAllowed=y

OMS. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Informe de la secretaría. Documento en Internet 14 pp. Disponible en:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39- sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Servicios de Salud de Calidad. Guía de Planificación. OMS 2020/OPS 2022. Documento en Internet. 71 páginas. Disponible en:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Terol, Hamby, Minue. Gestión de Enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. Medifam 2001; 11:47-54. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n2/articuloespecial.PDF

ANEXO 1. CONCEPTOS/DEFINICIONES

Acceso
Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita.[13]

Acceso efectivo
Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el goce de los servicios públicos de atención integral a la salud.[14]

Accesibilidad
El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio. [15]

Actores
En el caso específico del sector salud, la participación social, siguiendo el concepto de la OPS, se entiende como "la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas y necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud.[16]

Asistencia Sanitaria
Según la OMS la asistencia sanitaria engloba todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud de las personas, incluyendo intervenciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, tanto dirigidas individualmente a personas, como a conjuntos de personas e, incluso, a la generalidad de la población de un país.[17]

Atención centrada en las personas
De acuerdo a IOM/NAM, 2015, es el cuidado diseñado con la participación del paciente para garantizar que sus necesidades, preferencias y valores sean satisfechos de manera oportuna, conveniente y coordinada; incluye establecer las metas y las opciones de cuidado del paciente de manera explícita y en conjunto; se requiere una evaluación constante para asegurar que el plan de cuidado corresponda con las metas del paciente [18]

[13] DOF: 25/10/2023 ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Documento en Internet 120 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0
[14] IDEM Referencia 1 MAS-Bienestar
[15] Fajardo-Ortiz G. Diccionario terminológico de administración de la atención médica. México: Salvat; 1983.
[16] Miranda-Pérez Y. Actores sociales, su papel en el campo de la salud. MediSur, vol. 6, núm. 1, 2008, pp. 63-70 Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, Cuba. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298010
[17] Beltrán Aguirre J.L. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. Catedra de Derecho y Genoma Humano. Página Wb. Disponible en: https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/20
[18] Salazar H.A.M. Diagnóstico de los estándares de atención centrada en la persona de la organización planetree: en el servicio de ginecobstetricia del hospital general de Medellín, 2021. Documento en internet 57. Disponible en: https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/22404/2/SalazarAna_2021_AtencionCentradaPersona.pdf

Atención centrada en la persona

Es la forma de entender y practicar la sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales.[19]

Atención continua

Involucra la presencia de algunos mecanismos para asegurar la sucesión ininterrumpida de eventos de atención de salud dentro del sistema de salud. Está orientado a un problema. Mediante la continuidad de la atención se ofrece un seguimiento de un problema de salud del individuo. No requiere una relación estrecha médico-paciente. Su presencia en el tiempo se genera si existe un problema y esta puede ser de dos o más visitas (OMS, 2008).[20]

Atención integral

Supone la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada(OPS,2008).[21]

Atención integrada

La atención integrada se refiere a la atención prestada durante el tiempo por un solo profesional o por un equipo de profesionales de salud (“seguimiento clínico”) y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y transferencia de pacientes a diferentes niveles por un amplio rango de profesionales de la salud (“seguimiento de los registros”) (OMS, 2008). [22]

Atención Médica

Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud[23]

Atención oportuna

Consiste en reducir el tiempo de espera y las demoras, a veces perjudiciales, tanto para los que reciben como para los que prestan la asistencia (OPS/OMS, 2022).[24]

[19] Asamblea Mundial de la Salud, 69. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/253079
[20] Serie La renovación de la atención primaria de salud en las américas. No. 1 Sistemas de Salud Basadas en la Atención Primaria. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. Documento en Internet 46 pp. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31333/9789275332627-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y
[21] IDEM Referencia 20 Serie la renovación de la Atención...
[22] IDEM Referencia 20 Serie la renovación de la Atención...
[23] Fracción I del artículo 7, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
[24] Servicios de Salud de Calidad. Guía de Planificación. OMS 2020/OPS 2022. Documento en Internet. 71 páginas. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56398/9789275325957_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Atención de consulta ambulatoria
Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos para la atención médica, fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados.[25]

Atención hospitalaria
Aquella que se presta a pacientes para recibir asistencia médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad Médica. [26]

Atención primaria a la salud (APS)
Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas».[27],[28]

Buena Práctica
Es una experiencia o intervención que ha generado un resultado, que se ha implementado con resultados positivos, siendo eficaz y útil en un contexto concreto; contribuyendo así al afrontamiento, regulación, mejora o solución de problemas y/o dificultades que se presenten en el trabajo diario de las personas, en los ámbitos clínicos, de la gestión, satisfacción usuaria u otros de promoción de la Salud; experiencia que puede servir de modelo para otros equipos de salud.[29]

Calidad de la atención[30]
Es el grado en que los servicios de salud, para las personas y las poblaciones, aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se centra en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal. A medida que los países se comprometen a lograr la salud para todos, es imperativo considerar cuidadosamente la calidad de la atención y los servicios de salud. La atención sanitaria de calidad se puede definir de muchas maneras, pero hay un creciente reconocimiento de que los servicios de salud de calidad deben ser:

Eficaz, proporcionar servicios de salud basados en evidencia a quienes los necesitan;

[25] DOF: 09/07/2020. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Documento en internet 13 pp. Disponible en : https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020&print=true
[26] DOF: 30/11/2012 NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Numeral 4.1. Documento en internet 25 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0
[27] OMS y UNICEF. Una visión para la atención primaria de salud en el siglo XXI: hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en : https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065
[28] Atención primaria de salud. OMS-OPS 1ero. abril 2021. Página web. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care#:~:text=La%20atenci%C3%B3n%20primaria%20de%20salud%20garantiza%20a%20las%20personas%20una,posible%20de%20sus%20lugares%20habituales.
[29] IV Concurso "Apoyo a buenas prácticas en el modelo de atención integral familiar y comunitario en la atención primaria de salud" Dpto. de Gestión de Atención Primaria de Salud. Servicios Salud Talcahuano. MINSAL. Documento en internet 13 pp. Disponible en: http://www.sstalcahuano.cl/wp-content/uploads/2018/05/BASES-PROGRAMA-BUENAS-PRACTICAS-SST-2018-2017.pdf
[30] OMS. Temas de Salud. Calidad de la atención. Página Web. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

Seguro, evitar daños a las personas para las que el cuidado está destinado, y centrado en las personas; proporcionar atención que responda a las preferencias, necesidades y valores individuales;

Oportuno, reducción de los tiempos de espera y a veces de retrasos dañinos;

Equitativo, proporcionar atención que no varía en calidad debido al género, la etnia, la ubicación geográfica y la situación socioeconómica; Integrado – proporcionar atención que pone a disposición toda la gama de servicios de salud a lo largo del curso de la vida;

Eficiente, maximiza el beneficio de los recursos disponibles y evita el desperdicio.

Certificación de la calidad en la atención medica

Es el proceso que reconoce a los EAM, que participan y cumplen con los criterios y estándares definidos para evaluar la calidad en la atención médica, con énfasis en la seguridad del paciente en un marco de mejora continua.[31],[32]

Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM)

Es un órgano colegiado al que le corresponde proponer los criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad de los establecimientos que prestan servicios de salud, dictaminar sobre los resultados de la evaluación y presentarlos al CSG.[33]

Cobertura Sanitaria Universal (CSU)

De acuerdo al Banco Mundial, el concepto de CSU implica garantizar que las personas accedan a los servicios médicos que necesitan sin que esto les genere dificultades financieras. Es un elemento clave para lograr los objetivos del Grupo Banco Mundial (GBM) de poner fin a la pobreza extrema e incrementar la equidad y la prosperidad compartida, y como tal es el motor que impulsa todas las inversiones que la institución destina a los sectores de salud y nutrición.[34]

Continuidad de la atención

Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención.[35]

[31] Disposiciones Generales para el Proceso de Certificación, marzo 2023. Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM) Secretaría Técnica de la CCEAM del CSG. Documento en internet 40 pp.
[32] Consejo de Salubridad General. ACUERDO para el desarrollo y funcionamiento del Sistema Nacional de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. Artículo SEGUNDO inciso d). Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de junio de 2008.
[33] Ídem referencia 31. Disposiciones Generales para …
[34] Cobertura Sanitaria Universal. Banco Mundial. Actualización mayo 19, 2021. Página Web. Disponible en: https://www.bancomundial.org/es/topic/universalhealthcoverage#:~:text=El%20concepto%20de%20cobertura%20sanitaria,esto%20les%20genere%20dificultades%20financieras
[35] IDEM Referencia 3 MAS-Bienestar

Criterios
Son los requisitos para la Certificación definidos en el MUEC para la evaluación de la calidad de la atención médica cuya ponderación determinará el resultado para la emisión del dictamen de Certificación. Se clasifican en:

Criterios de calidad: aquellas estrategias que se implementan con la finalidad de incrementar la probabilidad de obtener los resultados deseados.

Criterios de capacidad: elementos asociados a recursos humanos, materiales y financieros, considerados en la normatividad vigente y demás disposiciones jurídicas aplicables a la prestación de los servicios de atención médica.

Criterios de seguridad: elementos en materia de reducción del riesgos y daños innecesarios relacionados con la atención médica.

Criterios menores: elementos de medición ponderables, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

Criterios mayores. elementos de medición indispensables que deben ser cumplidos por el EAM para la obtención del Dictamen correspondiente.

Cultura Organizacional hacia la calidad
Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento, individuales y colectivos, que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. [36]

Dictamen de Certificación
Documento de resultado emitido por CCEAM, acorde a los informes de evaluación, calificaciones y reglas de decisión.

Elemento Medible
Los elementos medibles de un estándar son aquellos requisitos del estándar que serán revisados y a los que se les asignará una calificación durante el proceso de evaluación. Los elementos medibles simplemente enumeran lo que es necesario a fin de cumplir con el estándar en forma absoluta.

[36] Parker DM and Hudson P. A Framework for understanding the development of organizational Safety Culture. Safety Science. 2006. 44(6): 551-62. Disponible en: https://www.academia.edu/19979449/A_framework_for_understanding_the_development_of_organisational_safety_culture

Entidad Evaluadora
El Consejo de Salubridad General o la dependencia o entidad, de carácter federal o local, que coadyuve con dicho Consejo, para llevar a cabo el proceso de certificación establecido en el Modelo Único de Evaluación de la Calidad, en término de las bases o convenios que se suscriban para tal efecto.

Establecimiento de atención médica (EAM)
Todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos.[37]

Estándar
De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia, así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad.[38]

De acuerdo a la Ley de Infraestructura de la Calidad, lo define como aquel documento técnico que prevé un uso común y repetido de reglas, especificaciones, atributos o métodos de prueba aplicables a un bien, producto, proceso o servicio, así como aquéllas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado, etiquetado o concordaciones.[39]

Estandarización de Procesos
Seguimiento uniforme de los elementos definidos en un proceso por la organización para el desarrollo de un Estándar.

Estándares Indispensables
Elemento definido como obligatorio para procesos que se medirán o valorarán como imprescindibles, ya que no contar con ellos, implica un alto riesgo en la seguridad de los pacientes.

Evaluador/a
Persona designada por la autoridad sanitaria con el propósito de evaluar en el marco del MUEC al EAM a fin de Certificar el cumplimiento de los criterios y estándares del CUNCEEC

Evaluación continua
Es aquella que permite evaluar todo el proceso de difusión, capacitación e implementación a partir de monitorear las actividades para asegurarse de que se lleven a cabo de acuerdo con lo planificado y corregir cualquier desviación significativa. Es un sistema de información que permite comparar los planeado con los resultados obtenidos a través de la gestión, adoptando las medidas correctivas pertinentes en caso de detectarse desviaciones significativas.[40]

[37] Fracción III del artículo 7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica. Última actualización DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
[38] Definición de estándar. RAE. Página web. Disponible en : https://dle.rae.es/est%C3%A1ndar
[39] Ley de Infraestructura de la Calidad. Texto vigente. DOF-01-07-2020. Documento en internet 63 pp. Disponible en : https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LICal_010720.pdf
[40] Jara, E. El control en el proceso administrativo. (2009) Documento en internet 19 pp. Disponible en: https://www.academia.edu/29995190/EL_CONTROL_EN_EL_PROCESO_ADMINISTRATIVO

Gobernanza [41]
Es la participación de distintos actores, tanto gubernamentales como no gubernamentales con el fin de preservar y cuidar la salud de las personas.

La Gobernanza para la salud requiere de un conjunto sinérgico de políticas, muchas de las cuales residen en sectores distintos al de la salud por lo que necesitan del desarrollo de nuevas estructuras y mecanismos que faciliten la colaboración entre los participantes, el gobierno y los actores no gubernamentales.

El carácter multidimensional y multicausal de la compleja problemática de salud que estamos viviendo en el México de hoy, hace necesaria una respuesta integrada a partir de hacer de la salud un objetivo común del gobierno y la sociedad.

Modelo Único
Es aquel que contiene el proceder que deberá de constituir y situar el funcionamiento y operación, mediante el establecimiento de directrices, lineamientos y principios rectores que permitan homologar, regular y coordinar la intervención y actuación de las y los servidores públicos responsables de ejecutar las acciones de evaluación de la calidad en la atención médica.[42]

MUEC
Modelo Único de Evaluación de la Calidad.

Norma Oficial Mexicana (NOM)
La técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes, conforme a las finalidades establecidas en el Art. 40, que establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado y las que se refieran a su cumplimiento o aplicación[43]

Proceso
Un proceso es un conjunto de actividades planificadas que implican la participación de un número de personas y de recursos materiales, coordinados para conseguir un objetivo previamente identificado. Se estudia la forma en que el servicio diseña, gestiona y mejora sus procesos (acciones) para apoyar su política y estrategia y para satisfacer plenamente a sus usuarios y otros grupos de interés. [44]

---

[41] Nissan Schoenfeld, Esther "Hacia un nuevo modelo de gobernanza para la promoción de la salud" Revista Buen Gobierno No. 26. Enero – junio 2019 Fundación Mexicana de Estudios Políticos y Administrativos A.C. México. Documento en internet 18 pp. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/5696/569660606002/569660606002.pdf
[42] Prontuario del Modelo único de atención Instituto de las Mujeres de la Ciudad de México. Documento en internet 64 pp. Disponible en: https://www.semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/ProntuarioMUA.pdf
[43] Presidencia de la República. Ley Federal sobre Metrología y Normalización. DOF, 30 de abril de 2009. Documento en internet 48 pp. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/107522/LEYFEDERALSOBREMETROLOGIAYNORMALIZACION.pdf
[44]. Capítulo 5: Procesos. Universidad de Jaén. Documento en internet, 4 pp Disponible en: https://www.ujaen.es/servicios/archivo/sites/servicio_archivo/files/uploads/Calidad/Criterio5.pdf

Proceso de Evaluación de un EAM
Proceso sistemático que se lleva a cabo en los EAM que cumplen con los requerimientos definidos en el MUEC, con el propósito de obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a la implementación de los criterios y estándares del CUNCEEC, y con ello determinar el grado de su cumplimiento en el marco de la mejora continua. A partir de la información obtenida se puede, además de orientar a los EAM en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

Ponderación Final Aprobatoria
Calificación resultante de la evaluación de la totalidad de los elementos, una vez que se ha concluido la evaluación al EAM, la cual deberá ser como mínimo a 80%.

Proceso de evaluación de un EAM
Proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva, las evidencias relacionadas a los criterios y estándares del CUNCEEC, dirigida a determinar su grado de madurez y cumplimiento además de orientar a la organización en la adopción de buenas prácticas relacionadas a las áreas de oportunidad detectadas.

Programa Anual de Evaluación (PAE)
Planificación ordenada de EAM que han aprobado la etapa de Validación Documental Cuantitativa y Cualitativa y que serán evaluados por la autoridad sanitaria en el MUEC.

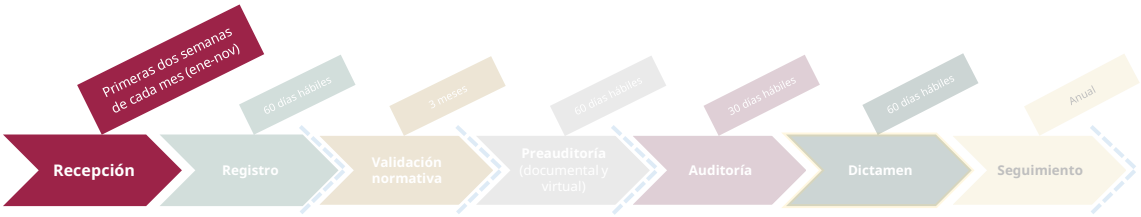
Recursos Humanos Competentes
Incluyen a los proveedores de los servicios de salud, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo de manera suficiente. Deben poseer los conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto. (modificado OMS, 2007)[45]

Seguridad del paciente.
Atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento.[46]

[45] OPS/OMS. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las américas. Documento en Internet 48 pp. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
[46] Día Mundial de la Seguridad del Paciente, un recordatorio para mejorar la calidad de la atención sanitaria. AMIF. Septiembre 18, 2019. Página Web. Disponible en: https://amiif.org/dia-mundial-de-la-seguridad-del-paciente-un-recordatorio-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-sanitaria/

Guía de apoyo del proceso de certificación
MOCEBPASS – Hemodiálisis

1 Recepción



Se debe de contar, al menos, con 6 meses de funcionamiento, 3 meses de haber implementado el MOCEBPASS y atender los siguientes **lineamientos:**

A. Contar con los siguientes **documentos:**

- Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
- Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- **4 Documentos firmados**, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en los cuales manifiesta que:
  1. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, administrativas y/o fiscales.
  2. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
  3. El establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
  4. El establecimiento **acepta** ser sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio registrado serán objeto de auditoría y que el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares hasta que concluya el proceso de certificación.
- Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
- Registro de generadores de residuos peligrosos.
- Evidencia de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
- Constancia de situación fiscal.
- Aprobación del registro del contrato de prestación de servicios ante la PROFECO.

B. Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.

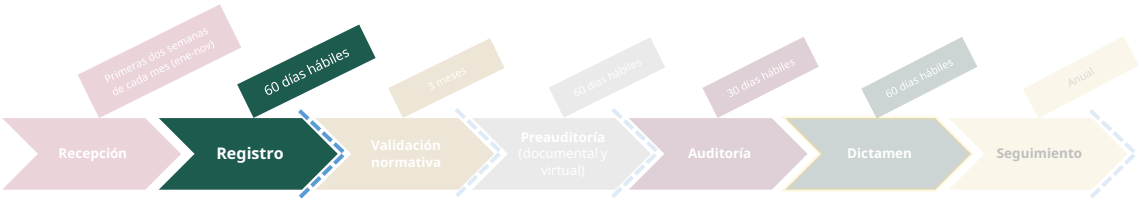
C. Datos de contacto de las siguientes personas:

- Titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
- Responsable sanitario del establecimiento.
- Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
- Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
- Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.

D. Datos de operación del establecimiento.

Además de los lineamientos enlistados en los apartados A, B, C y D, deberá requisitar la **autoevaluación** a través del SIMOCE.

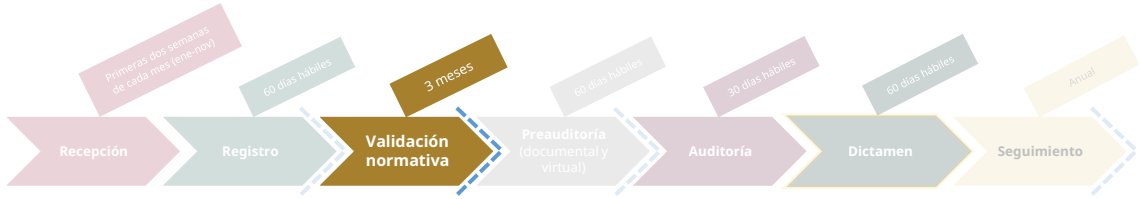
2 Registro



El establecimiento que cumpla con el total de los requisitos de la etapa de Recepción, previa validación, recibirá un **folio de su expediente** y continuará con la **Validación Normativa.**

- En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en la Recepción, se le prevendrá **por una sola ocasión** para que, en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención, presente los documentos que le sean requeridos.
- En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

3 Validación normativa

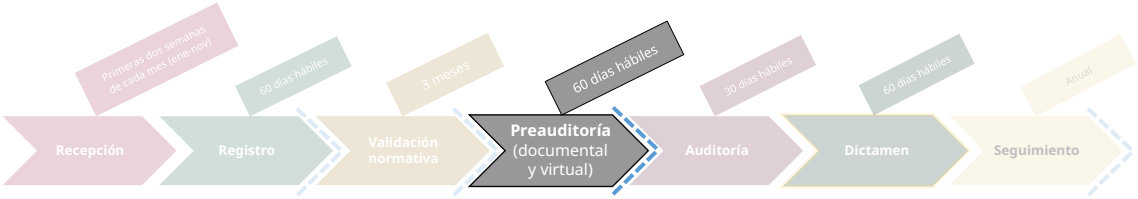


De manera aleatoria, se validarán los avisos y licencias sanitarias, para comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable.

- **Se verificará** que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo CSG, ante los órganos administrativos desconcentrados (COFEPRIS, CONAMED); que cuente con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la PROFECO.
- En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá Constancia de participación en el proceso de Certificación.**
- Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.
- Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solitud y **no** podrá continuar con su proceso de certificación.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses, contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

4 Preauditoría

La preauditoría se divide en **documental** que se llevará a cabo de manera remota para corroborar de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada previamente y **virtual** en la cual, una de las personas auditoras válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.



Se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que **deberá contar con la infraestructura TIC** que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; cuando alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del secretariado técnico de la comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

La persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoría del Anexo 5, que consisten en:

- Firmar la **carta compromiso (A)** autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría.
- Contar con la **infraestructura tecnológica requerida (B)**.
- Que se encuentre en capacidad para realizar las **pruebas de conectividad previas (C)**.
- Realizar las actividades que le corresponden para el **desarrollo** de la preauditoría **(D)**.

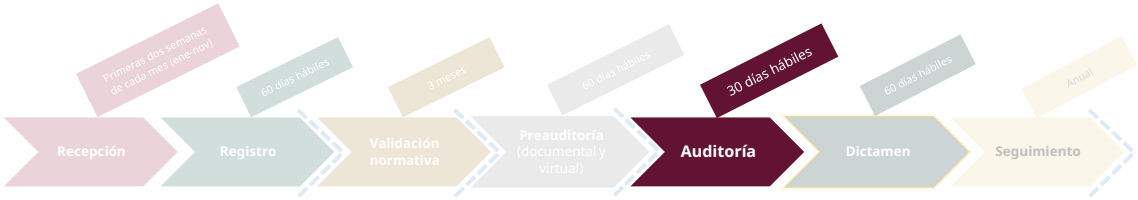
Si el establecimiento no cumple los requisitos, el resultado de las pruebas de conectividad previas determina que no es posible realizar la preauditoría o el establecimiento decide no continuar, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada; las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

5 Auditoría

El establecimiento debe cumplir con lo siguiente:

- Equipo de cómputo con internet
- Dispositivo para escanear
- Impresora y hojas blancas
- Bolígrafo con tinta azul
- Sobres tamaño carta
- Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él)
- Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos



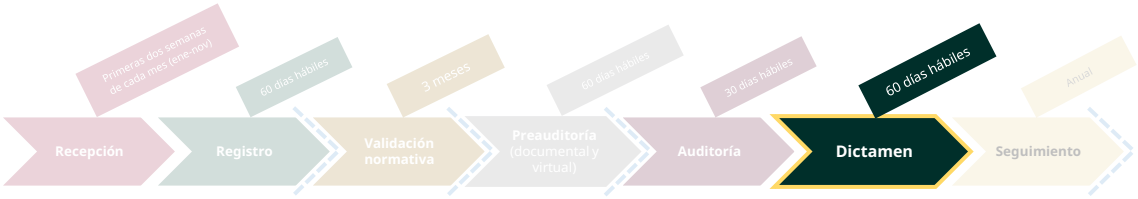
La auditoría es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares, para determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas y puede ser virtual o presencial.

La persona titular de la secretaría técnica la CCEAM notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

6 Dictamen

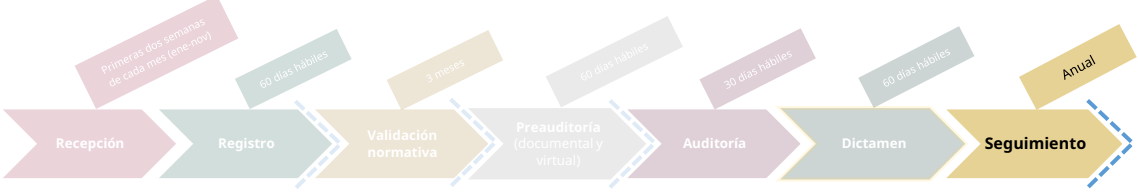
La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida, emitirá el dictamen que corresponda (procedente o no procedente) y el resultado se hará del conocimiento del EAM a través del SIMOCE.



La vigencia de la certificación será de **tres años**.

7 Seguimiento

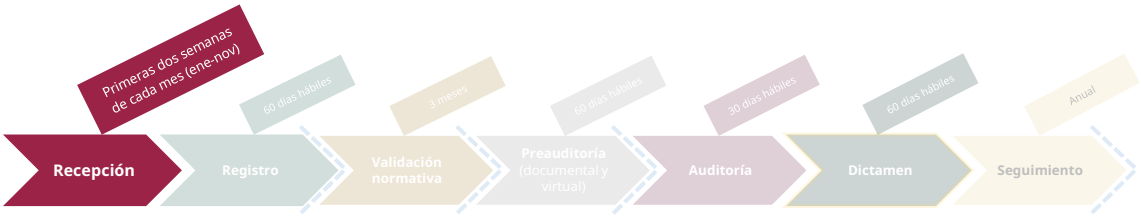
De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continua cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será **cancelado** y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.



Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse **auditorias aleatorias** durante el mismo periodo de tiempo.

1 Recepción

Se debe de contar, al menos, con 3 meses de funcionamiento, 2 meses de haber implementado el MOCEBPASS y atender los siguientes **lineamientos:**



A. Contar con los siguientes **documentos:**

- Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
- Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- **4 Documentos firmados**, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en los cuales manifiesta que:
  1. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, administrativas y/o fiscales.
  2. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
  3. El establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
  4. El establecimiento **acepta** ser sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio registrado serán objeto de auditoría y que el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares hasta que concluya el proceso de certificación.
- Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
- Registro de generadores de residuos peligrosos.
- Evidencia de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
- Constancia de situación fiscal.
- Aprobación del registro del contrato de prestación de servicios ante la PROFECO.

B. Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.

C. Datos de contacto de las siguientes personas:

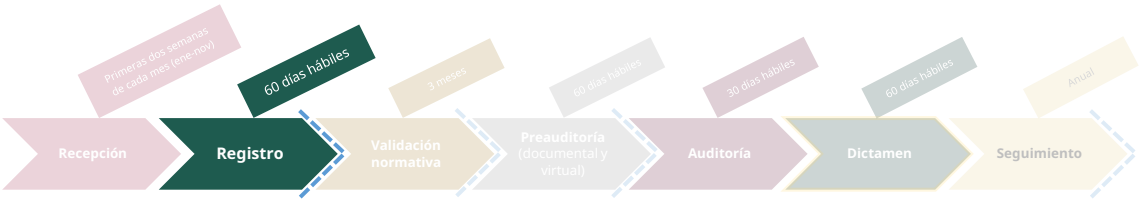
- Titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
- Responsable sanitario del establecimiento.
- Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
- Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
- Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.

D. Datos de operación del establecimiento.

Además de los lineamientos enlistados en los apartados A, B, C y D, deberá requisitar la **autoevaluación** a través del SIMOCE.

2 Registro

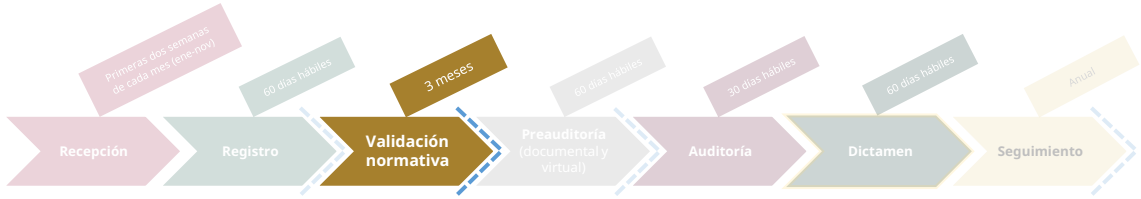
El establecimiento que cumpla con el total de los requisitos de la etapa de Recepción, previa validación, recibirá un **folio de su expediente** y continuará con la **Validación Normativa.**



- En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en la Recepción, se le prevendrá **por una sola ocasión** para que, en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención, presente los documentos que le sean requeridos.
- En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

3 Validación normativa

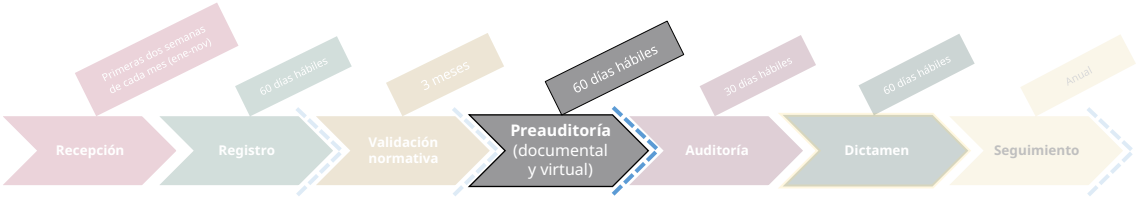
De manera aleatoria, se validarán los avisos y licencias sanitarias, para comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable.



- **Se verificará** que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo CSG, ante los órganos administrativos desconcentrados (COFEPRIS, CONAMED); que cuente con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la PROFECO.
- En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá Constancia de participación en el proceso de Certificación.**
- Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.
- Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solitud y **no** podrá continuar con su proceso de certificación.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses, contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

4 Preauditoría

La preauditoría se divide en **documental** que se llevará a cabo de manera remota para corroborar de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada previamente y **virtual** en la cual, una de las personas auditoras válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.



Se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que **deberá contar con la infraestructura TIC** que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; de acuerdo al tipo, tamaño y complejidad del establecimiento o alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del secretariado técnico de la comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

La persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoría del Anexo 5, que consisten en:

- Firmar la **carta compromiso (A)** autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría.
- Contar con la **infraestructura tecnológica requerida (B)**.
- Que se encuentre en capacidad para realizar las **pruebas de conectividad previas (C)**.
- Realizar las actividades que le corresponden para el **desarrollo** de la preauditoría **(D)**.

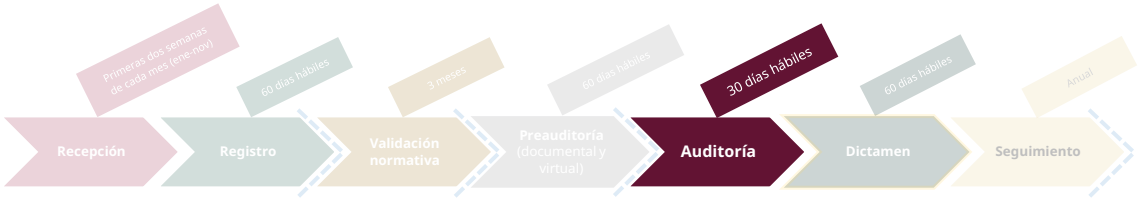
Si el establecimiento no cumple los requisitos, el resultado de las pruebas de conectividad previas determina que no es posible realizar la preauditoría o el establecimiento decide no continuar, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada; las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

5 Auditoría

El establecimiento debe cumplir con lo siguiente:

- Equipo de cómputo con internet
- Dispositivo para escanear
- Impresora y hojas blancas
- Bolígrafo con tinta azul
- Sobres tamaño carta
- Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él)
- Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos



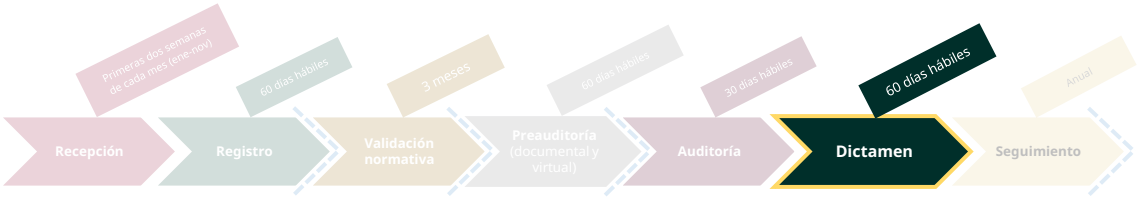
La auditoría es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares, para determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas y puede ser virtual o presencial.

La persona titular de la secretaría técnica la CCEAM notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

6 Dictamen

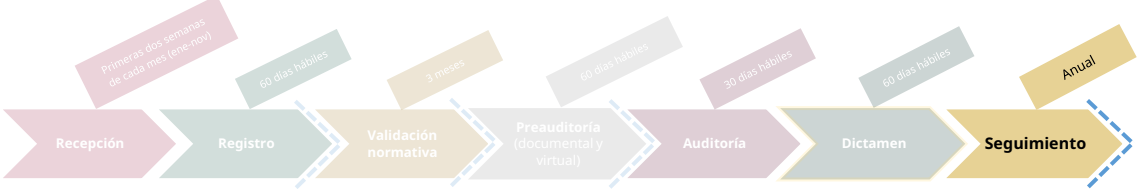
La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida, emitirá el dictamen que corresponda (procedente o no procedente) y el resultado se hará del conocimiento del EAM a través del SIMOCE.



La vigencia de la certificación será de **tres años**.

7 Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continua cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será **cancelado** y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.



Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse **auditorias aleatorias** durante el mismo periodo de tiempo.

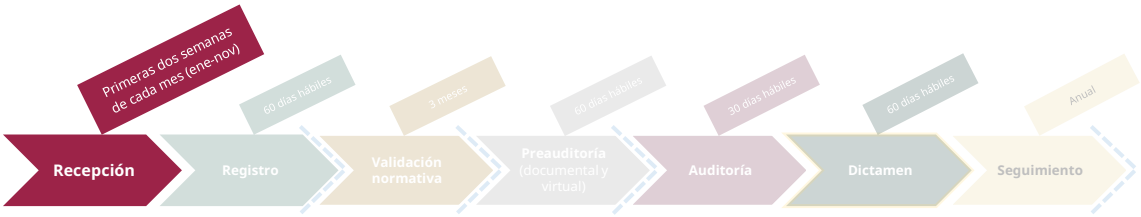
Con base en la definición y los ejemplos que se muestran a continuación, identifique cual es el Manual del MOCEBPASS que le aplica a su Establecimiento de Atención Médica para su proceso de certificación.

Manual del MOCEBPASS	Definición	Ejemplos
Hospital	Establecimiento que tenga como finalidad la atención de usuarios que se internen para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.	Clínicas, sanatorios, hospitales generales, de segundo nivel, de tercer nivel e institutos, hospitales especializados (materno-infantil, oncológico, etc.), entre otros.
Unidad de hemodiálisis	Establecimiento **NO ligado** a un hospital dedicado al tratamiento de pacientes que requieren hemodiálisis.	Clínicas de extramuros, unidades independientes.
1er. nivel de atención	Establecimiento **NO ligado** a un hospital que otorga atención medica general o especializada, que realiza acciones de prevención y promoción a la salud, así como detección temprana y seguimiento de enfermedades, que se sujeten a la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica.	Unidades médicas familiares y de consulta externa, centros de salud, clínicas de atención primaria, consultorios médicos de medicina general o familiar, de especialidades, de acupuntura, de estomatología, de homeopatía, de medicina preventiva, de nutriología, de optometría, de psicología, incluidos los consultorios adyacentes a farmacias y los ubicados en cadenas comerciales, entre otros.
Unidad de atención ambulatoria	Establecimiento que otorga atención medica continua, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados, pudiendo realizar procedimientos quirúrgicos que no requieran de cuidados postoperatorios especiales, ni prolongados y que el paciente pueda ser dado de alta en un lapso no mayor de 12 horas, a partir de su ingreso.	Centros de cirugía ambulatoria, centros oncológicos, centros de procedimientos especializados, establecimientos con licencia de actos quirúrgicos para cirugía de corta estancia, entre otros.

Unidad de diagnóstico y tratamiento	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea complementar el diagnóstico clínico, la evaluación terapéutica o el seguimiento a los pacientes.	Gabinetes de laboratorios de análisis clínicos, de patología clínica y/o bancos de sangre, gabinetes de imagenología (rayos X, tomografía, resonancia magnética y/o ultrasonido), unidades de endoscopía, entre otros.
Unidad de rehabilitación	Establecimiento **NO ligado** a un hospital, cuya finalidad sea proporcionar un conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.	Clínicas externas especializadas, clínicas de fisioterapia, de terapia ocupacional y/o psicosocial, unidades básica de rehabilitación, unidades de medicina del deporte, entre otras.
Unidad de salud mental y adicciones	Establecimiento cuya finalidad sea ofrecer atención de consulta externa, urgencias, hospitalización breve, de mediano y largo plazo, a personas usuarias de nuevo ingreso o subsecuente con trastornos mentales y del comportamiento.	Hospitales psiquiátricos, centros de día, hogares protegidos, hospitales de día, villas de transición hospitalaria, unidades de atención a la salud mental, centros comunitarios de salud mental y adicciones, centros para la prevención y tratamiento en adicciones, entre otros.
Unidad móvil	Establecimiento **móvil** para la atención médica, ya sea aéreos, marítimos o terrestres, destinados a realizar una o más de las actividades enunciadas para los EAM descritos previamente.	Caravanas, quirófanos móviles, unidades médicas móviles, unidades de promoción a la salud, ambulancias de cuidados intensivos y de urgencias, entre otras.
Establecimiento que presta atención domiciliaria	Establecimiento que presta servicios de salud proporcionados en el hogar del paciente, incluyendo cuidados paliativos y atención a poblaciones vulnerables.	Clínicas de servicios médicos a domicilio, servicios de atención geriátrica domiciliaria, establecimientos de cuidados paliativos domiciliarios, programas de cuidado infantil vulnerable, empresas de atención médica y/o de enfermería domiciliaria, entre otras.

1 Recepción

Se debe de contar, al menos, con 1 año de funcionamiento, 6 meses de haber implementado el MOCEBPASS y atender los siguientes **lineamientos:**



A. Contar con los siguientes **documentos:**

- Documento que acredite la representación legal del establecimiento.
- Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES).
- **4 Documentos firmados**, bajo protesta de decir verdad, por la persona que legalmente represente al establecimiento dirigido a la persona titular de la presidencia de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica (CCEAM), en los cuales manifiesta que:
  1. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen sanciones administrativas, procedimientos administrativos abiertos, ni medidas de seguridad preventivas (cautelares) o correctivas impuestas por autoridades sanitarias, administrativas y/o fiscales.
  2. El establecimiento y los servicios subrogados con que cuenta, **no** tienen procedimientos abiertos en contra de autoridades sanitarias (CSG, COFEPRIS, CONAMED, entre otras).
  3. El establecimiento **no** cuenta con un permiso sanitario de construcción para remodelación o en caso de contar con este, declaración de la fecha que finalizó la remodelación o adecuación en el establecimiento.
  4. El establecimiento **acepta** ser sometido al proceso del MOCEBPASS, en el entendido que todas las áreas, servicios y recurso humano que contribuye a la integración, operatividad y funcionamiento del establecimiento y se encuentran físicamente en el domicilio registrado serán objeto de auditoría y que el establecimiento se compromete a mantener o mejorar los estándares hasta que concluya el proceso de certificación.
- Identificación oficial vigente del director(a) o representante legal o apoderada(o) legal del establecimiento (INE, pasaporte, etc.).
- Registro de generadores de residuos peligrosos.
- Evidencia de contar con un programa interno de protección civil, registrado ante la autoridad competente.
- Constancia de situación fiscal.
- Aprobación del registro del contrato de prestación de servicios ante la PROFECO.

B. Avisos y licencias sanitarias de acuerdo con los servicios que proporciona.

C. Datos de contacto de las siguientes personas:

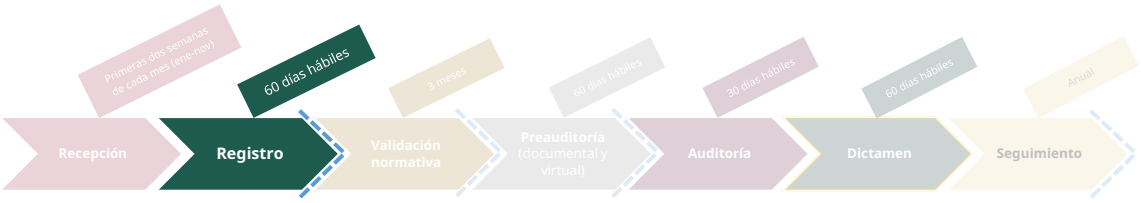
- Titular de la dirección o apoderado(a) legal o representante legal del establecimiento.
- Responsable sanitario del establecimiento.
- Persona coordinadora o responsable de la implementación del Modelo de certificación del establecimiento.
- Persona autorizada por parte del establecimiento para recibir notificaciones.
- Correo electrónico institucional para recibir notificaciones.

D. Datos de operación del establecimiento.

Además de los lineamientos enlistados en los apartados A, B, C y D, deberá requisitar la **autoevaluación** a través del SIMOCE.

2 Registro

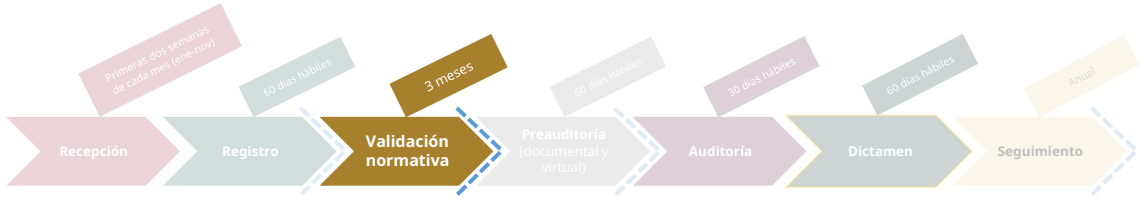
El establecimiento que cumpla con el total de los requisitos de la etapa de Recepción, previa validación, recibirá un **folio de su expediente** y continuará con la **Validación Normativa.**



- En caso de que el solicitante no presente los requisitos descritos en la Recepción, se le prevendrá **por una sola ocasión** para que, en el término de 5 días hábiles contados a partir del día hábil siguiente a la fecha de notificación de la prevención, presente los documentos que le sean requeridos.
- En el caso de que el solicitante hubiera atendido la prevención, pero no presente los documentos en los términos solicitados o no haya atendido la prevención en el plazo concedido, se desechará su solicitud.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán reiniciar el proceso de certificación transcurrido el plazo de **un mes, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

3 Validación normativa

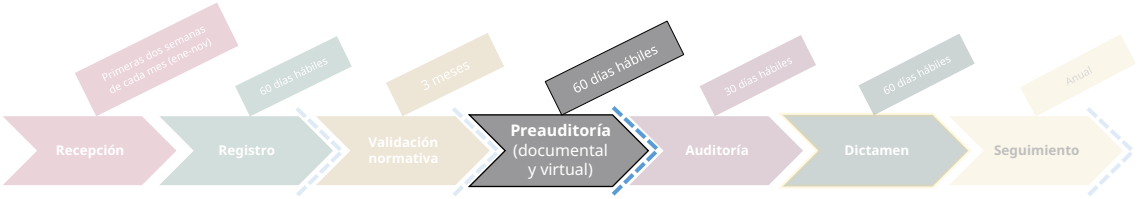
De manera aleatoria, se validarán los avisos y licencias sanitarias, para comprobar que la operación del establecimiento es acorde con el marco legal aplicable.



- **Se verificará** que no existan procedimientos administrativos en trámite con el mismo CSG, ante los órganos administrativos desconcentrados (COFEPRIS, CONAMED); que cuente con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y sin sanciones ante la PROFECO.
- En caso de que el establecimiento cumpla con la Validación Normativa se le **expedirá Constancia de participación en el proceso de Certificación.**
- Si realizada la verificación se advirtiera que el establecimiento presentó alguna licencia apócrifa en el proceso de certificación, se dará vista a las autoridades competentes.
- Si realizada la valoración normativa se advierte que el solicitante cuenta con procedimientos en trámite, no cuenta con la aprobación del registro del contrato de prestación de servicios y/o presentó una licencia apócrifa se desechará su solitud y **no** podrá continuar con su proceso de certificación.
- Las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **6 meses, contados a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

4 Preauditoría

La preauditoría se divide en **documental** que se llevará a cabo de manera remota para corroborar de manera documental el nivel de cumplimiento de los procesos por parte del establecimiento, conforme la información presentada previamente y **virtual** en la cual, una de las personas auditoras válida la infraestructura indispensable para la seguridad del paciente.



Se lleva a cabo desde una ubicación distinta a la del EAM utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC), así como dispositivos electrónicos para interactuar con el mismo, por lo que **deberá contar con la infraestructura TIC** que facilite la realización de la preauditoría de forma efectiva garantizando la calidad, exigencia y objetividad del proceso de certificación.

La preauditoría podrá ampliar su alcance, para ser considerada como auditoría virtual; cuando alguna condición de seguridad, logística, económica, epidemiológica u otra, determinada por el Consejo de Salubridad General impida la presencia de las personas auditoras en el EAM. Esta situación será notificada con la debida oportunidad por la persona titular del secretariado técnico de la comisión por medio del correo electrónico registrado por el EAM.

La persona que legalmente representa al establecimiento deberá cumplir con los requisitos de preauditoría del Anexo 5, que consisten en:

- Firmar la **carta compromiso (A)** autorizando la realización de esta etapa y la etapa de auditoría.
- Contar con la **infraestructura tecnológica requerida (B)**.
- Que se encuentre en capacidad para realizar las **pruebas de conectividad previas (C)**.
- Realizar las actividades que le corresponden para el **desarrollo** de la preauditoría **(D)**.

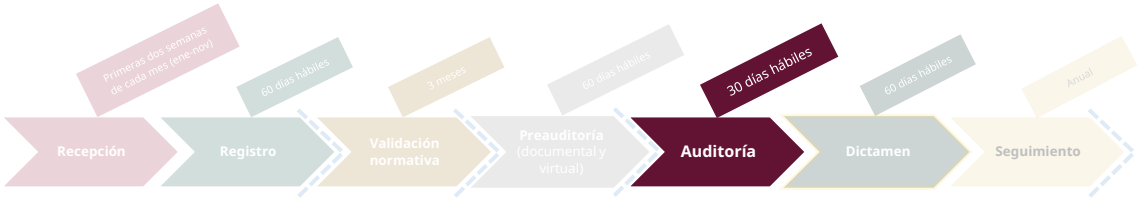
Si el establecimiento no cumple los requisitos, el resultado de las pruebas de conectividad previas determina que no es posible realizar la preauditoría o el establecimiento decide no continuar, no se realizará la preauditoría y la participación del EAM en el proceso de certificación quedará cancelada.

Si el resultado de la preauditoría es favorable, se enviará una notificación a través del SIMOCE al establecimiento para informarle que avanza a la etapa de Auditoría; en caso contrario su solicitud será desechada; las solicitudes que hayan sido desechadas en esta etapa podrán iniciar nuevamente el proceso de certificación transcurrido el plazo de **1 año, contado a partir de la notificación del oficio de desechamiento.**

5 Auditoría

El establecimiento debe cumplir con lo siguiente:

- Equipo de cómputo con internet
- Dispositivo para escanear
- Impresora y hojas blancas
- Bolígrafo con tinta azul
- Sobres tamaño carta
- Acceso a internet inalámbrico (en caso de contar con él)
- Contar con las evidencias del cumplimiento de los procesos



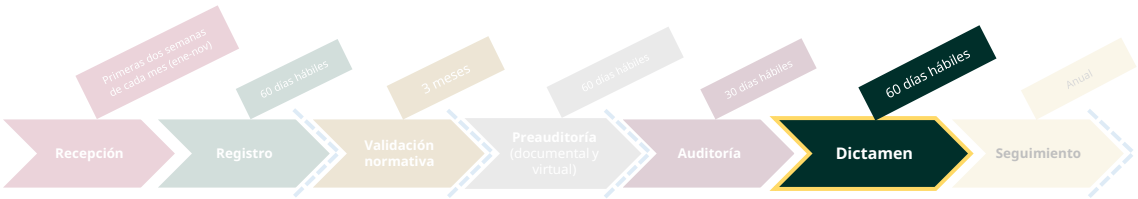
La auditoría es el proceso sistemático para obtener y evaluar de manera objetiva las evidencias relacionadas con los estándares, para determinar el grado de cumplimiento del establecimiento, se realizará por el equipo de personas auditoras designadas y puede ser virtual o presencial.

La persona titular de la secretaría técnica la CCEAM notificará al establecimiento la fecha designada para realizar la auditoría para que por lo menos 2 de las 4 personas registradas, por el establecimiento, durante la etapa de recepción acompañen al equipo de personas auditoras durante la auditoría.

Al finalizar el establecimiento recibirá los hallazgos y calificaciones de acuerdo al cumplimiento de los estándares.

6 Dictamen

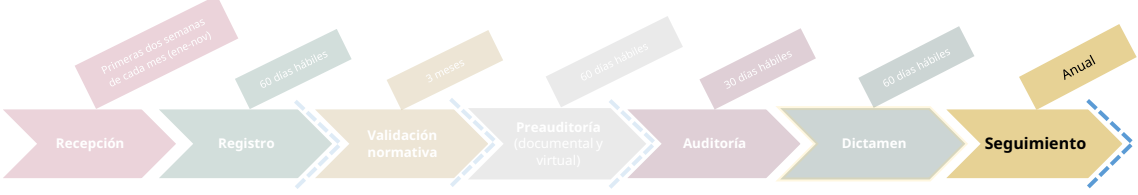
La CCEAM con la información obtenida de la auditoría y la información documental recibida, emitirá el dictamen que corresponda (procedente o no procedente) y el resultado se hará del conocimiento del EAM a través del SIMOCE.



La vigencia de la certificación será de **tres años**.

7 Seguimiento

De manera anual, durante el tiempo que el establecimiento cuente con un certificado vigente, deberá cargar en el SIMOCE la evidencia de que continua cumpliendo con el mantenimiento y/o mejora de sus procesos, en caso contrario su certificado será **cancelado** y no podrá inscribirse a un nuevo proceso hasta que concluya la vigencia del certificado que le fue cancelado.



Adicionalmente y con el propósito de revisar que el EAM continúa cumpliendo con los estándares bajo los cuales se le otorgó la certificación, de acuerdo con la capacidad del Consejo podrán realizarse **auditorias aleatorias** durante el mismo periodo de tiempo.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

2023 AÑO DE Francisco VILLA

Consejo de Salubridad General

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Modelo Único de Evaluación de la Calidad

Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad

(CUNCEEC)

Aprobado en la 2da Sesión Ordinaria de la CCEAM, 20 de julio 2023.

Contenido

CATÁLAGO ÚNICO NACIONAL DE CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD 3
Marco Jurídico 6
Criterios 8
Infraestructura Dura 8
Infraestructura Blanda 700
Estándares 765

CATÁLAGO ÚNICO NACIONAL DE CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

El Catálogo Único Nacional de Criterios y Estándares para la Evaluación de la Calidad (CUNCEEC), es el resultado de la integración y armonización de los "Criterios de Evaluación para la Acreditación y de los Estándares del Modelo de Seguridad del Paciente", que son el referente para el proceso de implementación y evaluación a partir del Modelo Único de Evaluación de la Atención Médica (MUEC).

El CUNCEEC concentra el listado de los Elementos Medibles establecidos para los Criterios y los Estándares; asimismo, se complementa de los Anexos A y B para los segmentos de Servicios de Atención Ambulatoria y Hospitales, los cuales describen el propósito aplicable para la implementación y la evaluación del MUEC.

El MUEC es un modelo enfocado a la mejora de la calidad y la satisfacción de personas y profesionales de la salud. Se constituye como el proceso de evaluación de calidad que se realiza mediante la autoevaluación y la evaluación externa a los Establecimientos de Atención Médica (EAM), con un enfoque de gestión por procesos y centrado en las personas, familias, comunidades y población, con el fin de transitar paulatinamente hacía el sostenimiento de la calidad en la atención médica. Por lo que este modelo proporciona información para definir estrategias de mejora y con ello favorecer los resultados en salud.

El EAM del Sistema Nacional de Salud (SNS), que participa en el MUEC, le representa, además de cumplir con la normatividad vigente y las políticas nacionales en salud, que tiene como prioridad alcanzar día a día mejores prácticas, fortaleciendo su sistema de gestión de calidad a partir de madurar incrementalmente sus procesos internos y homogenizar los criterios en la atención médica, en la búsqueda de sistematizar sus procesos, reducir costos, contar con servicios confiables y seguros, que le permitan implementar estrategias de mejora continua para ser reconocidos por los resultados en salud alcanzados para contribuir en el bienestar de la persona, familia, comunidad y población.

El modelo permite participar, de manera gradual, a cualquier EAM que cumple con los criterios y estándares con base al nivel de madurez alcanzado en su gestión de la calidad. Sus principales características son:

- La evaluación se realiza por fases de manera incremental y sumativa.
- Evalúa el nivel de madurez en la implementación de un sistema de gestión de la calidad.
- Los resultados obtenidos se emitirán mediante un dictamen por cada fase cumplida con vigencias específicas.

Para este documento se entenderá por:

Criterios y Estándares:
De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, "estándar es aquello que sirve como tipo, modelo, norma, patrón o referencia", así, es una declaración que define las expectativas de desempeño, estructuras o procesos que deben estar implementados para que una organización brinde atención, tratamiento y servicios seguros y de alta calidad. [1]

De acuerdo a la LEY DE INFRAESTRUCTURA DE LA CALIDAD Nueva Ley DOF 01-07-2020 se refiere al documento técnico que prevé un uso común y repetido de reglas, especificaciones, atributos o métodos de prueba aplicables a un bien, producto, proceso o servicio, así como aquéllas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado, etiquetado o concordaciones. [2]

Para la operación del MUEC se toma como referente lo que acota el Modelo de Seguridad del Paciente del Consejo de Salubridad General. Los estándares se basan en el diseño y la implementación de procesos seguros, es decir, que ayuden a prevenir que sucedan eventos adversos o eventos centinela, para lo cual es necesario definir parámetros que sirvan como barreras de seguridad; tomado el principio: "la manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias". [3] En el CUNCEEC, los Estándares y los Elementos Medibles, se encuentran correlacionados con las Etapas definidas en el MUEC, que corresponden al nivel de madurez del sistema de gestión de calidad.

Infraestructura: conjunto de instalaciones, servicios, muebles e inmuebles, instalaciones o cualquier otro activo que esté considerado como necesario o imprescindible para que una organización pueda desarrollar sus actividades básicas o fundamentales y estas se mantengan en funcionamiento. [4]

Las infraestructuras se crean a partir de la intersección de muchas disciplinas profesionales. Según sus características, una infraestructura puede ser: [5]

Dura: Determinada como aspectos materiales o físicos de la infraestructura, tales como el inmueble correspondiente al EAM.

[1] Definición de estándar. RAE. Página web. Disponible en : https://dle.rae.es/est%C3%A1ndar
[2] Ley de Infraestructura de la Calidad. Texto vigente. DOF-01-07-2020. Documento en internet 63 pp. Disponible en : https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LICal_010720.pdf
[3] Estándares para implementar el Modelo en Hospitales edición 2018. SiNaCEAM. Documento en internet 318.Disponible en : http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/certificacion-establecimientos/modelo_de_seguridad/hospitales/Estandares-Hospitales-Edicion2018.pdf
[4] Infraestructura Concepto ABC. Página Web. Disponible en : https://conceptoabc.com/infraestructura/
[5] Infraestructuras. Ferrovial-Recursos. Página Web. Disponible en : https://www.ferrovial.com/es/recursos/infraestructura/

Blanda: Es el capital humano que le dan valor agregado a los aspectos físicos de la infraestructura. Ese valor agregado es el conjunto de conocimientos, experticia, métodos y normativas que optimizan el funcionamiento de la infraestructura dura.

Crítica: Son elementos indispensables para el funcionamiento del EAM. Se trata de sistemas o redes de tanta importancia que su debilitamiento, sabotaje o destrucción amenazan la seguridad del paciente, los cuidadores, los profesionales de la salud y la comunidad. Por ejemplo: los suministros de energía eléctrica.

Los **Criterios de evaluación** constituyen una descripción precisa de las características o parámetros que deben cumplir los establecimientos u organizaciones para ser valorados.

Estos criterios se evalúan de acuerdo a la importancia que tienen para el proceso de atención, de acuerdo a lo siguiente:

- **Criterios Menores**: Elementos medibles, con los que se establece el nivel de cumplimiento del EAM.

- **Criterios Mayores**: Elementos medibles de **cumplimiento obligatorio** por los EAM. Mismos que se detallan en la sección de infraestructura crítica. Identificados con el símbolo ➲ en el documento.

- **Criterios de infraestructura en evaluación documental:** Para dar continuidad al cumplimiento de la infraestructura en las fases de evaluación documental del MUEC que correspondan, será necesario que el EAM adjunte en el aplicativo correspondiente, la evidencia que demuestre que se mantiene vigente el cumplimiento de criterios de infraestructura previamente validados en la visita de evaluación.

- **Procesos ligados a Infraestructura:** se componen de elementos contenidos en la infraestructura dura y blanda, por lo que deberá evaluarse según corresponda y están relacionados con la Red de frío e inmunización, Programas de prevención y detección y Servicios Subrogados.

Marco Jurídico

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes.

Reglamento Interior de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Medica.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General.

Acuerdo por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2011.

Acuerdo por el que se adiciona un artículo Noveno al similar por el que se establece como obligatorio, a partir del 1 de enero de 2012, el requisito de certificación del Consejo de Salubridad General a los servicios médicos hospitalarios y de hemodiálisis privados, que celebren contratos de prestación de servicios con las dependencias y entidades de las administraciones públicas de los gobiernos federal, estatales, del Distrito Federal y municipales, publicado el 29 de diciembre de 2011 en el Diario Oficial de la Federación.

Acuerdo por el que se establecen las acciones que deberán cumplirse para acreditar el fomento a la lactancia materna en los establecimientos de atención médica que se sujeten al procedimiento de Certificación del Consejo de Salubridad General, publicado el 22 de junio de 2012 en el Diario Oficial de la Federación.

Acuerdo por el que se establecen requisitos para la participación de los establecimientos hospitalarios, ambulatorio, de rehabilitación y de hemodiálisis, en los premios de calidad que otorga el Gobierno Federal y los gobiernos de las entidades federativas, publicado el 28 de octubre de 2015 en el Diario Oficial de la Federación.

ACUERDO que modifica el Anexo Único del diverso por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente, publicado el 8 de septiembre de 2017, publicado en el DOF 16 de junio de 2023.

Otras disposiciones: Las demás aplicables a la Certificación de los Establecimientos de Atención Médica, como Tratados Internacionales, Leyes, Acuerdos, Decretos, Reglamentos, Normas Oficiales Mexicanas, Lineamientos, Criterios, Reglas, Metodologías e Instructivos, así como cualquier otra disposición de naturaleza análoga aplicable a la materia.

CATÁLAGO ÚNICO NACIONAL DE CRITERIOS Y ESTÁNDARES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD (CUNCEEC)

Criterios

Infraestructura Dura

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Las celdas que contienen a los elementos medibles que son considerados como criterio mayor, se encuentran señalados como la celda contigua de la derecha							**Criterio mayor**
CONDICIONES GENERALES PARA LAS ÁREAS DE ATENCIÓN MÉDICA							
Instalaciones	**Todas**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Condiciones generales en todas las áreas de Atención ambulatoria/ hospitalaria**	Señalización de emergencia en áreas, de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Todas**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Condiciones generales en todas las áreas de Atención ambulatoria/ hospitalaria**	Facilidades arquitectónicas que permitan el arribo, entrada, salida y traslado seguro en el establecimiento, así como con aquellas circulaciones especiales para el tránsito y permanencia considerando las necesidades especiales

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							de las personas con discapacidad y adultos mayores.
Instalaciones	**Todas**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Condiciones generales en todas las áreas de Atención ambulatoria/ hospitalaria**	I**nfraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente con contactos apropiadamente distribuidos y en número suficiente para los equipos instalados, diferenciados con un color distintivo o una marca específica, eléctricamente polarizados y aterrizados, sin uso de extensiones eléctricas o contactos múltiples en un solo contacto.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Sala de espera en todas las áreas**	Contar con área para sala de espera, con mobiliario y espacios específicos para personas con discapacidad.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Sanitarios de pacientes y personal en todas las áreas**	Contar preferentemente con sanitarios para público y pacientes independientes para hombres y mujeres, así como condiciones para pacientes con discapacidad en buenas condiciones y con iluminación y ventilación adecuadas.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Módulo de lavado de manos**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables y bote de basura.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)**	Contenedores rígidos para punzocortantes con el símbolo universal de Riesgo Biológico en áreas generadoras.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)**	Botes de basura con bolsas marcadas con el símbolo universal de Riesgo Biológico (roja y/o amarilla según el caso) en áreas generadoras.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Control de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos (R.P.B.I.)**	Ruta de recolección.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Áreas de Atención Médica en general**	**Condiciones de Prevención y Protección contra Incendios**	Existencia de extintores en todas las áreas con carga vigente en áreas estratégicas de acuerdo a la normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
CENTRAL DE ENFERMERAS EN TODAS LAS ÁREAS DE ATENCIÓN							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Carro para curación.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Mesa mayo con charola.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Mesa Pasteur.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Portavenoclisis rodable.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Caja de Doayan.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Equipo de curaciones.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Caja para desinfección de instrumentos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Equipo**	Carro porta lebrillos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Esfigmomanómetro (adulto y/o pediátrico).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Sistema de intercomunicación bidireccional y de alarma. conectada a cada cubículo o módulo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Estetoscopio (cápsula pediátrica en su caso).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Estuche de diagnóstico completo, con pilas y focos de repuesto.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Lámpara de haz dirigible.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Pinza de traslado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Termómetros clínicos digitales (baterías de repuesto).
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Torundero con tapa.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería**	Lebrillos.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Mobiliario**	Mesa alta con tarja.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Mobiliario**	Mesa Pasteur.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Mobiliario**	Mostrador escritorio.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Mobiliario**	Sistema porta expedientes.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Mobiliario**	Tarja para lavado de instrumental, insumos para el lavado de este.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de enfermeras en todas las áreas de atención**	**Central de enfermería: Mobiliario**	Anaquel o vitrina para guarda de medicamentos.
CUARTO SÉPTICO en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización							

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Tarja.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Mesa de trabajo y repisas de acero inoxidable para el almacenamiento de utensilios varios.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Área de lavado de con agua corriente, tarja y área de secado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Recipientes para recolección de excretas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Recipiente para recolección de ropa de cama y de pacientes en área de hospitalización.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Ubicados cercanos a las áreas.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Accesible pero fuera del área de recuperación post-anestésica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto de aseo para todas las áreas**	Área de lavado de lavado de instrumentos de aseo.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto de aseo para todas las áreas**	Agua corriente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto de aseo para todas las áreas**	Área de secado.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Limpieza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cuarto séptico en: a) Recuperación Post-anestésica, b) Unidad de Obstetricia o tocología, c) Unidades de cuidados intensivos, d) Áreas de Hospitalización**	**Cuarto de aseo para todas las áreas**	Tarja o equivalente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
CONSULTA EXTERNA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consulta Externa**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Consultorio/s Médico**	Que cuente con al menos con dos áreas: una para el interrogatorio con el paciente y su acompañante, la otra para la exploración física, delimitada con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente, contar con módulo de higiene de manos, ubicado en el área de exploración física. Cuando el consultorio no esté ligado físicamente a una unidad hospitalaria, deberá contar con un botiquín de urgencias.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Asiento para el médico.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Asiento para el paciente y acompañante.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Asiento para el médico en la exploración del paciente
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Banqueta de altura o similar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Guarda de medicamentos, materiales o instrumental.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Mesa universal para exploración.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Mesa de Mayo, Pasteur o similar, de altura ajustable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Mueble para escribir.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Mobiliario**	Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Esfigmomanómetro aneroide con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Estetoscopio de cápsula doble.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Estetoscopio de Pinard o Fonodetector portátil de latidos fetales.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Estuche de diagnóstico básico (oftalmoscopio).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Lámpara de examinación con fuente de luz.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Negatoscopio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Cinta métrica de metal flexible con 2m de longitud.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Termómetro digital
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Báscula con estadímetro y báscula pesa bebés.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Equipo Médico**	Glucómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Espejos vaginales chicos, medianos y grandes.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Mango para bisturí.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Martillo precursor.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Pinza de anillos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Pinza de disección con dientes y sin dientes.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Pinza tipo mosquito.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Pinza para sujetar cuello de la matriz.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Pinza curva.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Porta agujas recto, con ranura central y estrías cruzadas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Riñón de al menos 250 ml.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Tijera recta.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio General y de Especialidad**	**Instrumental**	Torundero con tapa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cardiología**	Electrocardiógrafo.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cardiología**	Monitores Holter.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cardiología**	Ecocardiógrafo.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cardiología**	Cuente con un área con equipo para pruebas de esfuerzo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Mesa con tarja.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Caja de Doayan.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Dos recipientes con tapa para soluciones desinfectantes.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Mango de bisturí.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Pinzas de Kelly.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Pinzas mosquito rectas y curvas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Tijera de Mayo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva**	Tijera para retirar puntos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de dermatología**	Cucharillas (curetas) dérmicas de Piffard o de Douglas o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de dermatología**	Equipo de fulguración.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de dermatología**	Extractor de comedones con lanceta.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de dermatología**	Lámpara con lupa de tres dioptrías.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de dermatología**	Pinza de depilación.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de dermatología**	Pinza para biopsia.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Mesa de exploración con pierneras.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Mesa de trabajo para preparar laminillas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Amplificador de latido fetal y de contracciones uterinas o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Aparato para cauterizar o fulgurador.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Espejos vaginales (tres de cada tamaño).
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Histerómetro.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Pinza de Pozzi.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Pinza para biopsia de cérvix uterino.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Pinza para biopsia de endometrio.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Pinza uterina.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Pinzas para sujetar cérvix uterino.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Portacubetas rodable.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Recipiente hermético para soluciones desinfectantes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Tijera de Metzenbaum.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de medicina física y de rehabilitación**	Cinta métrica.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de medicina física y de rehabilitación**	Goniómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de medicina física y de rehabilitación**	Plantoscopio.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de medicina física y de rehabilitación**	Martillo de reflejos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neumología**	Espirómetro o sustituto tecnológico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neumología**	Sistemas instrumentales de tratamiento (cepillo bronquial, pinza de biopsia bronquial o su equivalente tecnológico).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Carta para medir agudeza visual.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Compás de Weber.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Contenedor de olores fuertes.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Dinamómetro de mano.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Equipo para cirugía menor.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Martillo de percusión con aditamentos para la exploración de la sensibilidad cutánea.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de neurología y neurocirugía**	Tubos de ensayo con agua fría y caliente.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Mesa para instrumentos oftalmológicos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Sillón para paciente, en sustitución de la mesa de exploración.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Aguja para cuerpos extraños.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Agujas para lavado de vías lagrimales.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Armazón de pruebas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Blefaróstato.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Caja de lentes para pruebas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Caja de Bard Parker con pinza de traslado.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Campímetro o su equivalente tecnológico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Dilatador de punto lagrimal.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Exoftalmómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Foróptero.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Gubia para cuerpos extraños.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de Apoyo para el Tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Juego de cartillas a distancia o su equivalente tecnológico.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Juego de espejos para eskinoscopio, planos y cóncavos.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Juego de sondas exploradoras para vías lagrimales.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Keratómetro o eskiascopio o su equivalente tecnológico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Lámpara de hendidura.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Lensómetro.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Lupa anaesférica de 20 dioptrías.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Mango de bisturí o su equivalente tecnológico.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Oclusor.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Oftalmoscopio directo/ Indirecto o su equivalente tecnológico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Pinza conjuntiva recta.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Pinza curva de iris, sin dientes.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Pinza para fijación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Pinzas para pestañas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Pinza para chalazión.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Prisma para medir forias.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Recipiente hermético para desinfectantes (en su caso esterilizador).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Retinoscopio.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Separadores de desmarres.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Tijera para retirar puntos.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Tijera de iris.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de oftalmología**	Tonómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Sillón de exploración en otorrinolaringología, con movimiento circular y posibilidad para variar altura e inclinación.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Adaptador fenestrado para los aspiradores de oído (Guilford-Wright).
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Aplicador de Lambury.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Aplicador metálico de punta triangular o estriada tipo Lathbury o Brown.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Asa Billeau.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Cánula vanalyea, con punta roma, calibre 15 ga (1.8 mm).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Cucharilla o asa para cerumen.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Cuchillo angulado de paracentesis o miringotomía.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Esterilizador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Jeringa metálica para lavado de oído.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Juego de aspiradores de oído números: 16 G, 18 G y 20 G.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Juego de espejos laríngeos número: 2, 4, 6 y 8.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Juego de tres diapasones 256, 512 y 1024 tipo Hartman.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Lámpara de alcohol.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Lámpara frontal o espejo frontal, en este caso es necesario contar con una lámpara con haz dirigible.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Mango universal para espejo laríngeo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Mechero.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Microscopio de pedestal o de pared, con iluminación halógena con doble lámpara, ajuste de dioptrías en oculares gran angular de 12.5x con objetivo de 200 mm.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Otoscopio con lente de aumento 2x con su juego de conos óticos.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Pera politzer.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Pinza de Hartman copa de 0.6 mm, 13.5 cm de longitud.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Pinza para biopsia.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Rinoscopio adulto.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Rinoscopio infantil.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Riñón metálico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Transiluminador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de otorrinolaringología**	Unidad de otorrinolaringología con motor para aspiración y aspersión equipada con nebulizador y frasco para lavado de oídos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Mesa de trabajo con doble tarja y trampa de yeso.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Martillo percusor grande para reflejos.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Pinza de disección con dientes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Pinza de disección sin dientes.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Pinza de Rochester.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Pinza para yeso.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Plantoscopio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Sierra de Stryker.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Sistema de somatometría.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Tijera de botón.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Tijera de caimán.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Tijera de presión.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de ortopedia y traumatología**	Tijera para retirar puntos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de pediatría**	Báscula pesabebés.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de pediatría**	Esfigmomanómetro con brazalete para infantes y escolares.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de pediatría**	Infantómetro (puede ser parte de la mesa de exploración).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de pediatría**	Refrigerador de 4.5 pies cúbicos (cuando cuenten con servicio de vacunación).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de proctología**	Mesa especial de exploración proctológica en sustitución de la mesa de exploración.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de proctología**	Caja de Doayan.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de proctología**	Caja para desinfección de instrumentos.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de proctología**	Equipo de curaciones.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de proctología**	Equipo de endoscopia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de proctología**	Unidad electroquirúrgica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de psiquiatría**	Diván o sillón.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de psiquiatría**	Mueble para guarda de equipo e insumos.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Carro de curaciones.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Caja de instrumentos con tapa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Cistouretroscopio mínimo con dos camisas 20 y 22 Fr. con sus aditamentos de fuente de poder y cables.
Material Consumible	**Material de Apoyo para el Tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Densímetro para orina o su equivalente tecnológico.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Juego de candelillas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Juego de dilatadores uretrales.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Juego de muletillas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Mango de bisturí.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Pinza de disección con dientes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Pinza de disección sin dientes.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Pinza de Kelly.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Pinza Forester recta.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Recipiente con tapa para soluciones esterilizadoras.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Sondas de tres vías.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Sondas uretrales con globo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Tijera de Mayo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Tijera para retirar puntos.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Riñón.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Torundero.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Mesa para procedimientos de proctología/urología opcional.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de urología**	Unidad de endoscopia para urología (monitor, control de cámara, cámara, videograbadora) opcional.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Espacio suficiente y adecuado para la entrevista, así como para la intervención psicoterapéutica.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Asiento para el psicólogo.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Asiento para el paciente y su acompañante.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Asientos para pacientes en grupo.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Guarda de material y papelería.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Mueble para escribir.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Psicología**	**Consultorio de Psicología**	Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta Externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Trabajo Social**	**Consultorio o áreas de Trabajo Social**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta Externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Trabajo Social**	**Consultorio o áreas de Trabajo Social**	Espacio y mobiliario suficiente para la entrevista con el paciente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Sillón dental y sus accesorios, asegurando los espacios necesarios para circular con facilidad y seguridad, así como para la preparación y esterilización de materiales.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Área para entrevistas y aparato de Rayos X dental.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Asiento para odontólogo.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Asiento para pacientes y acompañantes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Cubeta o cesto con bolsa para basura municipal.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Mueble para guarda de materiales, instrumental o equipo.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Mesa con tarja.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Mueble para escribir.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Mueble con cajonera.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables y bote de basura.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Sistema para guarda de expedientes clínicos o lo correspondiente en caso de expediente clínico electrónico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Autoclave de vapor autogenerado.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Compresora de aire libre de aceite para unidad dental, con arranque y paro automático, aditamento para purga de condensados y filtros de aire.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Sillón dental con plataforma y respaldo reclinable.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Mandil plomado.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Unidad dental con: charola porta-instrumentos, lámpara, sistema flush abastecedor de agua para la pieza de mano y jeringa triple, separador o trampa de amalgama.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Unidad de Rx dental, negatoscopio y sistema de revelado.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Alveolotomo, pinza gubia.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Amalgamador de uso dental o mortero pistilo con capacidad para 125 ml.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Arco de young para dique de hule.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Contrángulo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Cucharilla para cirugía.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Cureta mc call, derecha e izquierda, juego (cureta c k6).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Dosificador amalgamador.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Elevador recto acanalado, con mango metálico.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Elevador de bandera, izquierdo, con mango metálico, extremo en ángulo obtuso y hoja pequeña.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Elevador con mango metálico, brazo angulado izquierdo o derecho, extremo fino y corto.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Espátula de doble extremo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Espejo dental con mango de rosca estándar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Excavador White.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Explorador de una pieza con doble extremo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Fórceps, diferentes medidas y adecuados al operador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Grapas variadas para dique de hule.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Jeringa Carpulle.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Lima para hueso doble extremo con punta de trabajo rectangular y oval.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Obturadores de los tipos y condiciones apropiadas al operador.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Pieza de mano de alta velocidad esterilizable.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Pieza de mano de baja velocidad esterilizable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Pinzas portagrapas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Pinza perforadora Ainsworth.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Pinza para curaciones modelo Collage.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Porta amalgama Rower con puntas desmontables, doble extremo.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Portavasos para escupidera.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Recortador de amalgama.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Tijeras para encías curvas con hojas cortas, modelo Quimby.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Tira puente Miller.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Torundero con tapa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Floruro de Sodio.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Eyectores para saliva.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Gasas estériles.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Material de sutura.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Algodón.
Material Consumible	**Medicamentos**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Lidocaína con epinefrina, solución inyectable 2%.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Sellador de fosetas y fisuras dentales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Resina fotocurable para restauración/Aleación para amalgama dental.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Agujas dentales.
Material Consumible	**Medicamentos**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Lidocaína gel.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Ionómero de vidrio.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Radiografías dentales y líquidos reveladores.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Anteojos o careta, bata de manga larga y de preferencia con el puño elástico adaptado a la muñeca y sin bolsillos, cerrada hasta el cuello y preferentemente de color blanco o colores claros que permitan ver con facilidad cuando se han contaminado, una mascarilla quirúrgica nueva y desechable y

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							un par de guantes nuevos (para atender a cada paciente y para todo procedimiento clínico).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Cubiertas, baberos o campos quirúrgicos desechables, así como anteojos de protección contra impactos o especiales en los procedimientos de foto-polimerización (para la protección del paciente).
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Guantes clínicos nuevos y desechables, de látex, vinil o nitrilo, no estériles para operatoria y estériles para cirugía.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Mandil protector para tomar radiografías, con material desechable nuevo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Material para esterilización y desinfección.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Papel grado médico.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Estomatología**	**Consultorio de Estomatología**	Detergentes enzimáticos multiusos (bactericida, viricida y/o fungicida).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Atacadores.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Espaciador para conductos D11.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Explorador endodóntico DG-16.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Lámpara de fotocurado.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Limas diferentes tipos y medidas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Pinzas de corte distal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Recortador de Gutapercha.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorios de Endodoncia**	Regla de anillo metálica para conductometría.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Parodoncia**	Sonda periodontal Goldman Fox.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Parodoncia**	Mango de bisturí.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Parodoncia**	Excavador E2.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Arcos nitinol.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Empujador de bandas metálicas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Estrella posicionadora de bandas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Lápiz ligador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Lima para bandas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Luks MA 57.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Luks para sellar 1, 2 y 3.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza “how” curva.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza “how” recta.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza de la rosa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza para abombar.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza para hacer banda derecha.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza para hacer banda izquierda.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza pico de pájaro corta.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza pico de pájaro larga.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinza tres picos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinzas de corte alambre ligero.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinzas de corte alambre pesado.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pinzas de mosco.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Pucher.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Ortodoncia**	Soplete dental para soldar.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Odontopediatría**	Abrebocas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Odontopediatría**	Pinza para abombar coronas.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Cirugía maxilofacial**	Lápiz ligador.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Cirugía maxilofacial**	Porta agujas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Cirugía maxilofacial**	Mango para bisturí.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Consultorio de Especialidad**	**Consultorio de Cirugía maxilofacial**	Retractor gingival.
MEDICINA PREVENTIVA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Consultorio de Medicina Preventiva**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Consultorio de Medicina preventiva**	Infraestructura física y equipamiento para el consultorio de medicina general o familiar.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de hidratación oral**	Mesa.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de hidratación oral**	Jarra, taza y cucharas (excepto aluminio).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Inmunizaciones**	Contar con refrigerador exclusivo para la conservación de biológicos (Refrigerador de 10 a 18 pies cúbicos de una sola puerta), con la ubicación de los mismos y especificaciones de acuerdo a la normatividad vigente.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Inmunizaciones**	Termograficador para el control de temperatura y gráfica de registro o equivalente.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Inmunizaciones**	Termómetro de vástago con sensor de 14 cm de largo, el cual deberá estar calibrado y contar con llave calibradora integrada.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Inmunizaciones**	Termómetro lineal.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Inmunizaciones**	Charolas y/o anaquel perforada.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Inmunizaciones**	Existencia de al menos 2 termos de nueve litros para el proceso de vacunación con existencia de vasos contenedores.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Equipos de curaciones.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Charola.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Pinza de traslado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Portaguja.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Pinza de disección sin dientes de 10 o 12 o 18 cm.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Pinza de Kocher de 1x2 dientes de 13 cm.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Pinza hemostática curva de Crille de 16 cm.
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Tijera de mayo recta de 14.5 cm.
Material Consumible	**Medicamentos**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Lidocaína simple.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Sutura (catgut, seda y nylon de dos ceros a tres ceros).
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Jeringa de 1, 3, 5 y 10 ml. con agujas.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Antisépticos locales, jabón, agua estéril, solución fisiológica, Iodopovidona del 0.5 al 10% y alcohol al 70%.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Gasas y apósitos estériles.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Área de Curaciones**	Guantes estériles desechables.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Preventiva**	**Central de Esterilización**	Equipo de esterilización de acuerdo a las necesidades del establecimiento e insumos: Bolsas de papel grado médico y cinta testigo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
HOSPITALIZACIÓN							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto séptico**	Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aseo**	Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y la normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Una toma fija por cada dos camas de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Un sanitario y regadera por cada 6 camas.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Banqueta de altura.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Fonodetector portátil de latidos fetales (En áreas de pacientes obstétricas).
Equipo	**Equipo biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Sistema de comunicación bidireccional, así como de llamado de emergencia conectado a la central de enfermeras.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Bomba de infusión volumétrica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Flujómetro de pared estándar.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Cardiotocógrafo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Báscula con estadímetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	Cada cubículo cuenta con: 1. Mesa puente.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	2. Cama de hospitalización adultos con barandales.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	3. Buró hospitalario.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	4. Elemento divisorio por cada cama.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización adultos**	5. Lámpara de cabecera.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Una toma fija por cama para el suministro de oxígeno.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Una toma fija de aire comprimido por cada dos camas.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Una toma fija por cada dos camas de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Sanitario y regaderas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Báscula con estadímetro (en su caso báscula pesabebés).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Incubadora de traslado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Incubadora para cuidados generales (en su caso).
Equipo	**Equipo biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Sistema de comunicación bidireccional, así como de llamado de emergencia conectado a la central de enfermeras.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Bacinetes (en su caso)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Bomba de infusión volumétrica y Bomba de infusión de jeringa.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Estetoscopio de cápsula pediátrica.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Esfigmomanómetro aneroide con brazalete pediátrico, lactante y neonatal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Flujométro de pared estándar
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Estuche de diagnóstico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Incubadora y /o Cuna de calor radiante (con fototerapia opcional).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Baño de artesa (en el caso de brindar atención a neonatos y lactantes).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	Cada cubículo cuenta con: 1. Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	2. Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	3. Mesa puente (para niños mayores).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	4. Cama de hospitalización pediátrica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	5. Buró hospitalario.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	6. Elemento divisorio de material antibacteriano.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Hospitalización Pediátrica**	7. Lámpara de cabecera.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Filtro de aislamiento con Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
Equipo	**Equipo biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Sistema de aire acondicionado con filtros de alta eficiencia.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Toma fija de suministro de oxígeno.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Toma fija de aire comprimido.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Toma fija de aspiración controlada, pudiendo ser esta última por medio de equipos portátiles.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Monitor de signos vitales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Bomba de infusión volumétrica
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Flujómetro de pared estándar.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Cuarto de aislados (área de adultos y pediátrica)**	Aspirador neumático de pared o portátil.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Anaquel o vitrina para guarda de insumos y medicamentos para el uso diario de los pacientes .
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Caja de Doayan.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Equipo de curaciones.
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Caja para desinfección de instrumentos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Termómetro Digital

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Torundero con tapa.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Antisépticos.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Gasas y apósitos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Medicamentos**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Analgésicos.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Suturas.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Soluciones intravenosas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Medicamentos**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Anestésicos locales.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Sala de Curaciones**	Jeringas con agujas.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Oficina de trabajo médico**	Contar con un área específica para el trabajo del personal médico, con mobiliario y equipo de cómputo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Guarda de medicamentos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Interrogatorio y procedimientos delimitadas con un elemento físico que asegure la privacidad del paciente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Contenedores para el manejo del R.P.B.I.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Mueble para escribir y equipo de computo.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Asiento para el profesional de salud.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Asiento para el paciente y acompañante.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Asiento para el profesional de salud para el procedimiento.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Banqueta de altura o similar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Cubeta o cesto para bolsa de basura municipal y roja de R.P.B.I.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Camilla neumática con barandales.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Mesa de mayo, pasteur y carro de curaciones de altura ajustable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Esfigmomanómetro aneroide con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Estetoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Lámpara de examinación con fuente de luz.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Negatoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Termómetro digital.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Báscula con estadímetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Mango para bisturí.
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Pinza de anillos.
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Pinza de disección con dientes y sin dientes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Pinza tipo mosquito.
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Porta agujas recto con ranura central y estrías cruzadas.
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Riñón de al menos 250 ml.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Tijera recta.
Instrumental	**N/A**	**Hospitalización**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hospitalización**	**Clínica de catéteres Área de Instalación, mantenimiento y retiro de catéteres intravenosos.**	Torundero con tapa .

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
URGENCIAS							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Cuarto séptico**	Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Cuarto de aseo**	Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Asiento acojinado.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Mesa de trabajo con tarja.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Mesa tipo Karam con colchoneta.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Mueble para guarda de equipo e insumos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Báscula pesa bebé.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Dosificador de oxígeno con humidificador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Esfigmomanómetro con brazalete pediátrico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Hidratación**	Estetoscopio.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Cuenta con espacio físico para la clasificación de prioridades para la atención de urgencias médicas y obstétricas (triage).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Escritorio para el médico.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Asiento para el paciente.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Elemento divisorio de material antibacteriano
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Mesa de exploración universal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Asiento giratorio.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Esfigmomanómetro anaroide portátil con brazalete de tamaño que requiera para su actividad principal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Estetoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Estetoscopio de Pinard o fonodetector portátil de latidos fetales.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Estuche de diagnóstico básico que incluya oftalmoscopio, otoscopio y faringoscopio con pilas de repuesto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Lámpara de examinación con haz de luz dirigible.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Glucómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Plicómetro para valoración nutricional.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Negatoscopio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de Apoyo para el Tratamiento**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Cinta métrica ahulada.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Termómetro digital.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Báscula con estadímetro, en su caso báscula pesa bebé.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Consultorios o cubículos para valoración y determinación de prioridades de atención**	Bote para RPBI (bolsa roja).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Toma fija de oxígeno por cama.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Toma fija de aire comprimido por cada dos camas.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Toma fija de aspiración controlada o mediante equipos portátiles.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Dosificador de oxígeno con humidificador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Termómetro digital con pilas de repuesto.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Cama-camilla con barandales.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Elemento divisorio de material antibacteriano.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Bote para RPBI (bolsa roja).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Portavenoclisis rodable.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	Requerimientos adicionales en Central de enfermeras: 1. Collarines cervicales semirrígidos tamaños chico, mediano y grande, así como dispositivo para inmovilizar la cabeza.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	2. Electrocardiógrafo de un canal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	3. Incubadora de traslado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	4. Incubadora para cuidados generales.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Área de Observación Cubículos**	5. Refrigerador.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Mueble para guarda de equipo e insumos
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Asiento giratorio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Carro para curaciones.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Carro para ropa sucia.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Cubeta de acero inoxidable de 12 litros (bolsa amarilla).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Mesa alta con tarja y trampa para yesos(cuando se utilicen vendas con yeso).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Mesa de exploración universal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Mesa Pasteur.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Mesa rígida.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Riel portavenoclisis.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Lámpara de haz dirigible.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Negatoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Sierra para yeso o en su defecto cizalla y gubia.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Instrumental	**N/A**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala o área de curaciones**	Estuche de disección o equipo de sutura o de cirugía menor.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Esfigmomanómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Estetoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Estuche de diagnóstico completo con pilas de repuesto.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Lámpara de haz dirigible.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Monitor de signos vitales: electrocardiograma, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Ventilador mecánico.
Instrumental	**N/A**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Instrumental para sutura o de cirugía menor de acuerdo a la necesidad.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Carro camilla para adultos con barandales (de preferencia radiotransparente).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Elemento divisorio de material antibacteriano.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Mesa Pasteur.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Repisa para monitor de terapia intensiva de tres o cuatro canales.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Riel portavenoclisis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Urgencias**	**Sala de choque**	Bote para RPBI (bolsa roja).
UNIDAD QUIRÚRGICA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Cuarto séptico**	Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente, deberá estar accesible pero fuera del área de recuperación post anestésica.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Cuarto de aseo**	Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Transferencia de pacientes y Vestidores de personal**	**Existencia de un área de transferencia para pacientes.**

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Transferencia de pacientes y Vestidores de personal**	**Que se cuente con una barrera física, mecanismo o sistema de separación de acuerdo a la normatividad vigente.**
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Transferencia de pacientes y Vestidores de personal**	**Existencia de vestidores para el personal del área de la salud por género, con acceso hacia el área quirúrgica con circulación restringida y delimitada (acceso controlado).**
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Pasillo de circulación blanca**	**Lavabo o tarja para asepsia prequirúrgica de las manos (lavado quirúrgico)**
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Pasillo de circulación blanca**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo),

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Pasillo de circulación blanca**	Cepillera para uso quirúrgico,
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Pasillo de circulación blanca**	Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico,
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Pasillo de circulación blanca**	**Que cuente con una ventanilla de comunicación desde el pasillo de circulación blanca hacia la CEyE.**
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	**Paredes estén recubiertas de material de fácil limpieza y que no tenga ranuras, orificios o poros y que cuenten con curvas sanitarias.**

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	Áreas Médicas	Cirugía	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad Quirúrgica	Área blanca sala de operaciones	Ventilación artificial con instalación que permita que el aire sea inyectado por la parte superior de la sala y extraído en la parte inferior , de tal manera que no permita la recirculación de aire para evitar la concentración de gases anestésicos y medicinales.
Instalaciones	Áreas Médicas	Cirugía	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad Quirúrgica	Área blanca sala de operaciones	Puertas de doble abatimiento y con mirillas.
Instalaciones	Áreas Médicas	Cirugía	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad Quirúrgica	Área blanca sala de operaciones	Piso resistente al agua, no conductor de corriente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	**Instalaciones fijas de oxígeno y aire (gases medicinales).**
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Dispositivos para aspiración de líquidos y secreciones, de succión regulable, éstos podrán ser fijos o portátiles.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Asiento, asiento giratorio con respaldo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Banqueta de altura.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo) .
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Brazo giratorio (en su caso)
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Cubeta de acero inoxidable 12 litros.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Mesa carro anestesiólogo (en su caso).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Mesa Mayo con charola.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Mesa quirúrgica.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Mesa riñón.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Mesa transportadora de material.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Porta cubeta rodable.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Porta lebrillo doble.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Riel portavenoclisis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Lámpara para emergencias portátil.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Lámpara doble para cirugía.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Negatoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Reloj para sala de operaciones con segundero.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Unidad electroquirúrgica.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Equipo móvil de rayos X
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	Unidad básica de anestesia (de acuerdo al tipo de procedimientos puede ser una unidad intermedia de anestesia o una unidad avanzada de anestesia, que cuente como mínimo con:

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	1. Un vaporizador.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	2. Gabinete con ruedas , dos con freno.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	3. Un cajón.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	4. Mesa de trabajo con iluminación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	5. Repisa para monitores (en su caso).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	6. Yugos para cilindros de O2 y N2O.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	7. Medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	8. Contactos eléctricos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de Apoyo para el Tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	9. Batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado .
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	10. Flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	11. Flush y sistema de guarda hipóxica o FiO2, con alarma audible y visible.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	12. Ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	13. Circuito de reinhalación con sistema canister.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área blanca sala de operaciones**	14. Monitor de signos vitales con desplieque de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Bolsa de reinhalación 3.0 litros, 5.0 litros,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Circuito de reinhalación tipo Bain largo, C,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas,
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas,
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Mango de laringoscopio,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0),

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos,
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Hoja articulada curva,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Resucitador manual adulto,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.),
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Cánulas orofaríngeas (juego con números del 5 al 9),
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Estetoscopio esofágico adulto,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Pinza de Magill adulto,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente adulto**	Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Bolsa de reinhalación 0.5 l, 1.0l, 1.5l,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Circuito de reinhalación tipo Bain corto,
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Hojas de laringoscopio (juego) 00 - 2 rectas,
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Hojas de laringoscopio (juego) 0 - 2 curvas,
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Mango de laringoscopio,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Mascarillas de anestesia transparentes (juego), No. 00.0, No. 0.0, No. 1.0, No. 2.0,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes pediátricos,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Resucitador manual pediátrico,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Tubos endotraqueales sin balón, transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 6.0 mm D.I.),
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Tubos endotraqueales con balón, transparentes y estériles (juego con números del 6.0 al 9.5 mm D.I.),
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales pediátricas,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Cánulas orofaríngeas (juego con números del 00 al 5),

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Estetoscopio esofágico pediátrico,
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente pediátrico**	Pinza de Magill pediátrica,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente neonatal**	Resucitador manual neonatal,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Insumos paciente neonatal**	Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente neonatal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Área específica para el estacionamiento de camillas contigua a la zona de transferencia.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Carro camilla tipo transfer.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Ventilación artificial.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Mesa con tarja para hacer el lavado de los materiales e instrumental reutilizables.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Mesa alta con doble fregadero central y bote para RPBI (bolsa roja) para el prelavado de instrumental.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Locales para la guarda de equipo de utilización intermitente, ropa, insumos y medicamentos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	Cada módulo de recuperación debe contar con: 1. Carro camilla para recuperación (un módulo por sala de operaciones como mínimo).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	2. Elemento divisorio de material antibacteriano.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	3. Riel portavenoclisis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	4. Monitor de signos vitales: ECG, presión arterial por método no invasivo, temperatura y oxímetro.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	5. Tomas de oxígeno.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	6. Toma de aire comprimido.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Área gris Área de recuperación post-anestésica**	7. Equipo para aspiración controlada.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de Apoyo para el Tratamiento**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico**	Mascarilla válvula balón para presión positiva.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico**	Fuente portátil de oxígeno.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico**	Monitor de traslado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico**	Sistema de ventilación.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad Quirúrgica**	**Equipamiento mínimo indispensable para el traslado intrahospitalario de pacientes en estado crítico**	Camilla con barandales de traslado de paciente.
TOCOCIRUGÍA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tococirugía**	**Condiciones generales**	**Se debe cumplir con la totalidad de condiciones de la unidad quirúrgica.**

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tococirugía**	**Requisitos Generales**	Debe estar ubicada cercana al área de labor, en el caso de que forme parte de un área quirúrgica, deberá ubicarse lo más independiente posible, procurando evitar el tránsito hacia las otras salas de operaciones.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tococirugía**	**Requisitos Generales**	Los acabados e instalaciones reúnen las características mínimas de las salas de operaciones descritas para quirófano
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tococirugía**	**Requisitos Generales**	Área exclusiva para la atención de la persona recién nacida que cumpla con los requerimientos mencionados en área tocología.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tococirugía**	**Requisitos Generales**	Equipo para reanimación neonatal mencionados en área de tocología.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tococirugía**	**Requisitos Generales**	Equipo móvil de rayos X
TOCOLOGÍA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Condiciones generales**	Señalización, i**nfraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Cuarto séptico**	Cuarto septico de acuerdo a lo descrito anteriormente, deberá estar accesible pero fuera del área de recuperación pos anestésica.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Cuarto de aseo**	Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Área con acceso directo desde la sala de espera, al módulo de recepción y control, cercana al consultorio de valoración del servicio de urgencias obstétricas, al área de choque y a la unidad de tococirugía.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Camilla.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Mesa de exploración ginecológica.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Mesa Pasteur.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Baño anexo con regadera.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	Caja roja obstétrica con los siguientes medicamentos: 1. Sulfato de magnesio, sol. Iny. De 1g./10 ml (20 frascos ámpula).
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	2. Bicarbonato de sodio, sol. Iny. De 10 ml 7.5% (10 frascos ámpula).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	3, Furosemida, sol. Iny de 20 mg/2 ml (5 frascos ámpulas).
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	4. Gluconato de calcio, sol. Iny.10 ml (10 frascos ámpula).
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	5. Nifedipino cápsulas de gelatina blanda de 10 mg (1 caja o 20 cápsulas).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	6. Dexametasona, sol. Iny. De 8 mg/2 ml (2 frascos ámpula)
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	7. Hidralazina, sol. Iny. De 20 mg/ml (5 frascos ámpula).
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Valoración Obstétrica-Preparación**	8. Fenitoína, sol. Iny. De 250 mg/5 ml (4 frascos ámpula).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Espacio tributario suficiente para las actividades realizadas que permitan el fácil traslado de camillas a la sala de expulsión.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Esfigmomanómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Estetoscopio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Estetoscopio de Pinard (o equipo equivalente para captar ruidos cardiofetales).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Cardiotocógrafo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio con pilas y focos de repuesto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Lámpara de haz dirigible.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Cubeta de acero inoxidable de 12 litros con porta cubeta rodable.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Carpeta porta expedientes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	Cada módulo cuenta con: 1. Toma de oxígeno.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	2. Elementos divisorios de material antibacteriano, impermeable y de fácil limpieza.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	3. Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	4. Cama- camilla para trabajo de parto.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	5. Colchón de hule espuma para cama de trabajo de parto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Labor**	6. Riel portavenoclisis.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Equipo básico para anestesia con las siguientes características: 1. Circuito anestésico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	2. Oxímetro de pulso.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	3. Aspirador de pared o portátil para secreciones.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	4. Bolsa de reinhalación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	5. Monitor de presión arterial sistólica, diastólica y media no invasiva.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	6. Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas, hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	7. Mango de laringoscopio.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	8. Mascarillas de anestesia transparentes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	9. Monitor para electrocardiografía continua.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	10. Tanque de oxígeno o fuente central.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	12. Ventilador transoperatorio mecánico para adulto y para niño.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	13. Termómetro digital.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	14. Tubos endotraqueales con balón.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	15. Guía flexible para sondas endotraqueales adulto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	16. Cánulas oro faríngeas.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	17. Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	18. Juego de agujas para espacio subaracnoideo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Lámpara de haz dirigible.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Lámpara para emergencias portátil.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Aspirador portátil para succión regulable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Instalaciones fijas para el suministro de oxígeno y aspiración controlada.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Asiento y asiento con respaldo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Banqueta de altura.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Bote para RPBI(bolsa roja)
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Mesa de apoyo para atención del recién nacido.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Mesa Mayo con charola.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Mesa para atención obstétrica.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Mesa Pasteur.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Riel portavenoclisis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Mesa carro anestesiólogo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Reloj con segundero.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Báscula pesa bebes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Lámpara para emergencias portátil.
Instrumental	**N/A**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Recipiente cerrado para desinfección de material usado.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Expulsión**	Modulo de lavado de médicos obstetras contiguo a la sala de expulsión.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Recuperación obstétrica**	Cubículo con cama camilla y elemento divisorio de material antibacteriano con espacio tributario suficiente para la circulación de personal.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Recuperación obstétrica**	Instalaciones para suministrar oxígeno y realizar aspiración controlada.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Recuperación obstétrica**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Recuperación obstétrica**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Recuperación obstétrica**	Riel portavenoclisis.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Área exclusiva para la atención de la persona recién nacida.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Sistema de aspiración, conexión de sondas, instalación de conexiones de oxígeno humidificador de burbuja y flujómetro integrado.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Mesa de reanimación o cuna térmica o mesa de apoyo para atención del recién nacido.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Báscula pesabebés.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	kits desechables para el pinzamiento del cordón umbilical.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Compresa o toalla estéril.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Campo seco estéril.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Brazaletes de identificación
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Vitamina K ámpula.
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Cloranfenicol solución oftálmica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Fuente de calor alejada de ductos de aire acondicionado.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	Equipo para reanimación neonatal: 1. Equipo de aspiración (pera de goma, sondas de aspiración 5 o 6 F, 8 F y 10 o 12 F., sonda nasogástrica 8 F., jeringa 20 ml., dispositivo para aspiración de meconio).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	2. Equipo de bolsa y máscara (bolsa neonatal con válvula de liberación o manómetro que suministre O2 90-100%, máscaras tamaño para recién nacido y prematuro, oxígeno con medidor de flujo, humidificador de burbuja y tabuladoras).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	3. Equipo de intubación (laringoscopio hoja recta No 0 y No 1, focos y batería de repuesto, tubos endotraqueales 2.5, 3, 3.5 y 4 mm.
Instrumental	**N/A**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	4. Estilete (opcional).
Instrumental	**N/A**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	5. Tijeras.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	6. Cinta adhesiva.
Material Consumible	**Medicamentos**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	7. Medicación (adrenalina ámpula, solución fisiológica o Ringer Lactato 100- 250 ml., bicarbonato de sodio al 4.2%, dextrosa al 10% 50ml.).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	8. Cateterización umbilical (guantes estériles, bisturí o tijeras, solución de Iodopovidona, cinta para cordón umbilical, sondas umbilicales 3.5 F., 5 F., llave de tres vías, jeringas de 1, 3, 5, 10, 20 y 50 ml., agujas calibre 18, 21, 25 o dispositivos de punción para sistema sin aguja).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Gineco - Obstetricia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Tocología**	**Área para la atención de la persona recién nacida**	9. Varios (reloj, estetoscopio, cinta adhesiva, cánulas oro faríngeas, monitor cardiaco y/o oxímetro de pulso (opcional).
CEyE							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Condiciones generales**	Señalización, i**nfraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Requisitos generales**	Control de acceso (filtro de acceso).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Requisitos generales**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida y despachador de toallas desechables.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Requisitos generales**	Bote para basura municipal.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Requisitos generales**	**Áreas de: lavado de instrumental, preparación de ropa y materiales, ensamble para formación de paquetes y esterilización.**
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Requisitos generales**	**Ventanilla de comunicación hacia el pasillo de la circulación blanca.**

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	Áreas Médicas	CEyE	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	C.E.y E.	Requisitos generales	Por lo menos con una ventanilla de comunicación a la circulación negra.
Equipo	Equipo Biomédico	CEyE	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	C.E.y E.	Requisitos generales	Al menos con un autoclave.
Mobiliario	Mobiliario Médico	CEyE	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	C.E.y E.	Requisitos generales	Anaqueles para paquetes esterilizados, anaqueles para paquetes pre-esterilización, mueble para guarda de insumos, mesa alta con tarja, mesa para preparación de paquetes, esterilizador, equipos e instrumental apropiados para cirugías diversas de acuerdo a sus necesidades.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**CEyE**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**C.E.y E.**	**Requisitos generales**	Que cuente con ventilación artificial.
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS, PEDIÁTRICOS Y NEONATALES							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Condiciones generales**	Señalización, i**nfraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Filtro de Acceso**	Control de acceso a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Filtro de Acceso**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Filtro de Acceso**	Bote de basura municipal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Filtro de Acceso**	Material para la colocación de las barreras de protección, (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Central de enfermeras**	Ventilador mecánico de presión y de volumen.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Central de enfermeras**	Equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter percutáneo y venoclisis,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cuarto séptico**	Cuarto séptico de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cuarto de aseo**	Cuarto de aseo acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	Equipo biomédico	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)	Cubículos o módulos para la atención	Sistema de control térmico ambiental y de ventilación con filtrado de alta eficiencia que mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%., que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora
Instalaciones	Áreas Médicas	Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)	Cubículos o módulos para la atención	Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	Cubículos de atención con espacio suficiente para la ubicación de la cama, cuna o incubadora y el equipo de monitoreo o soporte.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	Paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	Que en cada cubículo existan al menos: 1. 16 contactos eléctricos grado médico.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	2. Dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	3. Una toma fija de aire comprimido.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	4. Al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	5. Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto roja o amarilla).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	6. Bote con bolsa roja para RPBI y contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	7. Cama de hospitalización de múltiples posiciones, con cabecera desmontable o abatible, barandales abatibles y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes) en su caso
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	8. Cuna de calor radiante, con el equipo mínimo siguiente: barandales abatibles de material transparente, colchón de material anti alergénico y radiolúcido, charola para placas de rayos X, lámparas de iluminación, de luz fría, poste de venoclisis, riel lateral para montaje de accesorios, ruedas antiestáticas, sensor de temperatura reutilizable, sistema de aspiración y flujómetro de oxígeno integrado (en su caso).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención**	9. Cuna hospitalaria con barandales abatibles y ruedas (en su caso).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención UCIN**	Que el área para la extracción de leche tenga dimensiones mínimas de 6 m^2.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención UCIN**	Que las ventanas permitan la entrada de luz natural, con una distancia mínima de separación entre la ventana y las cunas de 0.6 m (las ventanas deben contar con una cubierta de material anti reflejante que minimice la pérdida o ganancia de calor).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención UCIN**	Que se cuente con controles para cada módulo que permitan regular la intensidad y apagado inmediato de luz ambiental.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Bomba de infusión continua para medicamentos y volúmenes diversos

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Estetoscopio, con cápsula tamaño pediátrico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Lámpara de haz dirigible.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Monitor de signos vitales con accesorios para paciente pediátrico, que registre frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva, tensión arterial invasiva y trazo electrocardiográfico y en su caso, módulos de presión para diferentes cavidades orgánicas, gasto cardiaco, monitoreo neurológico de conciencia (EEG) y capnografía, termómetro con porta termómetro, ventilador de presión, de volumen y de alta frecuencia, en su caso, con monitoreo de curvas de ventilación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Báscula con estadímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Báscula pediátrica (pesa bebé)
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Electrocardiógrafo móvil con accesorios complementarios adaptables, para pacientes pediátricos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Equipo de oxigenoterapia mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Monitor de transporte.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Ventilador de transporte, en su caso, puede ser utilizado el ventilador estacionario de presión y volumen, siempre y cuando tenga capacidad de autonomía, dispositivo para movilizar al paciente (grúa) con capacidad para pesar a menores de diferentes edades.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Camilla para traslado. con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo**	Esfigmomanómetro con juego de brazaletes adecuados a la edad del paciente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación, control de proporción de oxígeno (con mezclador de gases oxígeno/aire), temperatura y nebulización, bolsa para reanimación autoinflable entre 250 y 500 ml con reservorio de oxígeno.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Bombas de micro infusión continua pediátricas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Bombas de micro infusión de jeringa para programar la velocidad de infusión al menos de 0.1 ml por hora.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Equipo mezclador de gases para concentraciones del 21 al 100% de oxígeno
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Estetoscopio neonatal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Monitor de signos vitales con accesorios para paciente neonato, con registro de frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, temperatura, tensión arterial no invasiva, tensión arterial invasiva y trazo electrocardiográfico, termómetro con porta termómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Ventilador pediátrico/neonatal, limitado por presión convencional y que cuente con modo de alta frecuencia oscilatoria (con humidificador, nebulizador, sensor de flujo y de temperatura del aire inspirado que llega a las vías aéreas del neonato).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Báscula pesabebés con capacidad de registro de 1 g a 10 Kg.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Electrocardiógrafo móvil con capacidad para desplegar 12 derivaciones simultáneas, con accesorios complementarios adaptables para el neonato.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Estuche de diagnóstico completo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Lámpara de haz dirigible.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Lámpara de mano.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículos o módulos para la atención: Equipo UCIN**	Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Incubadora de Traslado: UCIN**	Incubadora de traslado que proporcione ambiente controlado de humedad, temperatura y oxigenación, así como el mínimo trauma con el movimiento, además del equipo mínimo siguiente: cubierta transparente con visibilidad total en los 360°, con capacete de doble pared para evitar pérdida de temperatura radiante.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Incubadora de Traslado: UCIN**	Monitor de transporte, con despliegue digital de temperatura del aire de la cámara, temperatura del paciente, medición de saturación de oxígeno y frecuencia cardiaca, portillos (cinco o más) para tener acceso al paciente

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Incubadora de Traslado: UCIN**	Sistema para circulación de aire, regulador de la temperatura de aire de 23 a 38°C sin sobrepasar los 39°C.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Incubadora de Traslado: UCIN**	Soporte para dos tanques de oxígeno con una capacidad de 415 L como mínimo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Incubadora de Traslado: UCIN**	Ventilador de transporte neonatal electrónico controlado por presión: mezclador de gases para proveer fracción inspirada de oxígeno del 21 al 100%, respaldo de batería de 5 horas como mínimo.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Que en cada cubículo existan dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal, una toma fija de aire comprimido, así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Cubículo o módulo de aislamiento**	Bote de basura municipal.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Área de preparación de mezclas de soluciones y medicamentos UCI, Intensivos y Crecimiento y Desarrollo**	Espacio físico y cerrado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Área de preparación de mezclas de soluciones y medicamentos UCI, Intensivos y Crecimiento y Desarrollo**	Con acceso restringido.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Área de preparación de mezclas de soluciones y medicamentos UCI, Intensivos y Crecimiento y Desarrollo**	Mesa de acero inoxidable

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Nutrición parenteral y enteral (propio o subrogado) UCI, Intensivos y Crecimiento y Desarrollo**	Campana de flujo laminar horizontal.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Nutrición parenteral y enteral (propio o subrogado) UCI, Intensivos y Crecimiento y Desarrollo**	Que exista espacio físico específico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Pediátricos y Neonatales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Intensivos (Adultos, Pediátricos y Neonatales)**	**Nutrición parenteral y enteral (propio o subrogado) UCI, Intensivos y Crecimiento y Desarrollo**	Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral.
LABORATORIO CLÍNICO							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Sala de espera.**	Sala de espera de acuerdo a lo arriba mencionado y a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Recepción**	Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Condiciones generales**	Circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Condiciones generales**	Cuente con almacén para guarda de sustancias, materiales y reactivos.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras**	Asiento con respaldo para el paciente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras**	Contenedor rígido para punzocortantes.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras**	Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras**	Repisa descansa brazo o mesa con cojín.
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras**	Torundero con tapa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Vestidor.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Ropa para pacientes.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Banqueta de altura.
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Espejo Graves varias medidas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Lámpara con haz dirigible.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Mesa de exploración ginecológica.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Toma de Muestras Ginecológicas**	Mesa Pasteur o su equivalente.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Autoclave.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Canastilla para transportar material de acuerdo con el tipo de material de que se trate.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Mueble para guarda de materiales.
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Equipo o instrumentos esterilizados.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Mesa de trabajo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Repisas.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de lavado de Material, Esterilización o Sanitación**	Tarja.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Equipo para Contingencias**	Dispositivos para el lavado de manos y cara, en particular para los ojos en situaciones de emergencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Banco o silla apropiados para el técnico y actividad que ejecuta.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Mueble para guarda de materiales, equipo o instrumentos esterilizados.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Mesa de trabajo con o sin respaldo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Equipo básico o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Agitador eléctrico rotatorio de uso múltiple de velocidad fija.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Gradillas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Refrigerador con termómetro para control de la temperatura.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Equipo para biometría hemática y coagulación o su equivalente tecnológico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Agitador de pipetas de Toma.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Cámara de Neubauer de cristal, con dos compartimentos de 0.1 milímetro de profundidad. Con cubreobjetos de 20x26x0.4 milímetros de grosor uniforme especial para dicha cámara.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Centrífuga de mesa, cabezal intercambiable, tacómetro, reloj hasta 60 minutos, con regulador de velocidad hasta 4900 revoluciones por minuto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Centrífuga de mesa para micro hematocrito, para tubos capilares en posición horizontal con reloj y freno. Velocidad de 11,500 a 15,000 revoluciones por minuto.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Coagulómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Contador de células.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Lector de micro hematocrito.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Microscopio binocular con enfoque macro y micrométrico, platina con movimientos en cruz, iluminación en la base, revólver para 4 objetivos, filtro despulido y transformador variable.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos blancos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Pipeta de vidrio, de Toma o similar, para diluir glóbulos rojos.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Pipeta salí.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Equipo para química sanguínea, serología e inmunología o su equivalente tecnológico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Baño de agua sin circulación forzada con termostato.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Espectrofotómetro con ancho de banda para la longitud de onda de 325 a 825 nanómetros, ancho de ventana de 20 nanómetros.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Gradilla para tubos de ensaye.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Marcador de intervalos de tiempo provisto de alarma.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Pipetas de volumen variable.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Pipetas volumétricas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Hematología, Coagulación, Serología Inmunología y Química Sanguínea**	Equipos automatizados.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Parasitología**	Mesa de trabajo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Parasitología**	Equipo o su equivalente tecnológico de: Asa de alambre.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Parasitología**	Centrífuga.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Parasitología**	Mechero de metal inoxidable con quemador de alta temperatura provisto con regulador de llama.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Parasitología**	Soporte.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio Clínico**	**Área de Parasitología**	Rejilla.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
BANCO DE SANGRE							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras: Recepción**	Recepción para solicitudes de estudios y entrega de resultados, registro de pacientes para toma de muestra.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Asiento con respaldo para el paciente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Contenedor rígido para punzocortantes.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Cubeta, cesto o soporte para la bolsa de residuos peligrosos biológico-infecciosos.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Repisa descansa brazo o mesa con cojín.
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Torundero con tapa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Laboratorio de inmunohematología.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Área de refrigeración
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Área de congelación
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Infraestructura Servicio de Transfusión sin Recolección de Unidades y Toma de Muestras**	Recepción y suministro de productos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Documentación y captura de datos de donadores
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Sala de espera.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Promoción.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Oficina de responsable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Sala de espera extracción.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Baños para pacientes por género.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Consultorios médicos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Área de Extracción de sangre cuenta con: 1. Esfigmomanómetro con brazalete de acuerdo a su principal actividad.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	2. Báscula con estadímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	3. Estetoscopio biauricular con campana.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	4. Estuche de diagnóstico completo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	5. Lámpara de pie rodable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	6. Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	7. Sillón para donador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	8. Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	9. Máquina de aféresis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	10. Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	11. Termómetros digitales.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Comedor donadores.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Archivo clínico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Recepción y envió de productos.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Puesto de Sangrado**	Baños y vestidores para personal por género.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Documentación y captura de datos de donadores.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Sala de espera.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Oficina de responsable.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Sala de espera extracción.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Baños para público por género.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Consultorios médicos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Área de extracción de sangre cuenta con: 1. Esfigmomanómetro con brazalete de acuerdo a su principal actividad.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	2. Báscula con estadímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	3. Estetoscopio biauricular con campana.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	4. Estuche de diagnóstico completo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	5. Lámpara de pie rodable.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	6. Sellador eléctrico para tubos de bolsas de sangre.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	7. Sillón para donador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	8. Balanzas mezcladoras para bolsas de sangre.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	9. Máquina de aféresis.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	10. Tanque de oxígeno portátil con manómetro regulador y flujómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	11. Termómetros digitales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Comedor donadores.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Archivo clínico.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Recepción y envió de productos.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Baños y vestidores para personal por género.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Servicio de Transfusión con Recolección de Unidades**	Laboratorio de inmunohematología.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Sala de espera y promoción.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Oficina de responsable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Sala de espera extracción.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Baños para público por género.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Consultorios médicos.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Extracción de sangre y aféresis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Comedor donadores.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Archivo clínico.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Recepción y envió de productos.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cuarto de conservación de sangre y componentes sanguíneos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Baños y vestidores para personal por género.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Fraccionamiento.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cámara de congelación -30°C para cuarentena.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cámara de congelación -30°C para liberación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cámara de conservación. -4°C cuarentena.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cámara de conservación -4°C liberación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cámara de conservación -4°C.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Entrega a hospitales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Biología molecular.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Laboratorio de serología.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Laboratorio de inmunohematología.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Oficina de laboratorio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Oficina de control de calidad.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Laboratorio de control de calidad.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Banco de Sangre para más de 5,000 Unidades Procesadas Anualmente**	Cámara de conservación -4°C para reactivos e insumos almacén.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Agitador de microplacas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Baño maría.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Centrífuga de mesa.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Centrífuga de lavadora de glóbulos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Centrífuga para micro hematocrito.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Centrífuga universal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Congelador muestras.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Estufa bacteriológica.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Carro para transporte de muestras.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Horno para secado de material.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Agitador Vortex.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Microscopio de inmunofluorescencia.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Pipeta multicanal 50 - 300 ul y 50 - 500 ul, pd31:n33 pipetas automáticas 100, 50, 500 y 10 ul, pipetas automáticas volumen variable 2 a 10 ul, 200 a 1000 ul, 40 a 200 ul y 5 a 40 ul.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Refrigerador para muestras.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Refrigerador para reactivos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Rotor (agitador).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Analizador automático inmunohematológico (para pruebas cruzadas).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Analizador hematológico (para biometría hemática).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Equipo automatizado para serología.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Incubador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Lavador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Lector para ELISA.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Incubadora.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Laboratorio Propio o Anexo al Banco de Sangre.**	Centrífuga para técnicas en gel.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Red fría**	Refrigeradores.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Red fría**	Congeladores.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Red fría**	Cámaras frías.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Red fría**	Agitadores de plaquetas destinados al almacenamiento de las unidades de sangre y componentes sanguíneos, o bien, los refrigeradores o congeladores de laboratorio para la conservación de reactivos o muestras.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Agitador de plaquetas con incubadora.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Balanza granataria capacidad 0 a 2,200 gr.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Baño maría.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Campana de flujo laminar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Centrífuga refrigerada -15°C a -30°C.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Conector estéril de manguera.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Extractor de plasma.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Extractor automatizado de plasma para fraccionar la sangre en sus componentes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Área de Fraccionamiento**	Sellador eléctrico para tubos de bolsa de sangre.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Analizador de pH (potenciómetro).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Balanza analítica.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Cronómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Foto tacómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Marco de pesas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Sistema de filtración purificación de agua.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Termómetro de mercurio líquido en vidrio para laboratorio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Termómetro de alcohol líquido en vidrio para laboratorio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Termómetro digital con Termopar.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Coagulómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Agregómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Banco de Sangre**	**Control de Calidad**	Sistema automático para la detección de microorganismos aeróbicos y anaeróbicos.
IMAGENOLOGÍA							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Equipo de radiodiagnóstico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Chasis con rejilla incluida, chasis con rejilla incorporada y pantalla intensificadora tipo universal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Soporte de tubo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Seriógrafo con intensificador de imagen (para equipo con fluoroscopia).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Bucky vertical.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Espesómetro graduado en cm y/o pulgadas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Lámpara de haz dirigible. (colomador de haz de rayos X)
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Mampara de protección con vidrio plomoso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Mandiles.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Collarines.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Protectores de tiroides.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Protectores de gónadas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Mesa fija horizontal con bucky integrado y porta chasis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Portavenoclisis rodable.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Medios de contraste
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Alacena alta.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Área de consola de control con ventanilla plomada.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Mesa para carga y descarga de chasis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Vestidores y sanitarios para pacientes.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Área de almacenamiento de película.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de Rayos X simple y con Medios de Contraste**	Equipo de protección: cortinillas plomadas, marco plomado alrededor de la pantalla, placas de plástico plomado, mamparas, filtros compensadores.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	Asiento.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	Mesa alta para carga y descarga de placas o películas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	Soporte porta placa de pared.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	Revelado convencional (en su caso).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	1. Lámpara de seguridad para cuarto oscuro, con filtros.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	2. Revelador de carga automática o manual sistema de secado de radiografías (placas) cuando es revelado manual.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	3. Sistema para marcar placas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	4. Tanque de revelado manual.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	5. En su caso, sistema de extracción de aire.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Cuarto de revelado**	Sistema de revelado digital (en su caso).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Interpretación**	Asiento.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Interpretación**	Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Interpretación**	Mesa escritorio o mobiliario modular para los monitores de la estación de interpretación (en su caso) o para la interpretación de placas radiográficas
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Interpretación**	Lámpara de luz intensa.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Interpretación**	Negatoscopio de al menos 1,000 cd/m2 para estudios de RX convencionales y de al menos 3 MP para el resto de las modalidades.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Mamografía**	Equipo de radiodiagnóstico de mama.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Mamografía**	Lámpara de haz dirigible.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Mamografía**	Asiento.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Mamografía**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Mamografía**	Vestidor con sanitario.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Equipo completo de ultrasonido con unidad de registro de imágenes.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Asiento.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Mesa de exploración o camilla.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Vestidor con sanitario.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Protección del POE y pacientes**	Mandil con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo cuando cubra solamente el frente del cuerpo, o mandil de al menos 0.25 mm cuando cubra completamente el frente, los costados del tórax y pelvis.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Protección del POE y pacientes**	Guantes de compresión con espesor equivalente a al menos 0.5 mm de plomo, guantes para intervención con espesor equivalente de al menos 0.25 mm de plomo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Protección del POE y pacientes**	Collarín para protección de tiroides con espesor equivalente de al menos 0.5 mm de plomo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Protección del POE y pacientes**	Anteojos para protección del cristalino, con cristales de espesor equivalente de al menos 0.2 mm de plomo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Protección del POE y pacientes**	Blindaje gonadal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
FARMACIA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Espacio Físico**	Se encuentra en el vestíbulo principal del establecimiento.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Espacio Físico**	Cuenta con área de mostrador o ventanilla de despacho.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Espacio Físico**	Cuenta con área de almacén para estiba.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Espacio Físico**	Área de resguardo específica para conservar los medicamentos caducos.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Espacio Físico**	Mobiliario y estantería tenga una separación mínima de 20 cm del piso y del techo.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Espacio Físico**	Termohigrometro con no más de 65% de humedad relativa, a temperatura ambiente (no mayor a 30 °C).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Equipo**	El área cuenta con: Refrigerador exclusivo para el área de farmacia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Equipo**	Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Equipo**	Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Guarda de Medicamentos Controlados**	Mueble con cerradura para guarda de medicamentos controlados, así como para los que requieran refrigeración.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Farmacia**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Farmacia**	**Guarda de Medicamentos Controlados**	Área específica para cada medicamento controlado en el equipo de refrigeración.
ANATOMÍA PATOLÓGICA							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Administración, Recepción, Registro de Especímenes y Entrega de Resultados**	Cuenta con mobiliario adecuado a las características y necesidades específicas de cada laboratorio de anatomía patológica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Toma de Muestras, Disección y Toma de cortes**	Mobiliario,
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Toma de Muestras, Disección y Toma de cortes**	Equipo
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Toma de Muestras, Disección y Toma de cortes**	Instrumental
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Toma de Muestras, Disección y Toma de cortes**	Material para toma de muestras.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Cuenta con el espacio físico y equipo para la disección y toma de cortes.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Cuenta con los insumos para que se realice el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos**	Sistema para inclusión de tejidos en parafina u otros materiales, manual o automatizado.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos**	Equipo de corte histológico, tinción, montaje y etiquetado, manual o automatizado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos**	Equipo de protección para el personal.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Asiento.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Bote para RPBI (bolsa roja).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Dispensador de jabón líquido.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Mesa alta de trabajo con tarja.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Mesa baja para microscopio con control de iluminación ambiental.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Sistema de archivo para documentos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos mobiliario**	Sistema de archivo para laminillas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos Equipos**	Microscopio binocular, ocular 10x de campo amplio con cuatro objetivos: 3.2, 10, 40x e inmersión.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos Equipos**	Micrótomo para muestras incluidas en parafina.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos Equipos**	Micrótomo para corte de muestras por congelación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Laboratorio para el Desarrollo de los Procesos Técnicos Equipos**	Cajas de tinción con las gradillas correspondientes.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Almacén de especímenes.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Mesa de necropsias.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Tarja para lavado de material.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Sistema de refrigeración para cadáveres.
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Equipo e instrumental de corte y disección para necropsia.
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Charolas y recipientes herméticos.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Mueble para guarda de instrumental.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Contenedores para la disposición de residuos peligrosos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Balanza.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Equipo fotográfico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Equipo de protección personal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Extractor de aire.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Sala de necropsias, conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres**	Área de conservación y almacenamiento de órganos, tejidos y cadáveres.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Archivo de protocolos, guarda de laminillas, informes de resultados y bloques de parafina**	Cuenta con el mobiliario correspondiente.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Área de microscopía electrónica (en su caso)**	Áreas de proceso, corte, contraste y observación con sistema de captura y almacenamiento de imágenes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Área de microscopía electrónica (en su caso)**	Mobiliario para almacenamiento de reactivos y material.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Anatomía Patológica**	**Área de depósito y estación temporal de RPBI, materiales y reactivos.**	Que cuente con recipientes acordes a las características y necesidades específicas, de cada laboratorio de anatomía patológica.
ENSEÑANZA							
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Enseñanza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Enseñanza**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Enseñanza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Enseñanza**	**Condiciones Generales**	Sanitarios independientes para hombres y mujeres.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Enseñanza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Enseñanza**	**Aulas**	Aulas para personal en formación
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Enseñanza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Enseñanza**	**Bibliohemeroteca**	Que cuente con acervo de resguardo de libros, revistas y tesis de interés para las áreas médica y técnico-administrativa.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Enseñanza**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Enseñanza**	**Área Administrativa**	Que cuente con un área administrativa y recursos materiales, tecnológicos y de infraestructura que permitan llevar a cabo las actividades correspondientes

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							(cuando en el establecimiento se lleven a cabo actividades de investigación para la salud).
INHALOTERAPIA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Área Física**	Área de atención para pacientes ambulatorios.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Área Física**	Área para la limpieza, preparación y acondicionamiento de los equipos que se utilizarán para pacientes ambulatorios u hospitalizados.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Área Física**	Área para el depósito y guarda de insumos y equipos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Área de atención**	Cubículos individuales de tratamiento (cubículo individual será de 5,00 m^2).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Área de atención**	Conexiones centrales de oxígeno y gases medicinales, o en su defecto tanques de oxígeno para cada cubículo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Esterilizador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Espirómetro o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Inspirómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Vaporizador humedecido.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Nebulizador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Micronebulizador o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Lavadora de equipo de inhaloterapia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Unidad de secado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Flujómetro de pared estándar.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Oxímetro de pulso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Equipo**	Percutor electrónico (percutor neonatal).
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Mobiliario**	Mesa con tarja.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Mobiliario**	Sillón reclinable.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Mobiliario**	Lavadero de acero inoxidable.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Mobiliario**	Mueble con zona baja de almacenamiento y para empotrar lavadero.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Inhaloterapia**	**Mobiliario**	Vitrina para instrumental y material estéril.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
DIETOLOGÍA							
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Condiciones generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Instalaciones y Áreas**	Que cuenten con instalaciones que eviten la contaminación de las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Equipos y Utensilios**	Ollas y cacerolas

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Equipos y Utensilios**	Licuadora tipo industrial
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Equipos y Utensilios**	Refrigerador.
Instrumental	**N/A**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Equipos y Utensilios**	Cucharones
Instrumental	**N/A**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Limpieza**	Cubiertos en cantidad suficiente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Equipos y Utensilios**	Demás equipos y utensilios requeridos.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa alta de doble tarja.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa con fregadero
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Triturador de desperdicios.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa con respaldo y doble fregadero para ollas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa con respaldo y fregadero.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa lisa con escurridero.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa lisa con respaldo y entrepaños.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Mesa lisa de apoyo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Carro transportador de ollas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Estufa de 4 quemadores industrial.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Horno rectangular.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Bote para basura tipo municipal.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Carro de distribución de comida.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Mobiliario**	Marmita de vapor.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Servicios**	Que se disponga de agua potable y cisternas e instalaciones apropiadas para su almacenamiento y distribución.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Servicios**	Sistema local de tratamiento del agua, sistema local de calentamiento del agua.
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Servicios**	El drenaje cuente con trampas contra olores, y coladeras o canaletas con rejillas.
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Servicios**	Que cuente con un sistema de evacuación de efluentes o aguas residuales.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Servicios sanitarios**	Que cuente con sanitarios con separaciones físicas completas y que no tengan comunicación directa ni ventilación hacia el área de

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							producción o elaboración.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Que exista almacén de víveres, de utensilios y cocina (marmita de vapor, sistema local de calentamiento del agua, sistema local de tratamiento del agua).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Mesas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Estibas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Tarimas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Anaqueles.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Entrepaños.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Almacén de víveres, utensilios y cocina**	Estructura para la colocación de las materias primas, alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de Materias Primas**	Cuente con materias primas e insumos inspeccionados y clasificados antes de la producción o elaboración del producto.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control del Envasado**	Cuente con envases y recipientes.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Área de Elaboración**	Estación de lavado y desinfección de manos, provista de jabón o detergente y desinfectante, secador de aire caliente o toallas desechables y depósito para basura.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Temperatura**	Termómetros para el registro de la temperatura de los alimentos preparados y listos para servir.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Refrigeradores destinados a la descongelación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Hornos de microondas para la descongelación de alimentos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Área para descongelación de alimentos con despachador de agua y drenaje.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Área designada con despachador de agua, jabón, cepillo o estropajo y cloro o desinfectante de uso alimenticio para el lavado de frutas y vegetales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Espacio asignado para las vísceras en los refrigeradores o congeladores.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Termómetros calibrados para la recepción de productos de la pesca.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Área para ubicación de productos alimenticio o bebidas rechazados, separado del resto de alimentos.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Recipientes lisos lavables y con tapa para el agua potable utilizada en la elaboración y guarda del hielo para consumo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	Pinzas o cucharones específicos para servir el hielo.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Control de la Manipulación**	recipientes o utensilios desechables para probar la sazón de los alimentos.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Limpieza**	Desinfectantes en el área de guarda.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Limpieza**	Detergente o jabón líquido o en pasta

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Limpieza**	Yodo o cloro
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Limpieza**	Equipo mecánico para el lavado de loza o en su caso contar con máquina lava loza.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Dietología**	**Limpieza**	Trapos exclusivos de color claro para el secado de la loza o toalla de papel.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
SERVICIOS GENERALES							
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Condiciones Generales**	iluminación y ventilación adecuadas.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Condiciones Generales**	Instalación hidrosanitaria y eléctrica.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Condiciones Generales**	Ruta de evacuación y salidas de emergencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Condiciones Generales**	Piso este señalado el área tributaria y seguridad con pintura.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Condiciones Generales**	Drenaje con trampa de grasa.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Extintores**	Extintores colocados de acuerdo a la NOM-002-STPS-2010, con la fecha de la carga este vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Seguridad**	Instrucciones de seguridad aplicables en cada área y al alcance de los trabajadores.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Seguridad**	Equipo para protección del personal: cascos, tapones auditivos, guantes de carnaza, material aislante de electricidad, calzado de seguridad.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Casa de maquinas**	**Condiciones Generales**	Tuberías estén identificadas de acuerdo al código de colores vigentes y tener rotulado la dirección de flujo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Gases**	**Manifold**	Manifold exclusivo para oxígeno y otro en su caso, para óxido nitroso, ubicado al exterior del establecimiento principal.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Gases**	**Condiciones Generales**	Si existe rampa vehicular que no sea de asfalto ni de materiales inflamables.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Gases**	**Condiciones Generales**	Líneas de distribución para cada uno de los gases, estén tendidas en el exterior del edificio y fijas a los muros (identificarse con etiquetas y rotulación de color verde para oxígeno y con etiquetas y rótulos azules para óxido nitroso) las tuberías deberán contar con rótulos de dirección de flujo de los fluidos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Gases**	**Condiciones Generales**	Contenedores de gases medicinales cuenten con los señalamientos y colores para su fácil identificación (para el reemplazo o recarga).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Gases**	**Seguridad**	Sensores para el monitoreo de la presión de los gases.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Gases**	**Seguridad**	Alarmas ubicadas en la central de gases y otra en un área estratégica de control.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Central de Carga**	**Sistema de energía de emergencia**	**Planta de emergencia, UPS.**
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cisternas**	**Condiciones Generales**	Almacenamiento y distribución de agua potable para uso y consumo en las áreas del establecimiento.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cisternas**	**Seguridad**	Tomas especiales en los servicios que requieran agua, así como en los sistemas de distribución para emergencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Cisternas**	**Seguridad**	Cobertura los requerimientos internos del establecimiento al menos por 24 horas.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Almacén Temporal de RPBI**	**Condiciones Generales**	Espacio físico para el almacén temporal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Almacén Temporal de RPBI**	**Requerimientos**	Báscula apropiada para el volumen que genera el establecimiento.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Almacén Temporal de RPBI**	**Requerimientos**	Contenedores para recipientes de punzocortantes.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Almacén Temporal de RPBI**	**Requerimientos**	Contenedores para residuos peligrosos biológico- infecciosos (RPBI).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Almacén Temporal de RPBI**	**Requerimientos**	Sistema de refrigeración o refrigeradores para la conservación de los residuos patológicos humano o animal. (para establecimientos con clasificación mayor a Nivel I)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Lavandería**	**Condiciones Generales**	Almacén de recepción
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Lavandería**	**Condiciones Generales**	Almacén de entrega.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Lavandería**	**Condiciones Generales**	Vestidores para el personal

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Generales**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Lavandería**	**Condiciones Generales**	Sanitarios y baños con regadera para el personal, diferenciados por sexo.
AREAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA							
SALA DE ENDOSCOPIA							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Requisitos Generales**	Vestidores para el personal del área.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Requisitos Generales**	Vestidores para el paciente.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Requisitos Generales**	En las salas de endoscopia los pisos son lisos, lavables, impermeables, resistentes al uso y con zócalos sanitarios. las paredes lisas, impermeables, lavables e incombustibles, sin molduras y el cielorraso liso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Requisitos Generales**	Ventilación artificial (inyector y extractor de aire).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Requisitos Generales**	El sistema de recambio total del aire es aproximadamente de 15 por hora a presión - o +. 4.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Requisitos Generales**	El circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Área de Lavado de Cirujanos**	Lavabo de Cirujanos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Área de Lavado de Cirujanos**	Cepillera para uso quirúrgico.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Área de Lavado de Cirujanos**	Jabonera de pedal o su equivalente tecnológico.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Existencia de una sala de endoscopia alta y una sala de endoscopia baja.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Dispositivo de signos vitales.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Tomas de aire, oxígeno y vacío.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Aspirador fijo o portátil para succión continua.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Equipo para anestesia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Estetoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Esfigmomanómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Equipo de rayos X y monitor de rayos X.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Negatoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Equipo de anestesia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Asiento, asiento giratorio con respaldo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Banqueta de altura.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Brazo giratorio.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Cubeta de acero inoxidable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mesa carro anestesiólogo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mesa Mayo con charola.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mesa quirúrgica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mesa riñón.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mesa transportadora de material.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Portacubeta rodable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Portalebrillo doble.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Riel portavenoclisis.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mesa de instrumentos especiales que se pasan a través del endoscopio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Sitio de colgado para mangueras.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Tarja, lámpara doble para cirugía.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Lámpara para emergencias portátil.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Camilla neumática básica (por área de endoscopía en la unidad).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Anaqueles que resguarden el material estéril del polvo y la humedad.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Circuito anestésico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Oxímetro de pulso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Aspirador de pared.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Aspirador portátil para secreciones.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Bolsa de reinhalación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Monitor de presión arterial sistólica. diastólica y media no invasiva.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Mango de laringoscopio. mascarillas de anestesia transparentes.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Monitor para electrocardiografía continua.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Tanque de oxígeno o fuente central.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Ventilador transoperatorio mecánico para adulto.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Termómetro clínico oral o rectal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Tubos endotraqueales con balón.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Guía flexible para sondas endo-traqueales adulto.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Cánulas orofaríngeas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Sala de Procedimientos**	Juego de agujas para espacio subaracnoideo.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Área específica para el estacionamiento de camillas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Cuenta con ventilación artificial.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Cuenta con equipo para aspiración controlada.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Tomas de oxígeno y de aire comprimido.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color. excepto rojo o amarillo).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Carro camilla para recuperación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Elemento divisorio de material antibacteriano.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Riel portavenoclisis.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Monitor de signos vitales con ECG. presión arterial por método no invasivo. temperatura y oxímetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Transfer de camillas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Carro camilla tipo transfer.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Área de prelavado de instrumental con: 1. Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	2. Mesa alta con doble fregadero central.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Que tenga como mínimo una cama-camilla por sala de endoscopia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Recuperación Post-Anestésica**	Área de lavado para material e instrumental con agua corriente, tarja y área de secado.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Sala de Endoscopía**	**Central de enfermeras. Recuperación Post-Anestésica**	Central de enfermeras de acuerdo a normatividad vigente con los elemenos enlistados anteriormente
UNIDAD DE TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA ADULTO, PEDIÁTRICO Y UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	Equipo Biomédico	Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal	Requisitos Generales	Sistema de control térmico ambiental y de ventilación con filtrado de alta eficiencia que mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%., que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora
Equipo	Equipo Biomédico	Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal	Atención ambulatoria/ hospitalaria	Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad	Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal	Requisitos Generales	Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Existencia de sala de espera con servicios de sanitarios.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Bote para basura municipal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Estuche de diagnóstico completo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Lámpara de mano.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Monitor de transporte.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Ventilador de transporte.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Dispositivo para movilizar al paciente que puede ser una grúa.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Camilla para traslado con barandales abatibles y dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital. oxigenación (tanque de oxígeno portátil) y monitoreo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Requisitos Generales**	Esfigmomanómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Filtro de acceso**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Filtro de acceso**	Material para la colocación de las barreras de protección. (bata. gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Las paredes. pisos y techos de los cubículos o módulos deben ser de material liso. resistente y lavable. que permita el uso de desinfectantes.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Existencia de al menos 16 contactos eléctricos grado médico. diferenciados por código en relación con la fuente de suministro y el voltaje por módulo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Existencia de dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal. una toma fija de aire comprimido. así como al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Bote con bolsa roja para RPBI.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Cama de hospitalización tipo hidráulica. de múltiples posiciones. con cabecera desmontable o abatible. con barandales integrados y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes). Cama-cuna o incubadora según corresponda.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Sabana térmica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Bombas de infusión continúa.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Estetoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Lámpara de haz dirigible.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Monitor con capacidad para registro de: trazo electrocardiográfico de dos canales. presión arterial invasiva y no Invasiva. temperatura y oximetría de pulso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Termómetro digital.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Ventilador mecánico de presión y de volumen.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Capnógrafo con oxímetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos. que cuente preferentemente con inyección y extracción de aire independientes.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Áreas complementarias**	Espacio físico o mobiliario para guarda de medicamentos. soluciones y material de curación.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Áreas complementarias**	Área de preparación de mezclas de soluciones y medicamentos en espacio físico cerrado con acceso limitado y mesa de acero inoxidable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Áreas complementarias**	Espacio físico para la preparación de nutrición parenteral y enteral con campana de flujo laminar horizontal.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Áreas complementarias**	Almacén de Equipo Rodable con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Áreas complementarias**	Espacio físico para lavado de material e instrumental. con agua corriente. tarja y área de secado.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea y Renal**	**Cuarto Séptico**	De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
HEMODINAMIA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Requisitos Generales**	Sala de espera cuenta con extintores.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Requisitos Generales**	Acabados que no acumulen polvo, que sean de fácil limpieza y mantenimiento en los pisos, muros y plafones, superficie de materiales repelentes al agua, en pisos antiderrapante y en las áreas húmedas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Área para control de enfermería.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Área para trabajo de médicos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Espacio físico para la guarda de ropa limpia y sucia.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Mobiliario para guarda de medicamentos, soluciones y material de curación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Sanitarios para personal.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Cama-camilla con barandal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Preparación y recuperación del paciente**	Monitor de signos vitales con oxímetro de pulso y presión arterial no invasiva, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria, trazo electrocardiográfico con 12 derivaciones, ventilador mecánico.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Cuarto de aseo**	De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Vestidores.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Tarja o lavabo para el lavado y asepsia prequirúrgica de las manos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Guarda de material estéril con anaqueles que resguarden el material del polvo y la humedad.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Sala de control con los instrumentos de monitorización del paciente ubicado para la comunicación directa o electrónica con el paciente (espejos, sistemas de circuito cerrado de televisión).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Cuarto de potencia donde se encuentren los dispositivos de protección contra sobre intensidades, el transformador de aislamiento y su sistema de vigilancia.
Instalaciones	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	**Sistema de energía de emergencia.**
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Unidad básica de anestesia que cuente como mínimo con: 1. Un vaporizador.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	2. Gabinete con ruedas , dos con freno.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	3. Un cajón.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	4. Mesa de trabajo con iluminación.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	5. Repisa para monitores (en su caso).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	6. Yugos para cilindros de O2 y N2O.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	7. Medidores o manómetros de presión del suministro de gases con alarma audible de baja presión.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	8. Contactos eléctricos.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	9. Batería de respaldo de acuerdo al equipo instalado.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	10. Flujómetros independientes para cada tipo de gases suministrados.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	11. Flush y sistema de guarda hipóxica o FiO2, con alarma audible y visible.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	12. Ventilador transoperatorio adecuado a las necesidades del paciente .
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	13. Circuito de reinhalación con sistema canister.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	14. Monitor de signos vitales con desplieque de al menos cuatro trazos, uno específico para presión arterial invasiva.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	15. Oximetro de pulso.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Bolsa de reinhalación 3.0 litros, 5.0 litros.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Circuito de reinhalación tipo Bain largo, C.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 rectas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Hojas de laringoscopio (juego) 3-4 curvas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Mango de laringoscopio.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Mascarillas de anestesia transparentes (juego con números del 3.0 al 6.0).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Juego de elementos supraglóticos o su equivalente tecnológico, para pacientes adultos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Hoja articulada curva.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Resucitador manual adulto.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Dispositivo que asegure la estabilidad térmica del paciente en los casos que se requiera.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Tubos endotraqueales con balón. transparentes y estériles (juego con números del 2.5 al 8.0 mm D.I.).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Guía flexible (conductor) para sondas endotraqueales adulto.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Cánulas oro faríngeas (juego con números del 5 al 9).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Estetoscopio esofágico adulto,
Instrumental	**N/A**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Pinza de Magill adulto,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Equipo para bloqueo peridural y subaracnoideo, estéril, no reutilizable,
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Sala de hemodinamia**	Juego de agujas para espacio subaracnoideo 22 al 27, estériles y desechables.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Soporte con arco montado al piso o al techo (para el caso de angiógrafo arco biplanar deberá contar con un soporte montado al piso y otro al techo).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Sistema de rayos X, que cuente con filtros para reducción de dosis seleccionada automáticamente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Mesa que cuente con capacidad de movimiento flotante transversal y vertical, soporte de peso del paciente de 200Kg o mayor.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Sistema de adquisición de imagen que cuente con al menos dos monitores con monitoreo o despliegue de dosis en el monitor del sistema.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Angiografía o rastreo de adquisición rotacional y programa para realce para visualizar los stents.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Sistema de procesamiento de imagen con: 1. Unidad de CD ROM o DVD para grabado, visualización y manejo de imágenes provenientes de disco compacto,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	2. Dos monitores en la sala de control.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	3. Medición de estenosis tanto en el equipo como en la estación de trabajo.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	4. Cuente con análisis coronario 3D.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar Estación de pos procesamiento de imagen**	Estación de pos procesamiento de imagen con: 1. Dos monitores y con paquete para generación y medición de imágenes 3D para angiografía, programa de supresión de hueso en 3D, superposición del modelo 3D en la fluoroscopía en tiempo real, adquisición de imágenes tomográficas o imágenes de bajo contraste.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Sistema de poligrafía integrado o interfasado al equipo que cuente con:
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	1. Cuatro entradas de presión invasiva y con manejo en la misma consola del equipo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	2. Medición integrada de signos vitales y presión sanguínea no invasiva.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	3. Respiración / CO2.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	4. Medición y cálculos integrados del gasto cardiaco.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	5. ECG de 12 derivaciones.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	6. Tres monitores a color de 17 pulgadas o mayor, con tecnología LCD en el área de control y uno en la sala de exploración.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	7. Impresora de papel laser
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Accesorios requeridos:
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	1. Filtros de contorno o de compensación o de cuña, DICOM send y print.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	2. Paquete de seguimiento automático del bolo o angiografía periférica por pasos.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	3. Inyector de medios de contraste.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	4. Unidad de energía interrumpible.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	5. Consumibles: jeringas de 150 cc para inyector, discos CD-R o DVD.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	6. Cuente con dos mamparas móviles de acrílico y una suspendida a techo en equivalencia a plomo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	7. Cortinas de plomo para la mesa.x
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Trasplante de corazón y pulmón: 1. Equipo para sistema de oxigenación extracorpórea por membrana ECMO (soporte vital extra corpóreo).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	Infarto Agudo al Miocardio: 1. Unidad de asistencia circulatoria con balón intra- aórtico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Hemodinamia**	**Angiógrafo arco biplanar o monoplanar**	2. Desfibrilador con capacidad de uso como marcapasos.
HEMODIÁLISIS							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Requisitos Generales**	Sala de espera cuenta con extintores.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Requisitos Generales**	Acabados que no acumulen polvo, que sean de fácil limpieza y mantenimiento en los pisos, muros y plafones, superficie de materiales repelentes al agua, en pisos antiderrapante y en las áreas húmedas.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Requisitos Generales**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, despachador de toallas desechables.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Requisitos Generales**	Bote de basura

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Área de recepción**	Contar con un espacio físico para la recepción de pacientes.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Área de recepción**	Área para trabajo de médicos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Central de enfermería**	Central de enfermeras de acuerdo a lo descrito anteriormente y a normatividad vigente.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Mobiliario en el área**	Asiento

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Mobiliario en el área**	Bote para basura tipo municipal (bolsa cualquier color, excepto rojo o amarillo)
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Mobiliario en el área**	Bote para RPBI (bolsa roja).
Mobiliario	**Mobiliario médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Mobiliario en el área**	Báscula para pesar al paciente.
Mobiliario	**Mobiliario médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Mobiliario en el área**	Silla de ruedas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	Área de por lo menos 1.5 x 2.0 m para cada estación de hemodiálisis.
Mobiliario	**Mobiliario médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	Cuenta con cama camilla para el paciente o sillón reclinable de posiciones tipo reposet o cama (ambos con superficie de fácil aseo y que permitan la posición de Trendelemburg).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	Cuenta con otra área o habitación con técnicas de aislamiento para el paciente infectado y un aparato exclusivo para pacientes seropositivos.
Equipo	**Equipo biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	Toma o tanque portátil de oxígeno.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	Aspirador de secreciones.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	Cuenta con máquina/s de hemodiálisis con los registros y alarmas básicas siguientes:
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	1. Temperatura del dializante.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	2. Flujo de sangre.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	3. Flujo de dializante.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	4. Conductividad o concentración del dializante.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	5.Volumen de ultrafiltración.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	6. Presión venosa y arterial.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	7. Detector de aire y de fuga de sangre.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Estación de hemodiálisis**	8. Módulo de bicarbonato.
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Planta de tratamiento de agua**	Pre-filtros.
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Planta de tratamiento de agua**	Ablandadores.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Planta de tratamiento de agua**	Carbón activado.
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Planta de tratamiento de agua**	Osmosis inversa.
Equipo	**Equipos de Suministro de Servicios**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Planta de tratamiento de agua**	Filtro de luz ultravioleta (optativo).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis**	Bicarbonato en polvo o en solución (para uso no parenteral) grado hemodiálisis.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis**	Filtro de diálisis de fibra hueca con membrana sintética.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis**	Semisintética o derivada de celulosa.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis**	Línea arterio-venosa.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material de consumo para el uso de la máquina de hemodiálisis**	Solución ácida concentrada para diálisis con o sin potasio y concentración variable de calcio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material para curación**	Agujas de diferentes calibres para punción de fístula interna y equipo para hemodiálisis temporal.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material para curación**	Careta o lentes protectores.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material para curación**	Cubrebocas desechables.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material para curación**	Delantal o bata de material impermeable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material para curación**	Equipo para venoclisis estéril, desechable, sin aguja y normogotero
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Material para curación**	Guantes de hule látex (no estériles).
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Almacén**	Que cuente con un espacio físico para el almacén.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de hemodiálisis**	**Área de prelavado y de tratamiento de agua (opcionalmente, área física para máquina reprocesadora de filtros de diálisis)**	Que cuente con un área física para prelavado y de tratamiento de agua.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
UNIDAD DE CUIDADOS CORONARIOS							
Instalaciones	**Áreas médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	**Sistema de control térmico ambiental y de ventilación con filtrado de alta eficiencia que mantenga la temperatura ambiental en un rango estable entre 24 y 28°C y que la humedad se mantenga entre 30 y 60%., que se permita la circulación de aire cuando menos de seis veces y el recambio de dos volúmenes por hora**

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	**Que el circuito eléctrico esté conectado a la planta de emergencia.**
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Módulo de lavado de manos, con dispensador de jabón germicida, (gel isopropílico) y despachador de toallas desechables.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Que cuente con extintores.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Existencia de contenedores para el manejo del R.P.B.I.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Verificar que se cuente con contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Que exista control de acceso (filtro de acceso) a la unidad para visitantes, familiares y personal médico y paramédico.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Que cuente con puerta y pasillos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Requisitos Generales**	Que cuente con material para la colocación de las barreras de protección (bata, gorro y cubre boca ya sean desechables o reusables).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que los cubículos o módulos para la atención de los pacientes, cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que las paredes, pisos y techos de los cubículos o módulos, sean de material liso, resistente y lavable.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que en cada cubículo existan al menos 16 contactos eléctricos grado médico.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que en cada cubículo existan: 1. Dos tomas fijas para el suministro de oxígeno medicinal.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	2. Una toma fija de aire comprimido.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	3. Al menos dos tomas fijas de aspiración controlada y canastilla con frasco empotrado en la pared.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	4. Bote para basura municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo)
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	5. Bote con bolsa roja para RPBI, contenedor para punzocortantes y depósito para vidrio

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario médico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	6. Cama de hospitalización tipo hidráulica de múltiples posiciones, con cabecera desmontable o abatible, con barandales integrados y con ruedas (preferentemente con capacidad para pesar a los pacientes).
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	7. Bombas de infusión continúa
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	8. Dispositivos para suministrar oxígeno con sistemas de humidificación

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	9. Estetoscopio
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	10. Lámpara de haz dirigible
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	11. Monitor con capacidad para registro de: trazo electrocardiográfico de dos canales, presión arterial invasiva y no invasiva, temperatura y oximetría de pulso
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	12. Termómetro con porta termómetro

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	13. Ventilador mecánico de presión y de volumen.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	14. Electrocardiógrafo móvil de 12 derivaciones, estuche de diagnóstico completo
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	15. Lámpara de mano,
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	16. Monitor de transporte

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	17. Negatoscopio u otros tipos de aparatos para valoración de estudios radiológicos y de imagenología
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	18. Ventilador de transporte
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	19. Dispositivo para movilizar al paciente que puede ser una grúa
Mobiliario	**Mobilario médico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	20. Camilla para traslado con barandales abatibles

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	21. Dispositivos para la colocación del equipo necesario para soporte vital
Equipo	**Equipo biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	22. Esfigmomanómetro.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que se prevea la disponibilidad de al menos un cubículo o módulo de aislamiento para pacientes sépticos e infecto-contagiosos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que preferentemente cuente con inyección y extracción de aire independientes (deberán contar con ductos de extracción de aire).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Cubículos o Módulos para la Atención**	Que cuenten con el espacio suficiente para la ubicación de la cama y el equipo de monitoreo o soporte.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Central de Enfermeras**	De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Central de Enfermeras**	Que cuenten con el material y los medicamentos requeridos en el área.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Central de Enfermeras**	Que cuente además con equipo y material para la atención de infarto agudo al miocardio: catéter endovenoso central, catéter para línea arterial, catéter venoso central largo y corto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Medicamentos**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Central de Enfermeras**	Que cuente además con el medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio: para terapia antiplaquetaria: ácido acetil salicílico, clopidogrel, para terapia antitrombínica: enoxaparina, heparina no fraccionada, para terapia anti isquémica: metoprolol, isosorbide, trinitrato de glicerilo, artovastatina, para terapia analgésica: morfina, para fibrinólisis: tenecteplasa, estreptoquinasa, alteplase.
Instrumental	**N/A**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Central de Enfermeras**	Verificar la existencia del siguiente instrumental: equipo para aspiración de secreciones, con y sin circuitos cerrados, equipo para punción torácica, equipo para abordaje de acceso vascular central y periférico: catéter

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							percutáneo y venoclisis, recipiente para desinfección de instrumentos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Área de Preparación de Mezclas de Soluciones y Medicamentos**	Existencia de un espacio físico y cerrado.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Área de Preparación de Mezclas de Soluciones y Medicamentos**	Que cuente con acceso limitado.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Área de Preparación de Mezclas de Soluciones y Medicamentos**	Que cuenten con mesa de acero inoxidable, cubrebocas, jeringa, gasas y dispositivos seguros y adecuados para extraer e inyectar el medicamento.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Nutrición Parenteral y Enteral (propio o subrogado)**	Que cuente con campana de flujo laminar horizontal.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Nutrición Parenteral y Enteral (propio o subrogado)**	Que exista espacio físico específico.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Nutrición Parenteral y Enteral (propio o subrogado)**	Que se cuente con los insumos requeridos para la nutrición parenteral y enteral.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Almacén de Equipo Rodable**	Existencia del área o espacio físico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Almacén de Equipo Rodable**	Que cuente con tomas de corriente suficiente para asegurar la recarga de los equipos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Lavado de Instrumental**	Área de lavado para material e instrumental, con agua corriente, tarja y área de secado, material para el lavado y asepsia.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Áreas de Trabajo Administrativo para el Personal Médico y de Enfermería**	Espacio físico especifico.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Unidad de Cuidados Coronarios**	**Áreas de Trabajo Administrativo para el Personal Médico y de Enfermería**	Mobiliario: Mesas de trabajo o escritorios, sillas para personal, muebla para guardar artículos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
QUIMIOTERAPIA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Sala de aplicación**	Existencia de la señalización.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Sala de aplicación**	Sillones tipo reposet (su número es variable dependiendo la demanda).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Sala de aplicación**	Bombas de Infusión, por lo menos uno por sillón.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Sala de aplicación**	Insumos para la administración de la quimioterapia (infusores, aguja angulada 90°).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Sala de aplicación**	Que cuente con instalaciones para tomas de pared.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Central de Enfermeras**	De acuerdo a normatividad vigente con los elementos enlistados anteriormente
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área para preparación de quimioterapia**	Área específica y exclusiva para la preparación de las quimioterapia con: acceso controlado, áreas de recepción, almacenamiento y distribución, área de preparación con instalaciones para Gabinete de Seguridad Biológica Clase II A2 y control de citotóxicos, con motor de extracción y control de aire, temperatura y humedad.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área para preparación de quimioterapia**	Iluminación de las áreas que impida el acumulo de polvo y contaminantes en las lámparas.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área para preparación de quimioterapia**	Aire filtrado y los sistemas de ventilación y extracción de aire deben estar diseñados de tal forma que no permitan el ingreso y salida de contaminantes.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área para preparación de quimioterapia**	Que las superficies interiores de las áreas de preparación cuenten con acabados sanitarios.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área para preparación de quimioterapia**	Ductos de ventilación, líneas de energía eléctrica y otros servicios inherentes a las áreas de preparación se encuentren ocultas o fuera de éstas, (su ubicación y diseño debe ser tal, que permita su mantenimiento).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área para preparación de quimioterapia**	Si los drenajes están conectados directamente a una coladera o alcantarilla, tengan una trampa o algún dispositivo que evite contaminación.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área de Curaciones**	Carro para curaciónes

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área de Curaciones**	Mesa mayo con charola
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área de Curaciones**	Mesa Pasteur
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área de Curaciones**	Portavenoclisis rodable

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área de Curaciones**	Caja para desinfección de instrumentos
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Área de Curaciones**	Carro porta lebrillos
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Estación de Camillas y Sillas de Ruedas**	Existencia de por lo menos dos camillas y dos sillas de ruedas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Bodega de Material y Curaciones**	Existencia de mamparas o closet.
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Almacén de Medicamentos**	Existencia, acomodo y orden de medicamentos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Almacén de Medicamentos**	Refrigerador de seis pies con controles de temperatura y avisos de no abrir y para casos de falla eléctrica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Generales**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Ropería**	Ropería en buenas condiciones.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Quimioterapia**	**Cubículo de personal Médico**	Escritorio y sillas, mesa de trabajo y computadora.
RADIOTERAPIA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**Condiciones Generales**	Sala de espera
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**Condiciones Generales**	Consultorio médico
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**Condiciones Generales**	Vestidores para pacientes

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Ubicación sea accesible a la sala de espera.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Espacio independiente para el control de mando.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Puertas de acceso con un claro mínimo de 0.90 m y en los pasillos un ancho mínimo de 1.20 m.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Que el cuarto de tratamiento cuente con las siguientes áreas: un sistema audiovisual, un detector de área permanente, un dispositivo que interrumpa automáticamente la emisión de radiación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Consola de control, área de control, área de tratamiento.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Equipo computarizado (propio o subrogado) para la planeación de los tratamientos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Simulador (propio o subrogado).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Que cuente con dispositivos de posicionamiento e inmovilización, así como con sistemas de bloqueo del haz de radiación para protección de tejido sano u órganos de riesgo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**RADIOTERAPIA EXTERNA O TELETERAPIA**	Que cuente con acelerador lineal y/o unidad de cobalto 60

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	Zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se cuente con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación, excepto cuando se utilice material desechable.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	BRAQUITERAPIA DE CARGA MANUAL: Que el material radiactivo se almacene en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de braquiterapia y que cuente con mesa de trabajo de material resistente, para soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo, que se preparen las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	Que cuente con equipo computarizado para la planeación de los tratamientos.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	Equipo de dosimetría tipo cámara de pozo y dispositivos para control de calidad (braquiterapia de carga automatizada).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**PLANTA DE EMERGENCIA**	Circuito eléctrico conectado a la planta de emergencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**PLANTA DE EMERGENCIA**	Contactos grado hospital con un color distintivo o una marca.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**POE**	Dosímetros personales con una capacidad mínima de detección de 0.1 mSv.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Radioterapia**	**POE**	Dosímetros de anillo (para el personal que maneje fuetnes en braquiterapia manual).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
MEDICINA NUCLEAR							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Medicina Nuclear**	Mobiliario y equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Medicina Nuclear**	PET-CT (recurrencia local en casos seleccionados)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Medicina Nuclear**	Osteo-densitómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Gamagrama**	Sala de gammagrafía con una gamma cámara, con doble cabezal, ángulo variable.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Gamagrama**	Cuarto caliente con campana de flujo laminar para manipulación de muestras y campana de extracción para manejo de I131.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Gamagrama**	Sala de espera de pacientes con aplicación de material radiactivo.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Medicina Nuclear**	**Gamagrama**	Cuarto azul para interpretación de los estudios, oficina y sala de juntas.
ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Diagnóstico**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Diagnóstico**	**Área de Electroencefalografía**	Contar con equipo de Electroencefalograma.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Resonancia magnética**	Contar con equipo de Resonancia Magnética.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Diagnóstico**	**Área de Potenciales evocados**	Contar con Equipo de potenciales auditivos evocados.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Diagnóstico**	**Área de Ecocardiógrafo**	Contar con Ecocardiógrafo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Diagnóstico**	**Área de Densitometría**	Contar con Densitómetro de rayos X o de ultrasonido.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Diagnóstico**	**Área de Electrocardiografía**	Contar con equipo de Electrocardiógrafo multicanal.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Tomógrafo computarizado.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Cámara multiformato.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Lámparas de haz dirigible.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Portavenoclisis rodable.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Mandil plomado.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Sala de de control y monitoreo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Vestidor con sanitario.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Área de interpretación y archivo.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Local para el generador
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Asiento.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Escritorio.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Área de Tomografía**	Mesa Pasteur.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de rayos X simple (fluroscopia con arco en C)**	Equipo: chasis con pantalla intensificadora o detector digital plano fijo o portátil o inalámbrico con rejilla incluida o portadetector con rejilla incluida, equipo de radiodiagnóstico, soporte de tubo, tubo de rayos X con foco grueso (1.2 mm o menor) y foco fino (0.6 mm o menor), seriógrafo con intensificador de imagen o con detector

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							digital plano (para equipo con fluoroscopía), bucky vertical, espesómetro graduado en cm y/o pulgadas, lámpara de haz dirigible (Colimador de Haz de Rayos X), colimador manual o automático, control automático de exposición, estación de adquisición (para equipos digitales), programas anatómicos o radiografías programadas o APR: 80 o mayor, con panel de control digital que despliegue kV, mA y seg., o mAs, mampara de protección con vidrio plomado, mandiles, collarines, protectores de tiroides, protectores de gónadas, mesa fija horizontal con bucky integrado y portachasis, portavenoclisis rodable.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de rayos X simple (fluroscopia con arco en C)**	Equipo: portavenoclisis rodable para medios de contraste.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de rayos X simple (fluroscopia con arco en C)**	Mobiliario: alacena alta, área de disparador, banqueta de altura, bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), mesa para carga y descarga de chasis, riel portavenoclisis.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Sala de rayos X simple (fluroscopia con arco en C)**	Mobiliario: bote para basura tipo municipal (bolsa de cualquier color, excepto rojo o amarillo), despachador de toallas desechables, dispensador de jabón germicida, gabinete universal, mesa alta con tarja.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Imagenología**	**Tomografía por Emisión de Positrones (PET-CT)**	Equipo se encuentren funcionando y en buenas condiciones.
SERVICIO DE POLISOMNOGRAFÍA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Cuarto insonorizado con espejo de doble via en una pared desde donde se realiza el monitoreo.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Cama clínica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Electroencefalograma (EEG).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Electrooculograma (EOG).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Electromiograma de superficie (EMG), flujo oronasal, movimientos toracoabdominales, posición corporal, ruido laringotraqueal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Electrocardiograma.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Servicio De Polisomnografía**	**Servicio de Polisomnografía ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Saturación arterial de oxígeno.
ESTABLECIMIENTO DE REHABILITACIÓN							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Rehabilitación**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Rehabilitación**	**Sala de usos múltiples**	Un espacio físico acondicionado.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Rehabilitación**	**Sala de usos múltiples**	Equipo para medios audiovisuales y mobiliario.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Rehabilitación**	**Actividades de Rehabilitación**	Material didáctico.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Rehabilitación**	**Actividades de Rehabilitación**	Información escrita.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Rehabilitación**	**Enseñanza, capacitación e investigación científica**	Área de enseñanza y capacitación.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
FISIOTERAPIA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Asiento

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Asiento giratorio
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Banqueta de altura
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Barras paralelas
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Colchón para ejercicios terapéuticos

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Colchoneta para gimnasio
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Despachador de toallas desechables
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Elemento divisorio de material antibacteriano
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Espejo para postura

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Gancho
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Mesa de exploración
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**UNIDAD DE REHABILITACIÓN**	Mesa de tratamiento.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE HIDROTERAPIA**	Baño de remolino para miembro superior.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE HIDROTERAPIA**	Baño de remolino para miembro inferior.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE HIDROTERAPIA**	Tina de Hubbard o Tanque terapéutico.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE HIDROTERAPIA MOBILIARIO**	Banco o silla de altura.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE HIDROTERAPIA MOBILIARIO**	Mesa de tratamiento.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE HIDROTERAPIA MOBILIARIO**	Baño, vestidor y regadera para pacientes y personal.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Mesa de tratamiento.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Baño de parafina.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Compresas frías y compresero así como compresas químicas

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Diatermia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Neuroestimulador o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Rayos infrarrojos o equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Electromiógrafo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Órtesis.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Equipo de electroestimulación
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE ELECTROTERAPIA**	Ultrasonido terapéutico con electroestimulador
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Barras paralelas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Colchón terapéutico.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Escaleras Terapéuticas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Espalderas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Espejo móvil para valorar postura.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Barras Suecas.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Espejo para postura.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Mesa de tratamiento.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Soporte parcial de peso.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Mesa de estabilidad para niños y adultos.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Polea doble.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Timon.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Escalerilla para hombro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Área de entrenamiento para actividades de la vida diaria.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**ÁREA DE MECANOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL**	Material didáctico: rompecabezas de madera, sacos de semillas, materiales de diferentes texturas, papel, tijeras, pegamento, crayones, aros, etc.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Gel transductor
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Electródos

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Pelotas terapeúticas
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Cubos
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Kit de rollos
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Kit de cuñas

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Kit de cilindros
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Colchonetas terapeúticas
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Área de Fisioterapia**	**Unidad de rehabilitación (Insumo para las áreas de terapia)**	Material didáctico
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Máquina de tos (Cough asist).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Chaleco vibrador.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Aspirador de secreciones.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Oxímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Entrenador de músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Bolsa de reanimación con mascarillas pediátricas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Inhaloterapia Terapia física pulmonar.**	Ergómetro de manos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Equipo de electro encefalografía**	Electroencefalógrafo 32 canales fijo o portátil con amplificador con brazo de soporte.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Equipo de Potenciales Auditivos Evocados**	Equipo para Tamiz Auditivo a través de emisiones otoacústicas y potenciales evocados auditivos automatizados.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Fisioterapia**	**Equipo de Potenciales Auditivos Evocados**	Con accesorios: Sonda y repuesto de punta de sonda. Cable o cables porta electrodos para pruebas de potenciales evocados.
INMUNOHISTOQUÍMICA							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de Inmunohistoquímica**	Que cuente con el equipo e insumos para: Recuperación de antígenos.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de Inmunohistoquímica**	Incubación.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de Inmunohistoquímica**	Revelado.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de Inmunohistoquímica**	Observación de acuerdo con la técnica que se utilice.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de Inmunohistoquímica**	Conservación y almacenamiento de reactivos y muestras.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de patología molecular**	Áreas con sistemas de descontaminación para el manejo de muestras histológicas y citológicas (de acuerdo con cada técnica de biología molecular que se lleven a cabo en el establecimiento).
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Inmunohistoquímica**	**Área de patología molecular**	Áreas de conservación, preparación, extracción y amplificación de ácidos nucleicos (de acuerdo con cada técnica de biología molecular que se lleven a cabo en el establecimiento para la atención médica).
GENÉTICA							
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Genética**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Laboratorio de Genética**	**Requisitos Generales**	El área deberá contar con: Equipo para clitómetro de flujo.
CUIDADOS PALIATIVOS							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Área física para otorgar atención paliativa (específica o compartida). Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Sala de espera propia o compartida y servicios sanitarios diferenciados por género.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Área de consultorio exista la disponibilidad de un cubículo para valoración y determinación de prioridades de atención, con un sitio cómodo y confortable.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Acceso directo desde la sala de espera y/o módulo de recepción y control.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Cuente con un área de interrogatorio (preferentemente con silla, escritorio y sillón (reposet) para evitar barreras entre el médico, el paciente/familiar, que permita privacidad para la evaluación de las personas y facilidad de movimiento de sillas de ruedas, andaderas, bastones, muletas etc.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Que se disponga de un área de exploración física.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Condiciones Generales**	Que exista una toma fija para el suministro de oxígeno, una toma fija de aire comprimido, así como de aspiración controlada o en su caso por medio de equipos portátiles.
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Tecnologías de la Información**	línea telefónica para la atención y seguimiento del paciente.
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Tecnologías de la Información**	redes informáticas que faciliten la posibilidad de compartir información clínica, mensajes clínicos, agendas y alertas en determinadas situaciones.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Generalidades**	área de trabajo de enfermería.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Generalidades**	cubículo de observación y procedimientos menores, con al menos una camilla o mesa de exploración.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Área de Cuidados Paliativos**	**Área para Profesional Multidisciplinario**	Área para que el equipo multidisciplinario realice sus actividades
REQUERIMENTOS ESPECIFICOS POR INTERVENCIÓN							
ATENCIÓN PRIMARIA BÁSICA Y ESPECIALIZADA							
UNIDAD MÉDICA MÓVIL O EQUIVALENTE							

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Química seca**	Medidor portátil de glucosa.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Química seca**	Medidor portátil de colesterol y triglicéridos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Química seca**	Hemoglobinómetro o hematímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Química seca**	Equipo portátil para determinación de hemoglobina glucosilada.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Consulta Externa**	Instrumental y equipo para la atención del parto en caso de que aplique.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Consulta Externa**	Equipo de esterilización según sea el caso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Vehículo**	Planta de energía eléctrica.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención General**	**Unidad Médica Móvil**	**Vehículo**	Sistema de radiocomunicación.
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - ENFERMEDADES CRÓNICAS							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consultorio de Nutrición**	Cinta antropométrica de fibra de vidrio, Báscula con estadímetro, Plicómetro metálico.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consultorio de Nutrición**	Cuenta con un área con Cocina Integral con estufa, área de preparación de alimentos y utensilios.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consultorio de Nutrición**	Refrigerador para alimentos utilizados exclusivamente para los talleres.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consultorio de Psicología**	Área de Talleres / Terapia grupal a pacientes que asisten a la UNEME-EC
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consultorio de Trabajo Social**	Área con las características mínimas de infraestructura para llevar a cabo estas actividades.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consulta Externa**	Existencia y funcionamiento adecuado del Electrocardiógrafo con todos los componentes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Consulta Externa**	Existencia, estado y funcionamiento adecuado del equipo de cardio-bioimpedancia y la computadora.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicasa Especializada - Enfermedades crónicas**	**Área para talleres y pláticas informativas a pacientes que asisten a la UNEME-EC**	Área con las características mínimas de infraestructura para llevar a cabo estas actividades.
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIO EN ADICCIONES							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones**	**Servicio telefónico y de internet**	Existencia del servicio telefónico y de internet.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones**	**Salón de usos múltiples**	Equipo de medios audiovisuales (proyector digital, computadoras, regulador, impresora, bocinas).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones**	**Rescate de pacientes**	Material para realizar rescate de pacientes: Formato o nota de rescate y acceso a línea telefónica.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones**	**Talleres en general**	Material para el desarrollo de las actividades.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Centro de Invitación Organizada y seguimiento (CIOS)**	Cuente con Centro de Invitación Organizada y seguimiento en caso de aplicar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Mobiliario**	Dos mesas de trabajo o escritorios con dos sillas,
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Mobiliario**	Un cesto de basura metálico

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Mobiliario**	Un archivero de cuatro gavetas
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Mobiliario**	Anaqueles.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Equipo**	Dos computadoras
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Equipo**	No break para cada equipo

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Equipo**	Línea directa de teléfono con 2 diademas
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Equipo**	Conectividad al sistema RIS/PACS.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Sala de espera**	Equipo para medios audiovisuales (Pantalla y DVD) en cada sala de espera.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Sala de espera**	Existencia de asientos en las salas de detección y evaluación diagnóstica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de detección y Diagnóstico**	Mastógrafo digital o analógico con digitalizador de imágenes CR..
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de detección y Diagnóstico**	Dispositivo para biopsia estereotáxica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de detección y Diagnóstico**	juego de cuatro chasises de 18 cm x 24 cm.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de detección y Diagnóstico**	juego de 4 chasises de 24 cm x 30 cm.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Centro de lectura**	Existencia de dos estaciones de trabajo cada una con 2 monitores de grado médico de 5 megapíxeles (alta resolución) o con 1 monitor de grado médico de 10 MP.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Centro de lectura**	Negatoscopio para mastografía, con al menos 3000 candelas por metro cuadrado (cd/m^2) o 10,000 luxes, específico para mastografía.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**RIS - PACS o equivalente**	Área específica para colocar el Sistema con cableado específico.
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**RIS - PACS o equivalente**	Equipo de no break.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**RIS - PACS o equivalente**	Aire acondicionado o minisplit. con temperatura entre 18-24°C.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Consultorio médico y de enfermería**	Existencia de Ultrasonografía de alta resolución con transductor lineal de 7.5 MHz y más.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de acompañamiento emocional**	Asiento paral la psicóloga o psicólogo.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de acompañamiento emocional**	Asiento para el paciente y su acompañante.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de acompañamiento emocional**	Guarda de material y papelería.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Área de acompañamiento emocional**	(Opcional) escritorio o mueble para escribir.
CENTRO DE INTERNAMIENTO EN ADICCIONES							
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							a normatividad vigente.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Área de recepción.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Mostrador de control y registro para la atención del paciente.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Cuenta con extintores y señalización.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Sanitarios y regaderas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Dormitorios (con espacios individuales para guardar objetos personales.)
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Generales**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Área física para la cocina y el comedor.
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Generales**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Área física para las actividades recreativas.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Botiquín de primeros auxilios con los insumos requeridos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Área física para el resguardo y control de los medicamentos con acceso restringido a los usuarios.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Mobiliario y estantería de material resistente a los agentes limpiadores.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Área especifica para guarda de medicamentos controlados con su respectivo equipo de refrigeración según el caso.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Hospitalización**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Área de internamiento**	Área para psicoterapia grupal o individual.
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa/Hospitalización**	**Atención Ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención en Salud Mental**	**Condiciones Generales**	Señalización, **infraestructura e instalaciones hidrosanitarias y eléctricas** de acuerdo a normatividad vigente.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa/Hospitalización**	**Atención Ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención en Salud Mental**	**Cámara de Gesell (en caso de existencia)**	Sillas para pacientes y observadores externos
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Consulta externa/Hospitalización**	**Atención Ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Ambulatoria en Salud Mental**	**Cámara de Gesell (en caso de existencia)**	Mueble para escribir
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa/Hospitalización**	**Atención Ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Ambulatoria en Salud Mental**	**Cámara de Gesell (en caso de existencia)**	Vidrio con una sola vista, del exterior al interior.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa/Hospitalización**	**Atención Ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Ambulatoria en Salud Mental**	**Cámara de Gesell (en caso de existencia)**	Sistema de intercomunicación
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Consulta externa/Hospitalización**	**Atención Ambulatoria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Ambulatoria en Salud Mental**	**Sala de Usos Múltiples**	Espacio físico acondicionado con quipo para medios audiovisuales y mobiliario

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
ATENCIÓN MÉDICA OFTALMOLÓGICA							
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Oftalmoscopio directo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Oftalmoscopio indirecto.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Estenopéico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Lámpara de hendidura.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Tonómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Lente de Goldman (tres espejos).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Retinoscopio.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Caja de lentes de pruebas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Queratómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Ultrasonido ocular.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Consultorio**	Fotodisruptor oftálmico YAG LÄSER.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica**	Facoemulsificador.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Blefaróstato 0.9mm - 15mm
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Mango de bisturí con hojas oftalmológicas (11, 15).
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Tijera para conjuntiva curvas y rectas

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Tijeras para estrabismo curvas y rectas.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Tijera de córnea.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Tijera para material.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Tijera vanas.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Pinza de Utrata.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Pinzas de córnea 0.12 mm.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Pinzas de conjuntiva.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Porta agujas de microcirugía oftalmológica.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Espátula para Iris de tipo Barraquer
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Espátula escariadora para esclera.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Hojas crescent deschables
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Calibrador o Caliper de tipo Castroviejo de 20 mm
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Gancho rotador de lente intraocular.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Ganchos de estrabismo de tipo Jameson 2 piezas
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Ganchos de estrabismo de tipo Graefe 2 piezas

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Electrocauterio.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Asa de Snellen.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Cánula de irrigación y aspiración para catarata.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Pinza para implante de lente intraocular.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Chopper.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Pinzas de campo.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Pinzas de mosco.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención hospitalaria**	**Atención de Especialidad**	**Atención Especializada en Oftalmológica**	**Unidad Quirúrgica Instrumental**	Cuchillas 15° y 3 mm.
ATENCIÓN HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIDAD							
PROCESOS QUIRÚRGICOS EN MENORES DE 18 AÑOS							
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Fisioterapia (Área de manejo de heridas y estomas)**	Servicio de rehabilitación equipado, propio o de referencia para el manejo de derivaciones temporales o definitivas del tubo digestivo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para cirugía de malformaciones digestivas: Separador de tórax. Instrumental fino que contenga pinzas de disección de Adson con y sin dientes, Pinzas de disección vasculares, Separadores de Dennis Brown, De Gosset, de O Sullivan, De Balfour pediátricos (cualquiera de ellos completos y con valvas de diferentes longitudes), Finochieto neonatal y lactante. Pinza de disección de Gerald. Pinza de Baby Allen o Pinza de Cooley para resección intestinal. Juego de dilatadores de Hegar del 3 a 16 mm Electroestimulador de músculo. Electrocauterio con punta fina y bipolar. Separador chico de Weithlander con puntas cortantes. Ligasure (generador para selladura de

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							vasos). Separador lone - star. Sistema de manometría esofágica y anorectal (propio o subrogado).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**USG**	Existencia USG para el diagnóstico prenatal.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para cirugía de Malformaciones columna vertebral: equipo para cistotomía pediátrico por punción, equipo para derivación urinaria (procedimiento de mitrofanoff), equipo para reimplante vesicoureteral, equipo para vesicostomía o derivación urinaria temporal, equipo para meningoplastía o mielomeningoplastía, pasador de válvula de derivación tipo codman, válvula de derivación ventrículo-peritoneal presión

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							media o baja, lupas magnificadoras, raquimanómetro, equipo de microcirugía, equipo para procedimiento de Malone (en su caso) Charola de nefrectomía (1 contenedor metálico, 2 piezas Foester rectas, 2 porta agujas Mayo grandes, 2 porta agujas finos medianos punta diamante, 2 porta agujas Mayo medianos, 1 porta agujas Derf, 2 pinzas pedículo grandes, 2 pinzas pedículo medianas, 2 pinzas pedículo Adson, 2 piezas Babcock, 2 piezas Potts intestinales anguladas y recta, 2 piezas Baby Allen, 4 piezas Allis largas, 6 piezas Allis chicas, 2 piezas Kelly puch, 15 piezas Kelly curvas, 15 piezas Haisted curvas, 2 piezas Haisted rectas, 8 piezas Erinas, 2 Escalpelos N.3,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							1 Escalpelo N.7, 1 Escalpelo N. 3 largo, 1 Estilete, 2 disecciones Adson C/ D1 disección Adson S/D, 2 Disecciones Gerald C/D, 1 Disección Jarit mediana C/D, 1 Disección Jarit mediana S/D, 2 disecciones vasculares medianas, 2Sep. Farabeuf grandes, 2 Sep. Farabeuf chicos, 3 Sep. Maleables, 2 Sep. Diversa chicos, 1 cánula Yankawer, 1 aspirados fino, 2 Recipientes: grande y chico, 2 flaneras, 1 Probeta de metal graduada).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Hemodinamia**	Verificar que cuente con unidad de asistencia circulatoria con balón intra-aórtico.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Hemodinamia**	Verificar que exista desfibrilador con capacidad de uso como marcapasos.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Hemodinamia**	Verificar que existan los siguientes insumos: catéter diagnóstico, guía para catéter, sistema introductor, medio de contraste no iónico, catéter con globo tipo Rashkind, catéter balón. Sten coronario no medicado, cables de marcapaso y dispositivo oclusor percutáneo.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para cirugía cardiovascular neonatal, lactante, pediátrica y adulto: Equipo de Castañeda neonatal y lactante. Set de Tijeras Vasculares (Potts o Dietrich o Jacobson). Malformaciones cardiovasculares: Prótesis o anillos valvulares, tubos

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							valvulados, injertos de PTFE, membrana de dacron y/o ptfe y/o parche de pericardio bovino, suturas de acuerdo a la cirugía: Monofilamento no absorbible doble armado diferentes tamaños de aguja de 3-0, 4-0,5-0,6-0, 7-0; Monofilamento absorbible doble armado diferentes tamaños de aguja 4-0, 5-0, 6-0, 7-0; Seda libre 2-0, 3-0, 4-0, Seda con Aguja 0, 2-0, 3-0, 4-0; Sutura trenzada absorbible 2-0, 3-0, 4-0; Sutura de PTFE 6 y 7; Drenajes Torácicos en múltiples calibres. Insumos para circulación extracorpórea.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para cirugía Malformaciones urinarias: equipo para cistotomía pediátrico por punción, Instrumental fino que contenga pinzas de disección de Adson con y sin dientes, Pinzas de disección vasculares, Separadores de Dennis Brown, De Gosset, de O Sullivan, De Balfour pediátricos (cualquiera de ellos completos y con valvas de diferentes longitudes), Juego de Beniquest completo, Dilatadores de Instrumental fino que contenga pinzas de disección de Adson con y sin dientes, Pinzas de disección vasculares, Separadores de Dennis Brown, De Gosset, de O Sullivan, De Balfour pediátricos (cualquiera de ellos completos y con valvas de diferentes longitudes)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							Amplatz para nefrectomía con guías, catéteres doble "J" calibres 2, 3, 4 y 5 Fr y equipo complementario parea procedimientos como uretotromía, uretoroplastía, osteotomía de pubis, nefrectomía y equipo para dilatación uretral (dilatadores y guías de Phillips), Equipo de cistoscopia y para colocación de catéter uretral, instrumental para microcirugía (pinzas, porta castro viejo y para material fino, tijeras).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Consulta Externa (audiología)**	Audiómetro clínico de dos canales independientes

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Consulta Externa (audiología)**	impediancióметro clínico para hacer timpanometríare, flejos estapediales ipsi y contralaterales así como prueba de trompa de Eustaquio para oído íntegro y perforado, con capacidad de imprimir el estudio
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Consulta Externa (audiología)**	equipo de emisiones otoacústicas, transientes o productos de distorsión para detección (Tamiz auditivo neonatal)
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Consulta Externa (audiología)**	Equipo de potenciales auditivos de tallo cerebral para detección y para diagnóstico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Consulta Externa (audiología)**	Cámara sonoamortigüadora.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Unidad Quirúrgica**	Microscopio para Otorrinolaringología.
Instrumental	**N/A**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**CEyE**	Tubería sistema de enfriamiento. Set de aspiradores de oído con adaptador de 0.8 mm,1 mm,2 mm,3 mm y 4 mm. Separadores automáticos articulados con garra romas pediátrico. Pinzas de campo y pinzas de mosco. Sistema de micromotor o sistema de accionamiento para la microcirugía. Equipo bipolar con pinza recta . Equipo monopolar. Set de instrumental. Dispositivo de instrumental.
Instrumental	**N/A**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**CEyE**	Instrumental para mastoidectomía: cuchillo redondo ó rosen. Desperiostizador. Disector cola de pato. Disector de conducto.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							Pick angulado 45. Pick angulado 90. Pick recto. Pinza caimán. Pinza de copas. Tijera de Bellucci recta.
Instrumental	**N/A**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**CEyE**	Equipo de fresado neumático o fresado neumático eléctrico: Fresa cortante cabeza de bola 1 mm. Fresa cortante cabeza de bola 1.8 mm. Fresa cortante cabeza de bola 2 mm. Fresa cortante cabeza de bola 3 mm. Fresa cortante de bola 4 mm. Fresa cortante de bola 5 mm. Fresa pulidora diamantado 0.8 mm. Fresa pulidora diamantado 1 mm. Fresa pulidora diamantado 2 mm. Fresa pulidora diamantado 3 mm. Pieza de mano angulada. Pieza de mano recta. Aceite lubricante spray.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**CEyE**	Sistema de monitoreo del nervio facial: Monitor consola electromiográfico de 2 canales, instructivo digital. Guía de usuario. Video de servicio. Interface de paciente diseñado con guías de color para facilitar la conexión de electrodos. Computadora de interface con software para realizar mapeo y telemetría. puntas estimulador monopolares aisladas completamente para asegurar la estimulación al punto de contacto. set de electrodos subdermales.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Psicología**	Consultorio de psicología para la realización de evaluación psicológica del candidato a implante coclear (Ambiente familiar y social. Estabilidad emocional del paciente

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							y familiares. Motivación persona y familiar hacia el Implante coclear. Pruebas psicométricas y C.I. Calidad de vida COOP DARMOUTH Expectativas del paciente y la familia).
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Psicología**	Servicio de psicopedagogía para la realización de evaluación Psicopedagógica (Pruebas de percepción auditiva. Seis sonidos de Ling. PPTP niveles iníciales. PPTP versión estándar. Identificación de vocales. Identificación de consonantes. Series cerradas de palabras de uso cotidiano. Pruebas bisílabas. Pruebas de estímulos fonéticamente balanceados. Prueba de oraciones de elección abierta con apoyo. Pruebas de oraciones de elección abierta sin apoyo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							SEEPAL 1. Detección. SEEPAL 2. Perc. Supraseg.SEEPAL 3. Percepción Vocales Consonantes. SEEPAL 4. Percepción Discurso).
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Laboratorio**	Cuenta con la infraestructura e insumos para realizar: Biometría Hématica Completa. Glucosa. Creatinina en orina. Tiempo de Protombina.Tiempo de Tromboplastina Parcial. Transaminasas. TGP. Grupo sanguíneo.Examén General de Orina. Tiempo de Sangrado. Tiempo de Coagulación.Urea en orina. Lípidos totales. Triglicéridos en sangre. Bilirrubinas. Proteínas (albúmina y globulina).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Medicamentos**	**UCIP**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (central de enfermeras)**	Cuenta con los medicamentos requeridos en el área, material para los diferentes procedimientos requeridos, así como insumos para el postoperatorio inicial y tratamiento del rechazo agudo (material y equipo para biopsia renal percutánea).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Unidad Quirúrgica**	Atención del paciente quemado: Colchón térmico
Instrumental	**N/A**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**CEyE**	Cuenta con existencia de equipo para traqueostomía (de urgencia), equipo para traqueotomía percutánea (lesión por inhalación), equipo para escarotomía, escarectomía, fasciotomías, desbridamiento, dermofasciotomía, equipo para aseo local

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							y quirúrgico, equipo para amputaciones, equipo para drenaje de ampollas, equipo para escisión tangencial temprana (con autoinjerto).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**CEyE**	Cuenta con sustitutos cutáneos: biológicos, sintéticos apósito sintético, apósito biológico (temporales), apósito biosintéticos (permanente), apósito dermoepidérmico, soluciones preparadas con epinefrina tópica o subcutánea y aplicación de fibrina.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**CEyE**	Cuenta con equipo propio o subrogado: laringoscopio para laringoscopia indirecta (sospecha de lesión de vía aérea), broncoscopio de fibra óptica para broncoscopía (lesión por inhalación).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Laboratorio**	Cuenta con el equipo para realizar punta de catéter y de quemadura, carboxihemoglobina (lesión por inhalación), cultivo de queratinocitos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Laboratorio**	Cuenta con insumos para realizar: biometría hemática completa, tiempos de coagulación, velocidad de sedimentación globular, gasometría, electrolitos séricos, química sanguínea completa, EGO, hemocultivos, uro cultivos, pruebas de función hepática, pruebas de función renal.
ENFERMEDADES GENÉTICAS							
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Urgencias**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Urgencias**	Cuenta con equipo e insumos necesarios para la detección y atención de Eventos hemorrágicos espontáneos en grandes articulaciones (rodillas,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							tobillos, codos), músculos, órganos, sistemas o sangrado anormal en procedimientos invasivos o secundarios a trauma.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**UCIP**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**UTIP**	Cuenta con equipo e insumos necesarios para la detección y atención de Eventos hemorrágicos espontáneos en grandes articulaciones (rodillas, tobillos, codos), músculos, órganos, sistemas o sangrado anormal en procedimientos invasivos o secundarios a trauma.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Laboratorio**	Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar Biometría hemática, Tiempos de coagulación: TP,TTPa, TT, Determinación de actividad de factores de coagulación: FVIII (en caso de hemofilia A) o FIX (en caso de hemofilia B). En caso de hemofilia A leve o en caso de sospecha de enfermedad de Von Willebrand, considerar además la determinación de Factor de von Willebrand (FvW:Ag, FvW:RCo). Equipo y los insumos necesarios para realizar serología para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C cada año.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Laboratorio**	Equipo y los insumos necesarios para realizar serología para VIH, Hepatitis B y Hepatitis C cada año.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Laboratorio**	Pruebas de funcionamiento hepático.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Laboratorio**	Equipo y los insumos necesarios para realizar Inhibidores de baja respuesta:
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Imagenología**	Equipo de ultrasonografía para realización de USG articular de caderas, rodillas, tobillos y codos una vez por año, así como en caso de hemorragias gastrointestinal/abdominal.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Imagenología**	Equipo para radiografías de control AP y lateral de caderas, rodillas, tobillos y codos una vez por año a partir de los 8 años de edad.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Imagenología**	Equipo para detección de hemorragia a sistema nervioso central, cuello, gastrointestinal o del músculo iliopsoas.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Otros estudios auxiliares**	Equipo de densitometría calcánea o de muñeca propio o de referencia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Endoscopia**	Equipo para identificar hemorragias gastrointestinal/abdominal.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de Polisomnografía**	Cuenta con el área de acuerdo a lo enlistado con anterioridad.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Báscula.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Estadímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Termómetros ambientales con una precisión de 1°C.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Boquillas desechables de cartón o las recomendadas por el fabricante y boquillas tipo buceo para aquellos pacientes que no logran realizar un buen selle con los labios.
Instrumental	**N/A**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Pinzas nasales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Lavabo para higiene de manos.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Guantes desechables.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Cubrebocas quirúrgico para protección general y cuando se requiera cubrebocas N95 con fuga menor al 10% .
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Anteojos de protección.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Espirómetros de flujo que cuenten con registro de tiempo espiratorio mínimo de 15 segundos. Capacidad de medición de volúmenes de 0.5 a 8

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							litros en condiciones BTPS.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Espirometría ENFERMEDAD LISOSOMAL**	Pantalla para la presentación de los gráficos de flujo-volumen (F/V) y volumen-tiempo (V/T).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Máquina de tos (Cough asist).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Chaleco vibrador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Aspirador de secreciones.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Oxímetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Entrenador de músculos respiratorios (inspiratorios y espiratorios).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Bolsa de reanimación con mascarillas pediátricas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Ergómetro de manos.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Señalización.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Señalamiento de emergencia para protección civil.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Iluminación y ventilación sean adecuadas.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Áreas Comunes**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Sala de espera con sanitario.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Cuente con espacio, mobiliario suficiente y adecuado para aplicar el tratamiento enzimático.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Sillones de preferencia tipo reposet.
Mobiliario	**Mobiliario General**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Sillas para los acompañantes.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Por lo menos una cama clínica.
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Porta sueros.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Bombas de infusión.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Sistemas de infusión.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Transductor de presión arterial.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Brazalete de presión arterial del tamaño apropiado para la edad.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Oximetría de pulso.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área para Tratamiento Enzimático Sustitutivo (TES)**	Tomas de oxígeno.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Área de hematología, coagulación, serología, inmunología, química sanguínea, general de orina**	Que el laboratorio cuenta con los recursos materiales y tecnología, de acuerdo con el tipo de estudios de áreas específicas para las distintas secciones donde se realizarán los estudios de laboratorio: Estudios Especiales (pueden ser propios, subrogados o solicitados al INP o al HIM): Estudio molecular. Actividad enzimática de alfa - galactosidasa. Globotriaosil ceramida (GL-3) en plasma. Actividad Quitotriosidasa. Anticuerpos específicos. Determinación de a- L iduronidasa. Glucosaaminoglicanos en orina (Keratán sulfato). Heparán y Dermatán sulfato (GAG s). Determinación de niveles y actividad de Arilsulfatasa B. Acumulación de

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							dermatán sulfato y ausencia de condroitin sulfato, keratan sulfato o hialuronato. Determinación de iduronato 2 sulfatasa en papel filtro, plasma, leucocitos, cultivo de fibroblastos o vellosidades coriónicas. Determinación de anticuerpos IgG e IgE anti-idursulfasa. Creatinin fosfocinasa, aspartato aminotrasferasa, deshidrogenasa láctica en sangre. Actividad de alfa glucosidasa ácida en sangre seca depositada en papel filtro. Análisis de vacuolas en leucocitos con tinción de PAS. Actividad de alfa glucosidasa ácida en fibroblastos obtenidos de biopsia de piel. HEX4 en orina. Determinación de N-acetilgalactosamina-6 sulfatasa en sangre seca y/o leucocitos,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							plasma, cultivo de fibroblastos.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Genética**	Servicio propio o subrogado que deberá contener reactivos necesarios para la realización de estudios de inmunofenotipo con panel mínimo de anticuerpos: análisis mutacional en ADN. Estudio molecular del gen GAA por secuenciación a partir de DNA obtenido de sangre. CRIM (Cross Reactive Inmunological Material). Análisis Molecular del gen GALNS.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Consulta Externa de Ginecobstetricia**	Ultrasonido especializado para medir LCC.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Consulta Externa de Ginecobstetricia**	Guía ultrasonográfica, ecocardiógrafo y electrocardiógrafo para mediciones prenatal de longitud cráneo-caudal, hueso nasal y translucencia nucal, higroma quístico, linfedema, cardiopatía congénita y malformaciones renales.
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Consulta Externa (Genética)**	Área de citogenética para la realización de Diagnóstico postnatal: Se deberá realizar cariotipo (en al menos 30 metafases en sangre periférica).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Radiodiagnóstico**	Equipo para resonancia magnética cardiaca con gadolinio propio o de referencia y
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Radiodiagnóstico**	Equipo de densitometría calcáneo o de muñeca propio o subrogado (con software específico para población pediátrica).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Laboratorio**	Que cuente con el equipo para realizar insulina sérica, detección de anticuerpos tiroglobulinas y anticuerpos antiperoxidasa tiroidea. Cuantificación sérica de vitamina D y calcio.
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO							
CÁNCER EN MENORES DE 18 AÑOS							
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Área para estudios por ultrasonografía**	Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar ultrasonido abdominal y testicular, ecocardiograma o fracción de eyección ventricular y fracción de acortamiento.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Resonancia magnética**	Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar resonancia magnética de cráneo con gadolinio- DTPA

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Tomografía por emisión de positrones (PET-CT)**	Cuenta con el equipo y los insumos necesarios para realizar tomografía de cuello, tórax, abdomen, pelvis.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Gammagrama**	Que cuente con insumos para realizar los estudios solicitados de pulmón, gammagrama renal con MAG 3, gammagrama óseo con Tc 99l.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Laboratorio**	Que el laboratorio cuente con los recursos materiales y tecnología para realizar: citología hemática completa con reticulocítos, frótis de sangre periférica, grupo sanguíneo ABO y Rh, pruebas de función hepática, proteínas totales, electrólitos séricos, deshidrogenasa láctica, fosfatasa alcalina, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							parcial, fibrinógeno, química de 4 elementos, EGO, depuración de creatinina de 24 horas, perfil viral (hepatitis B, C , VIH, epstein-barr y citomegalovirus), TORCH en menores de 4 meses.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con insumos para realizar los estudios de laboratorio requeridos: depuración de Cr antes de administración de MTX, amilasa y lipasa antes de la administración de lasparaginasa, hemocultivo. determinación de TSH, tiroxina, Na y K. Medir LH, GH y FSH, ACTH, si el paciente es mayor de 11 años, alfafetoproteína. fracción beta de gonadotropina coriónica humana.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con los insumos para realizar: la recuperación de antígeno, incubación, revelado, observación de acuerdo con la técnica que se realice, conservación y almacenamiento de reactivos y muestras.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con insumos para que se realice el estudio de determinación de marcadores tumorales de acuerdo al caso en estudio (marcadores CD20.CD3, CD30, ALK, BCL-6 en Linfoma no Hodgkin).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con reactivos para el diagnóstico de sarcoma de Ewing CD99 (MIC2), vimentina, enolasa neuronoespecífica, proteína S100, antígeno común leucocitario (CD45).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con reactivos para el diagnóstico de tumor de willms (WT1, WT2).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con reactivos para diagnóstico de enfermedad de Hodgkin CD20, CD79a, CD30(K1), CD15, cadas: JBMO bilateral, solo estadios III y IV.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con reactivos para el diagnóstico de timoma mixopapilar.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cuenta con insumos para: punción lumbar, colocación de válvula de derivación (ventrículo peritoneal), para toma de biopsia, para toma de biopsia y aspirado de médula ósea.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo de microcirugía (para Meduloblastoma, Astrocitoma, Ependimoma, Neuroblastoma, Craneofaringioma, teratoide rabdoide atípico maligno, papiloma de plexos coroideos, papiloma atípico o anaplásico de plexos coróides, carcinoma de plexos coroideos, meningioma), equipo para ventriculostomia endoscópica y externa.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Genética**	Cuente con insumos para Inmunofenotipo y citogenética Genotipificación para Cáncer en Menores de 18 años: Astrocitoma, Ependimoma, Meduloblastoma, Neuroblastoma, Otros tumores del sistema nervioso central.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para biopsia hepática, equipo para biopsia de ganglio, equipo para biopsia de ganglios regionales, equipo para colocación de catéter Porta Cath, equipo para biopsia en osteosarcoma: 2 agujas de Jamshidi, trocar para biopsia percutánea, material y equipos necesarios para colocación de puerto: 3 catéteres puerto, 48 agujas para puerto tipo Huber, kit del catéter con dispositivo tipo puerto (catéter calibre 5.8 Fr, 6.0 Fr, 6.5 Fr, 6.6 Fr, 7.0 Fr, 7.8 Fr u 8 Fr, según la edad del paciente), prótesis tumorales articuladas de rodilla, aloinjertos autólogo de peroné, aloinjerto donador cadavérico y/o material de osteosíntesis, aloinjerto de donador relacionado, equipo para bloqueo con

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							bomba de infusión peridural, material para drenaje cerrado y drenaje quirúrgico, pinza de bisturí armónico,endoengrapadoras, material para colocación de prótesis del (los) ojo (s) enucleados, insumos para aplicación de implante y conformador, equipo para biopsia y aspirado de médula ósea, equipo para biopsia abierta.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para cirugías diversas: equipo de amputación, equipo de aseo, equipo de asepsia, equipo de bloqueo peridural, equipo de cirugía general básica, equipo de cirugía menor y debridación, equipo de cirugía ocular menor y mayor (en su caso), equipo de cirugía pediátrica, equipo de curación para cirugía, equipo de curación para hospitalización, equipo de intubación endo-traqueal, equipo de traqueostomía, equipo de venodisección, equipo para cirugía mayor (para Hepatoblastoma y Hepatocarcinoma, Sarcoma de Ewing, Tumor de Wilms, Nefrectomía, Diversos carcinomas, Tumor de ovario, Tumor de testículo, Tumor germinal extra gonadal), equipo para

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							trasplante de hígado, equipo para enucleación (en su caso), equipo para Osteosarcoma, equipo para cirugía de sarcomas de partes blandas.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Genética**	Que cuente con insumos para Inmunofenotipo y citogenética Genotipificación para Cáncer en Menores de 18 años: Tumor De Wilms, Otros Tumores Renales, Hepatocarcinoma, Hepatoblastoma, Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing, Linfoma no Hodgkin, Enfermedad o Linfoma Dehodgkin, Retinoblastoma, Sarcoma de Partes Blandas, Tumores

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							Gonadales, Tumores Extragonadales, Diversos Carcinomas, Histiocitosis
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Equipo para biopsia, equipo para biopsia de ganglio y de médula ósea, equipo para aspirado de médula ósea, equipo para biopsia de hueso, equipo para biopsia quirúrgica a cielo abierto excisional de tejido o ganglio, equipo para toma de biopsia incisional, equipo para toma de biopsia por aspiración por aguja fina, agujas para punción lumbar, puerto subcutáneo, trocar para médula ósea calibre 16 y 18, jeringas de 3 y 20 ml., agujas hipodérmicas de calibre 20 y 22,venda elástica

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							adhesiva, portaobjetos, agujas espinales calibre 20 a 22, agujas hipodérmicas de calibre de 1 ½ pulgadas para neonatos, lactantes y niños pequeños y de 3 ½ pulgadas para escolares y adolescentes, tubos de ensayo.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Estudios especiales para hematopatías malignas**	Equipo para determinar electrolitos séricos, tinciones especiales para leucemia, equipo e insumos para determinar niveles séricos de metotrexate. Cultivos. Determinación de anticuerpos para EBV, CMG, IgG, IgM. Ácido homovanílico. Ácido vanilil mandélico. DHL. Perfil hormonal masculino y femenino.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Genética**	Equipo para Inmunofenotipo y citogenética Genotipificación de Leucemia linfoblástica aguda, Leucemia mieloblástica aguda, Leucemia crónica, Síndrome mielodisplásico:
CÁNCER EN MAYORES DE 18 AÑOS							
Mobiliario	**Mobiliario Médico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**consultorio de urología**	Mesa para procedimientos de proctología/urología.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**consultorio de urología**	Unidad de endoscopia para urología (monitor, control de cámara, cámara, videograbadora).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Anatomía patológica estudio y descripción anatomopatológica**	Cuente con insumos para que se realice el estudio histopatológico transoperatorio de la pieza quirúrgica y de las biopsias enviadas (confirmación histológica y etapificación).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área de Mamografía**	Mastógrafo Equipo completo analógico o digital con detector integrado con aditamentos para el diagnóstico: a. Rejilla fenestrada, magnificador, paletas de compresión, estereotaxia digital o analógica calibrada. En el caso de equipos analógicos con revelador, chasís para mastografía con pantalla intensificadora. b. Reveladores para imágenes de mastografía o digitalizadores de imagen CR específicos para mastografía con licencia o

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							configuración para imagen mastográfica (no se admiten reveladores o digitalizadores para uso general). En el caso de equipos analógicos con digitalizador de imagen CR, chasís CR específico para mastografía. c. Detector de imagen digital de 24 cm x 30 cm o equivalente, o chasís para mastografía con pantalla intensificadora de 18 cm x 24 cm y 24 cm x 30 cm, o chasís CR para mastografía de 18 cm x 24 cm y 24 cm x 30 cm. d. Negatoscopios. Agujas de corte 14 gauge. Agujas de marcaje. e. Rejilla de transporte

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área de Tomografía**	Insumos para ministración de medio de contraste iónico para TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Equipo completo para ultrasonografía transrectal USTR.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Doopler con tranductor intracavitario entre 5 - 10 mega herz.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Equipo completo para ultrasonografía testicular.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Transductores.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Equipo completo de ultrasonido endorectal 360 grados, 3D volumétrico
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Área para estudios por Ultrasonografía**	Equipo completo de ultrasonido de alta resolución con transductor lineal de alta frecuencia, igual o mayor a 7.5 MHz
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Banco de sangre**	Cuente con el servicio las 24 horas, 365 días del año.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Banco de sangre**	Cuenta con la infraestructura e insumos para realizar; biometría hemática o determinación de hematocrito, identificación de grupos sanguíneos, antígeno RH, compatibilidad sanguínea, anticuerpos irregulares, fenotipos, detección de los agentes infecciosos

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							transmisibles por transfusión (Treponema pallidum, Virus B de la hepatitis, Virus C de la hepatitis, Virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2, Trypanosoma cruzi, brúcela, plasmodium, citomegalovirus, toxoplasma, retrovirus HTLV tipos I y II.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	Zona controlada y cercana al cuarto de guarda, se cuente con una tarja con red de protección, específica para el lavado de los accesorios de aplicación, excepto cuando se utilice material desechable. BRAQUITERAPIA DE CARGA MANUAL: Que el material radiactivo se almacene en el cuarto de guarda ubicado dentro del área de braquiterapia y que cuente con mesa de trabajo de material resistente, para

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							soportar el blindaje y la barrera de trabajo para el manejo del material radiactivo, que se preparen las cargas de material radiactivo y los equipos de aplicación.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	Equipo computarizado para la planeación de los tratamientos.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**BRAQUITERAPIA (de alta o baja tasa)**	Equipo de dosimetría tipo cámara de pozo y dispositivos para control de calidad (braquiterapia de carga automatizada).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Cuenta con la infraestructura del área de acuerdo a normatividad vigente, además de quipo de histeroscopia con aditamentos para toma de biopsia (propio o subrogado)
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Equipo de colposcopio
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Riñón de 250 ml,
Instrumental	**N/A**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Torundero

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Ácido acético
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Abatelenguas o espátula de Ayre
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Laminillas porta objetos y cubre objetos
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Citospray fijador o alcohol del 90°
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Guantes para exploración desechables de varios tamaños

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Lugol
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Cloruro de benzalconio tintura
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Cánula de Pipelle
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Cánula Novak
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Consultorio de gineco-obstetricia**	Legras (opcionales).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de la biopsia transrectal.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice la confirmación histológica y etapificación.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con insumos para Aspirado de médula ósea, hueso y biopsia de médula ósea.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Insumos para Biopsias de tejido afectado y Tinciones especiales para LINFOMAS.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica y biopsias.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	1. Que cuente con los insumos para que se realice el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	2. Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	3. Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de conización de cérvix.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Genetica (genotipificación de BCRA 1 y BCRA2)**	Insumos necesarios para reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para extensión a familiares en riesgo.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Genetica (Inmunofenotipo y Citogenética)**	Reactivos necesarios para la realización de estudios de inmunofenotipo con panel mínimo de

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							anticuerpos (Genes BRCA1 o BRCA2).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Imagenología (Área de Tomografía Computarizada de alta resolución (propio o subrogado)**	Cuente con el equipo para que se realice TAC abdomino-pelvica, torax con ventana pulmonar contrastada (opcional).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de aspirado de médula ósea y hueso (LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de aspirado de médula ósea y hueso, estudio del líquido cefalorraquídeo (LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con los insumos para que se realice K-ras por PCR.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de receptores hormonales y HER-2-neu y Ki67, Marcadores tumorales CA 15-3, ACE y CA 27-29.

Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de receptores hormonales y HER-2-neu y Ki67, Marcadores tumorales CA 15-3, ACE y CA 27-29. receptores de estrógeno, progesterona y HER2/neu y análisis por FISH. 1. Realización de marcadores tumorales cada 6 meses por tres años. 2. Evaluación para la amplificación del HER2/neu por el método de FISH: FISH negativo. 3. Más de 4 copias del gen/núcleo o la razón HER2/neu/CEP17. 3. Más de 1.8 FISH equívoco. 4-6 copias del gen/núcleo o la razón HER2/neu/CEP17=1.8-2.2. 5. FISH positivo más de 6 copias del gen/núcleo o la razón HER2/neu/CEP17 >2.2.)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER DE PRÓSTATA Cuente con el equipo para cirugías diversas: orquiectomía simple bilateral, castración quirúrgica, resección de tumores residuales, disección linfática retroperitoneal, prostatectomía radical (abierta, laparoscópica o robótica), equipo médico y material para la colocación de puerto permanente, aguja para puerto vascular, parches para colocación de puertos, agujas de corte para biopsia adaptable a pistola automática, pistola automática para biopsia, aguja de shiba, guía adaptable para aguja de biopsia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER DE TESTICULAR Cuente con insumos para cirugías diversas: orquiectomia radical por vía inguinal con ligadura de cordón, resección de tumores residuales, disección linfática retroperitoneal, equipo médico y material para la colocación de catéteres y puertos subclavios, con los materiales y reactivos de para transoperatorio y definitivo de pieza quirúrgica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER DE COLON que cuente con insumos para: peritonectomía, resección endoscópica y/o colectomía abierta o laparoscópica, colectomía abierta o laparoscópica ó derivación ó colocación de stent, ostomía, embolización portal selectiva, resección hepática, resección de la recurrencia o resección multivisceral, plastia de pared con malla protésica, sutura mecánica, malla protésica, bolsas de colostomía, restitución de tránsito intestinal, engrapadora lineal cortante 60-80, engrapadora circular 28-33, engrapadora lineal cortante 60-75, engrapadora endolineal cortante de mínima invasión con articulación y rotación 60mm, engrapadora lineal no cortante (TA)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							60-90, cartuchos correspondientes para cada tipo de engrapadora (2 a 3), catéter externo o implantable

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER DE RECTO que cuente con insumos para: resección anterior baja con o sin estoma de protección ó resección abdominoperineal (abiertas o laparoscópicas) ó exenteración pélvica, cirugía transanal (anillo retractor con fijadores elásticos con gancho), resección rectal abierta o laparoscópica ó derivación ó colocación de stent, ostomía, plastia de pared con malla protésica, sutura mecánica, resección de la recurrencia o resección multivisceral, engrapadora lineal cortante 60-70, engrapadora lineal 60-75, engrapadora circular 28-33, engrapadora cortante curva de 40 mm, engrapadora lineal cortante de mínima invasión con articulación y rotación

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							de 60 mm (cartuchos intestinales y vasculares), engrapadora lineal no cortante (TA) 60-90, cartuchos correspondientes para cada tipo de engrapadora (2-3), equipo para estomas permanentes o temporales (placas de colostomía planas y convexas de 1 y 2 piezas, bolsas de colostomía para cambio semanal), restitución de tránsito intestinal
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER DE MAMA insumos para mastectomía con ganglio centinela, biopsia por aspiración con aguja delgada, biopsia guiada, disección axilar completa, osteosíntesis, colocación de puertos, reconstrucción con tejido autológo y/o expansores, aguja de

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							corte, aguja desechable para ablación, aguja para biopsia 10 a 14 Gauge, aguja para puerto vascular, aguja y/o clips de marcaje, catéter puerto, agujas para puertos, parche para colocación de catéter puerto, grapas vascular intestinal y pulmón, válvula de derivación ventrículo peritoneal, reservorio Ommaya.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER DE OVARIO insumos para histerectomía, salpingooforectomía, omentectomía, apendectomía, linfadenectomía, toma de biopsia, lavado peritoneal, resección intestinal, instalación de catéter puerto (catéter, aguja), engrapadoras lineales, curvas y circulares, engrapadora contour, cartuchos para engrapadora lineal, agente hemostático

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							(surgicel fibrilar), agujas de radiofrecuencia (sólo casos indicados, 2%), bolsa y placa para colostomía de aro flotante, pasta adhesiva para colostomía, drenaje tipo bio-vac, sonda Foley, sonda Nellaton, drenaje Jackson-Prack (4), bolsas de protección de pared abdominal (4), instrumentos de electrocirugía (Ensile y/o ligasure), termómetro Ta intraperitoneal.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**CEyE**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Instrumental disponible en C.E. y E.**	CÁNCER CÉRVICOUTERINO Que cuente con insumos para laparotomía citoreductora, salpingooferectomía, excenteración pélvica, linfadenectomía, omentectomía, lavado peritoneal, histerectomía, cirugía abierta, cirugía de mínima invasión,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							biopsia de endometrio, biopsia peritoneal, colocación de catéter puerto, legras uterinas, espejos vaginales, cánula de Pipelle, cánula de Novak, histerómetro, catéter doble j, bolsas de urostomía, bolsas de colostomía.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con insumos para Alfa-feto-proteína.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con insumos para Fracción & de gonadotropina coriónica humana
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con insumos para Marcadores tumorales.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para Biometría hemática por Coulter (con reticulositos cuando se requiera).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para determinación de gonadotrofinas séricas con fracción beta .
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para determinación de de anticuerpos para perfil viral para hepatitis (HEPATITIS B y C); CMG; VIH en IgG e IgM.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para determinación de Alfa-feto-proteína.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para determinación de Perfil Hormonal Completo para Trasplante de medula Ósea.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para determinación de Índice de DNA en células de linfoma.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Equipo para determinación de β 2 Microglobulina, electroforesis de proteínas séricas.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con insumos para: biometría hemática, química sanguínea, TP, TTP, INR, pruebas de función hepática, antígeno carcinoembrionario, grupo y Rh y pruebas cruzadas, hemocultivo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con insumos para: biometría hemática completa: velocidad de sedimentación globular, ferritina, hierro sérico y transferrina, pruebas de funcionamiento renal, incluye depuración de creatinina, pruebas de funcionamiento hepático, Transaminasa Glutámico Oxalacética-Transaminasa Glutámico Pirúvica, prueba para detección de Virus inmunodeficiencia humana, o estudios virales: HIV en primario cerebral, hepatitis C, EBV y CMV citomegalovirus, perfil viral para hepatitis y citomegalovirus estudios de coagulación TP, TTP, fibrinógeno, osmolaridad urinaria después de privación

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							de agua durante la noche Citología hemática completa, grupo sanguíneo ABO y RH, glucosa, urea, creatinina, electrolitos séricos con Ca, P y Mg (parámetros de lísis tumoral)*, ácido úrico, deshidrogenasa láctica, amilasa pancreática (opcional), tiempo de protrombina tiempo de tromboplastina parcial, fosfatasa alcalina, B y B2 microglobulina, amilasa pancreática, Citoquímico de líquido cefalorraquídeo.Tinciones de Wright, PAS, Mieloperoxidasa, Sudán Negro y estearasas para citoquímica. Calcio sérico mensual

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio**	Que cuente con los insumos para: biometría Hemática completa, química sanguínea (glucosa, creatinina, ácido úrico, BUN, creatinina), pruebas de función hepática, electrolitos séricos (potasio sodio y cloro, tiempo de Coagulación (TP, TTP, INR), pruebas de función tiroidea (solo en uso de Sunitinib y Regorafenib), marcadores tumorales (antígeno carcinoembrionario, CA19.9).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio Clínico**	Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Antígeno prostático específico .

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio Clínico**	Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Antígeno prostático total (APT).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio Clínico**	Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Antígeno prostático libre (APL).
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Laboratorio Clínico**	Reactivos y equipo de laboratorio específicos para realizar Niveles de testosterona.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular**	Extracción de ADN. Cuantificación de ADN por espectrofotometría. Etiquetado de las muestras y almacenamiento a una temperatura de -70°C, 4. diluciones de trabajo almacenadas a una temperatura de 20°C, 5. Amplificación por PCR punto final de la región correspondiente a los puntos de corte de la delección buscada. Búsqueda de mutaciones puntuales.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Termociclador

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Equipo de cuantificación de ácidos nucleicos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Cámara(as) de electroforesis
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Transiluminador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Vortex y agitadores magnéticos
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Campana de flujo laminar
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Secuenciador capilar o Sangre

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Equipo de refrigeración para muestras biológicas y reactivos (4° C y 20°C)
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Micropipetas;
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**laboratorio de biología molecular Equipamiento mínimo requerido**	Secuenciador.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Quimioterapia**	Infusores, aguja angulada 90°
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Radioterapia Externa o Teleterapia**	Acelerador lineal dedicado a radiocirugía (propio o subrogado)
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Radioterapia Externa o Teleterapia**	Unidad de radioterapia intracavitaria con cobalto 60 (propio o subrogado)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Radioterapia Externa o Teleterapia**	Radioterapia externa estereotáctica hipofraccioanda.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Quimioterapia**	Registro de la fracción de eyección ventricular izquierda (FEVI) para evaluar la función sistólica cardiaca en la situación basal y durante la quimioterapia (la determinación de la FEVI o con la técnica de ventriculografía isotópica con adquisición sincronizada múltiple (MUGA) por indicación médica o por uso de Trastuzumab).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Sala de endoscopia**	Toracoscopio, rectosigmoidoscopio rígido o flexible, colonoscopio con pinzas de biopsia, equipo para radiofrecuencia, disector ultrasónico, prótesis endoscópicas metálicas (Stents).
Instrumental	**N/A**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Sala de endoscopia**	Se cuenta con instrumental y equipo para resección de mucosa, disección endoscópica de la submucosa, yeyunostomía o gastrostomía.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Ultrasonido**	Equipo completo para ultrasonografía testicular (testículo) y transductores.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer de Próstata. Cuente con instrumental para Cirugía prostática suprapúbica, Cirugía urológica
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer de Próstata. Torre de laparoscopia, constituida por un monitor de video (videoscopio), una fuente de luz, una cámara y el laparoscopio, insuflador de 30 L., y trocares.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	LINFOMA NO HODGKIN FOLICULAR: Cuente con insumos para cirugías diversas: equipo médico y material para la colocación de catéter subclavio o puerto subcutáneo, equipo y material para aspirado de médula ósea, equipo y material para biopsia de hueso.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	LINFOMA NO HODGKIN DIFUSO: Cuenta con insumos para cirugías diversas: equipo médico y material para la colocación de catéter subclavio o puerto subcutáneo, equipo y material para aspirado de médula ósea, equipo y material para biopsia de hueso, equipo y material para punción lumbar.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer de Colon y Recto. Torre de laparoscopia, constituida por un monitor de video (videoscopio), una fuente de luz, una cámara y el laparoscopio, insuflador de 30 L., y trocares, protector de herida laparoscópico de 5-9 cm, equipo de corte, coagulación y sellado (para cirugía abierta y laparoscópica) con pinzas y tijeras, drenaje

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							de succión cerrada de diversos canales de flujo, disector ultrasónico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer de Mama. Equipo para laparoscopia, gamma sonda, colorante, tecnesio 99, equipo de neuronavegación (propio o subrogado).
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer de ovario Cuente con torre de laparoscopia y kit para trocares (trocar de 0.5cm, 2 trocares de 1.0 cm, aguja de Verres), pinza para laparoscopia (Gasper), máquina de perfusión de 60 a 50 minutos (propia o subrogada), cistoresectoscopio eléctrico o láser y cistoscopio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer Cérvicouterino. Que cuente con equipo para laparoscopia o de mínima invasión, equipo para histeroscopía con aditamentos para toma de biopsia y para ablación de tejido tumoral.
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Unidad Quirúrgica**	Cáncer de esófago. Se cuenta con instrumental y equipo para esofagectomía radical con cirugía de reconstrucción, ascenso gástrico, transposición colónica, injerto de yeyuno microvascular, laparoscopia diagnostica solo en tumores de la unión esófagogástrica con lavado peritoneal con citología, yeyunostomía o gastrostomía, esofagectomía paliativa.
Tratamiento antirretroviral de VIH/SIDA							

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Consulta Externa**	Alta en el Sistema de Información en Salud (SALVAR en VIH/SIDA), y equipo de computo designado para ese fín.
Equipo	**Equipo de Cómputo**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Consulta Externa**	Alta en el Sistema de Información en Salud (en Hepatitis C)
Instalaciones	**Áreas Médicas**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Consulta Externa (área de detección y consejeía)**	Cubículos con características que permiten la privacidad y manejo confidencial de datos.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Laboratorio**	VIH/SIDA. Realización de los exámenes clínicos de laboratorio CD4 y Carga Viral propio, subrogado o referencia.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Laboratorio**	VIH/SIDA. Realización de los exámenes clínicos de laboratorio para la detección y confirmación de VIH propio, subrogado o referencia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Laboratorio**	Hepatitis C. Que se realice prueba de Tamizaje rápida y que exista evidencia documental del Tamizaje, Carga viral para Hepatitis C, ALT, BH, Cr, VIH, VHB
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO							
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Consulta externa**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Consulta Externa Cardiología**	Equipo para pruebas de esfuerzo (propio o subrogado), electrocardiógrafo, monitores Holter y ecocardiógrafo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Urgencias**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Urgencias**	Cuenta con equipo y material para la atención de infarto agudo al miocardio: catéter endovenoso central, catéter para línea arterial, catéter venoso central largo y corto.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Urgencias**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Urgencias**	Cuenta con el medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio para terapia antiplaquetaria: ácido acetil salicílico, clopidogrel, para terapia antitrombínica: enoxaparina, heparina no fraccionada, para terapia anti isquémica: metoprolol, isosorbide, trinitrato de glicerilo, artovastatina, para terapia analgésica: morfina, para fibrinólisis: tenecteplasa, estreptoquinasa, alteplase.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**UCIA**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Unidad de Cuidados Intensivos Adultos o en su caso Unidad de Cuidados Coronarios**	Cuenta con el medicamento requerido para la atención de infarto agudo al miocardio: para terapia antiplaquetaria: ácido acetil salicílico, clopidogrel, para terapia antitrombínica: enoxaparina, heparina no fraccionada, para terapia anti isquémica: metoprolol, isosorbide, trinitrato de glicerilo, artovastatina, para terapia analgésica: morfina, para fibrinólisis: tenecteplasa, estreptoquinasa, alteplase.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Hemodinámia**	Cuenta con los siguientes insumos para: cateterismo cardiaco, para perfusión miocárdica, para angioplastia, para coronariografía: catéter de dilatación coronaria, prótesis endovascular (stents), sistema de aspiración de trombos,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							catéter endovenoso central, catéter para línea arterial, catéter venoso central largo y corto, catéter Sawn Ganz.
Material Consumible	**Material de apoyo para el tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Laboratorio**	Cuenta con los siguientes insumos para: biometría hemática completa, química sanguínea de 12 elementos, electrolitos séricos (Na, K, Cl), marcadores bioquímicos cardiacos: mioglobina, creatinfosfoquinasa total y su fracción MB, troponina I, troponina T cuantitativa, tiempos de coagulación (TP, TTP).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Banco de Sangre**	Cuenta con la infraestructura del área de acuerdo a normatividad vigente y características enlistadas en áreas de atención médica generalizada o especializada. Insumos para realizar: biometría hemática o determinación de hematocrito, identificación de grupos sanguíneos, antígeno RH, compatibilidad sanguínea, anticuerpos irregulares, fenotipos, detección de los agentes infecciosos transmisibles por transfusión (Treponema pallidum, Virus B de la hepatitis, Virus C de la hepatitis, Virus de la inmunodeficiencia humana tipos 1 y 2, Trypanosoma cruzi, brúcela, plasmodium, citomegalovirus,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							toxoplasma, retrovirus HTLV tipos I y II.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Imagenología**	Equipo requerido para la cámara de centelleo (propio o subrogado).
TRASPLANTE EN MENORES Y MAYORES DE 18 AÑOS (TODOS)							
TRASPLANTES DE HÍGADO, CORAZÓN, PULMÓN, RIÑÓN, CÓRNEA Y MÉDULA ÓSEA							
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Anatomía Patológica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio histopatológico de la pieza quirúrgica.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para el sistema de disección, muestreo, descripción macroscópica y en su caso estudios transoperatorios.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de la biopsia de médula ósea en recaída.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice estudio de citología de punción lumbar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice el diagnóstico por biopsia de enfermedad injerto contra huésped en piel y/o, hígado y/o gastrointestinal (trasplante alogénico).
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice estudio de la biopsia de médula ósea en recaída (trasplante alogéncio) y en la evaluación del paciente, seguimiento, recaída (trasplante autólogo).
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice el estudio de citología de punción lumbar.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Que cuente con los insumos para que se realice estudio citológico de líquido cefalorraquídeo (en pacientes con leucemia).
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Estudio y descripción anatomopatológica**	Cuenta con los insumos para que se realice el estudio de BAAR y cultivo en orina (en caso de PPD positivo), citología y cultivo de líquido peritoneal.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Genética**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar: fenotipo (en paciente politransfundido), cariotipo, FISH, quimerismo por microsatélite; estudios de inmunofenotipo y citogenética.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Genética**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para que se realice: cariotipo (solo en caso necesario), genotipo para hepatitis B y C (solo en casos positivos), niveles alfa 1 anti tripsina y polimorfismos.
Instalaciones	**Servicios Auxiliares y de Diagnóstico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Imagenología**	Área de ultrasonido oftalmológico modo A y B.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con equipo e insumos para criopreservación (propio o subrogado).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Que cuente con equipo para citometría de flujo y RTPCR, citometría de flujo en LCR.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	PCR para CM,VHerpes, hongos.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	PCR de baja y mediana (100%) resolución, de alta resolución solo para trasplantes no emparentados o donador internacional (75%)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Anticuerpos anti HLA, ANA y ANCA
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Anticuerpos antimúsculo liso, anticuerpo antimitocondirales, anti LKM1,
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Alfafetoproteina (AFP) en tumores germinales

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Células nucleadas totales
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Viabilidad celular
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	CMV carga viral o antigenemia

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Perfil de inmunoglobulinas
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Subpoblación de linfocitos T CD3, CD4, CD8,
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Determinación de CD 3 (especificar subpoblación de linfocitos T CD3

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Determinación de subpoblación de linfocitos CD 3, 4 y 8 en haploidénticos
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Determinación de CD34
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Marcadores tumorales (antígeno carcino embrionario, ACE, Ca19-9, Ca125, HGC Frac. B, α feto proteína),

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Inmunohistoquímica**	Panel de reactividad antigénica (PRA).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con el equipo siguiente para la obtención de células progenitoras en el trasplante de médula ósea autólogo y alogénico:
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Equipo básico y/o su equivalente tecnológico automatizado para estudios de rutina y de complejidad, para Bh y tiempos de coagulación

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Equipo para química sanguínea, serología e inmunología , determinación de CD y su cuantificación o su equivalente tecnológico.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Equipo para realización de cultivos y estudios de exudados.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de indicaciones para trasplante.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de evaluación pretrasplante donador vivo y receptor.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de evalución pretrasplante donador fallecido
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar preoperatorio donador fallecido o vivo según sea el caso

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar estudios complementarios pretrasplante y de seguimiento
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar los estudios de evaluación pretrasplante receptor.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar estudios en complicaciones quirúrgicas

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Cuenta con los equipos e insumos necesarios para realizar estudios en preparación de egreso hospitalario
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Equipo básico y/o su equivalente tecnológico automatizado para estudios de rutina y de complejidad como inmunofluorescencia, ELISA y Hemaglutinación.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Gasómetro.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Laboratorio**	Equipo para EGO , cultivos y Centrífuga.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Otros Auxiliares de Diagnóstico**	TRASPLANTE ALOGÉNICO. que cuente con el mobiliario y equipo requerido para evaluación del receptor: PET-CT con FDG en casos de linfoma (10%). TRASPLANTE AUTÓLOGO que cuente con el mobiliario y equipo requerido para evaluación, seguimiento y recaída del paciente: equipo PET CT (con FDG) propio o subrogado. TRASPLANTE ALOGÉNICO Y TRASPLANTE AUTÓLOGO. que cuente con el

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							mobiliario y equipo requerido para seguimiento: densitometría ósea.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Otros Auxiliares de Diagnóstico**	Equipo para pletismografía
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Quimioterapia**	Cuenta con los equipos y medicamentos necesarios para Trasplante de médula ósea

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Equipo específico: camilla neumática básica (por área de endoscopía en la unidad),
Instrumental	**N/A**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Equipo e instrumental para endoscopía y toma de biopsia.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Estudios Auxiliares de Diagnostico**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Catéteres necesarios para cada procedimiento,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Ultrasonido endoscópico con biopsia.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Cuente con insumos para: colangiografía endoscópica, colangioscopía con biopsia, polipectomía o biopsia
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Broncoscopio (broncofibroscopio, videobroncoscopio)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Toracoscopio,
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Colonoscopio
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Panendoscopio

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Duodenoscopio
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Ecoendoscopio linea
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Hemostáticos endoscópicos: inyector endoscópico para epinefrina

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Polvos hemostáticos,
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Hemostasia por contacto (unidad electroquirúrgica) sonda bipolar y pinza hemostática
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Hemostasia con argón plasma (gas, unidad electroquirúrgica, bomba y sonda endoscópica para argón)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Sala de Endoscopia**	Hemostasia mecánica (hemoclips y clips sobre el endoscopio
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Que cuente con equipo e instrumental necesario para la terapia de rehabilitación respiratoria: Espirómetro.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Equipo e instrumental necesario para la terapia de rehabilitación respiratoria: Inspirómetro incentivo con uso de Triflow (ejercitador muscular de la función respiratoria).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Equipo para pruebas de función respiratoria.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Ergómetro de brazo o piernas.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Auxiliares de Tratamiento**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Servicio de rehabilitación pulmonar / servicio de fisiología pulmonar (terapia respiratoria)**	Chaleco percutor o percutor manual (percusión torácica).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea**	Que se cuente con el material y equipo para los diferentes procedimientos requeridos: aspirado de médula ósea y biopsia de médula ósea con mango en T (agujas de aspirado. jeringas de 20 ml). equipo para punción lumbar (pacientes con leucemia en trasplante alogénico evaluación del receptor).
Instrumental	**N/A**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea Adulto, Pediátrico y Unidad de Trasplante Renal**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad de Trasplante de Médula Ósea**	Equipo para soporte transfusional. así como insumos para el postoperatorio inicial y tratamiento del rechazo agudo (material y equipo para aspirado de médula ósea).
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Córnea. Microscopio quirúrgico oftalmológico. Visco elástico. Solución Salina balanceada. Sutura nylon 10/0, con aguja espatulada doble armada 3/8. Poliglactina 8/0 con

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							aguja espatulada doble armada 3/8. Seda 5 ceros con aguja espatulada. Trépanos de diferentes diámetros.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Médula Ósea. Ultrasonido para guiar la colocación de catéter venoso central (trasplante autológo y alogénico receptor y donador).
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Médula Ósea. Que cuente con el equipo para la recolección de células progenitoras de médula ósea (trasplante alogénico obtención de células progenitoras del donador).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Corazón. Bomba de circulación extracorpórea (equipo e insumos), dispositivos de asistencia ventricular (propio o subrogado), equipo para monitorización cerebral (BIS), equipo para tromboelastografía (opcional), equipo de drenaje torácico (tubo y colector), infusor rápido y equipo desechable, equipo necesario para aplicación de hemoderivados.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Pulmón. Equipo para succión continua, equipo para monitorización cerebral (BIS), equipo de infusión rápida intravenosa, equipo e insumos para soporte transfusional, equipo para ECMO, desfibrilador intraoperatorio.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Instrumental	**N/A**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Renal. Cuenta con el equipo e insumos necesarios para trasplante renal.
Equipo	**Equipo Biomédico de Alta Especialidad**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Hepático. Torre de laparoscopia
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Hepático. Equipo (TRANSOPERATORIO DEL DONADOR FALLECIDO): equipo para monitorización cerebral (monitor BIS)

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Cirugía**	**Atención Hospitalaria**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Unidad Quirúrgica**	Hepático. TRANSOPERATORIO DEL RECEPTOR Y DONADOR VIVO): tromboelastógrafo (opcional), equipo para ultrasonido transoperatorio (donador vivo), equipo para colangiografia transoperatoria (donador vivo), infusor rápido y equipo desechable, microscopios para microcirugía para (donador vivo), equipo para ultrasonografía Doppler, transductor de presión invasiva, sabana térmica, motor para sábana térmica, colchón de agua térmico, motor para colchón térmico, sonda o tubos endotraqueales, con globo convencional de una luz, hemostáticos absorbibles, proteínas coagulables, medias antiembolicas tamaño de acuerdo al paciente,

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
							equipo para recuperación celular (opcional), equipo para hemostasia de plasma argón (opcional), pieza de mano corta para bisturí de argón (opcional), placa para argón (opcional), disector hepático ultrasónico solo en caso de donador vivo.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Carro Rojo en Hospitalización, Urgencias, Terapia Intensiva, Sala de operaciones, Recuperación post anestésica, Tocología, Tococirugía, Imagenología.							
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Equipo Médico y elementos complementarios**	Monitor-Desfibrilador Marcapaso con paletas para adulto.
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Equipo Médico y elementos complementarios**	Tanque de oxígeno con regulador y manómetro
Equipo	**Equipo Biomédico**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Equipo Médico y elementos complementarios**	Tabla de reanimación (Por lo menos 50 x 60 x 1.0 cm).

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Agua inyectable.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Adenosina solución inyectable 6 mg/2 ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Adrenalina (epinefrina) solución inyectable 1 mg / 1 ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Amiodarona solución inyectable 150 mg / 3 ml.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Atropina solución inyectable 1 mg /1 ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Bicarbonato de sodio solución inyectable al 7.5% (0.75 g).
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Diazepam solución inyectable 10 mg / 2 ml. O Midazolam solución inyectable 5 mg / ml
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Dobutamina solución inyectable 250 mg. *

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Dopamina solución inyectable 200 mg / 5 ml. *
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Esmolol solución inyectable 2.5 g / 10 ml *
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Vecuronio solución inyectable 4 mg/ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Gluconato de Calcio solución inyectable al 10%.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Glucosa solución inyectable al 50%
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Hidrocortisona solución inyectable 100 mg.*
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Metilprednisolona solución inyectable 40 mg. *
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Nitroglicerina solución intravenosa 50 mg /10 ml *

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Nitroprusiato de sodio solución inyectable 50 mg*
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Sulfato de Magnesio solución inyectable 1g / 10 ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Primer Cajón**	Lidocaína solución inyectable al 2%.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Cateter venoso central

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Parches para electrodo (Pediátricos y adulto).
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Catéter para vena periférica (17,18, 20, 22, 24 fr)
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Llave de tres vías.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Sonda de aspiración.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Jeringas de 5, 10, 20 ml.
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Agujas hipodérmicas.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Equipo de venoclisis con microgotero.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Segundo Cajón**	Equipo de venoclisis con normogotero.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Cánulas endotraqueales: N° 2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0, 9.5 mm.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Aguja intraósea (14,16,18).
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Guía metálica para cánulas endotraqueales (adulto).
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Lidocaína con atomizador manual al 10%.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Cánulas de Guedel: 3, 4, 5.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Mango de laringoscopio.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Hojas rectas: 1, 2.
Instrumental	**N/A**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Hojas curvas: 1, 2, 3, 4.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Soluciones y Material de curación**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Tercer Cajón**	Guantes.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Bolsa autoinflable para reanimación adulto.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Mascarilla laríngea 2.0,2.5,3.0,4.0).
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Extensión para oxígeno.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Puntas nasales.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Solución Hartmann inyectable 500 ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Solución de cloruro de sodio inyectable al 0.9% 500 ml.
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Solución glucosada inyectable al 5% 250 ml.

Clasificación	Sub clasificación	Servicio	Tipo de Atención	Intervención	Área/Sub tipo de intervención	Criterio	Elemento medible
Material Consumible	**Material de apoyo para el Tratamiento**	**Atención médica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Atención médica General, Especialidad y Alta Especialidad**	**Carro Rojo**	**Cuarto Cajón**	Coloide solución inyectable 500 ml.

Infraestructura Blanda

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Las celdas que contienen a los elementos medibles que son considerados como criterio mayor, se encuentran señalados como la celda contigua de la derecha							**Criterio mayor**
NORMATIVA							
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Autorizaciones sanitarias**	**Permisos, avisos de funcionamiento, licencias, etc.**	**Cuenta con documentos actualizados por cada servicio que lo requiera en el establecimiento con responsables Sanitarios.**
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Convenios**	**Convenio de prestación de servicios**	Convenio de prestación de servicios vigente.
COMITÉS TÉCNICOS HOSPITALARIOS							

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Comités Técnicos Hospitalarios**	**Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP).**	Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Comités Técnicos Hospitalarios**	**Comité para la Detección y Control de Infecciones Nosocomiales. (CODECIN).**	Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Comités Técnicos Hospitalarios**	**Comité de Mortalidad Hospitalaria**	Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Comités Técnicos Hospitalarios**	**Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.**	Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.
Normativa Aplicable	**Normativa**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Comités Técnicos Hospitalarios**	**Comité de Farmacia y Terapéutica (COFAT)**	Se cuenta conformado, actualizado y funcionando el comité técnico médico hospitalario.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
RECURSOS HUMANOS (RRHH)							
A continuación, se enlistan los requerimientos de nivel académico y capacitación obligatoria para el diferente personal médico y paramédico que labora en el AEM.							
NIVEL ACADÉMICO Y CAPACITACIÓN OBLIGATORIA PARA TODO EL PERSONAL EN GENERAL							
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Nivel académico**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.**	**Título de licenciatura/ especialidad/ subespecialidad o Técnico profesional (lo que aplique).**
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Nivel académico**	**Todos**	**Atención ambulatoria**	**Todas**	**Nivel académico para todo el personal médico y paramédico en general.**	**En caso de pasantía contar con carta de adscripción y/o carta de pasante emitida por institución académica.**

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Nivel académico**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Certificación del personal médico**	**Certificación vigente de la especialidad o subespecialidad para el personal que realiza procedimientos quirúrgicos. (Art. 272 Bis. LGS., Numeral 6.3.2.1.6 y 6.3.3.3 NOM-229-SSA1-2002, Numeral 8.3.1 NOM-002-SSA3-2017).**
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Capacitaciones**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Capacitaciones de personal en general**	Constancia de capacitación en interculturalidad en salud.
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Capacitaciones**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Capacitaciones para todo el personal en general**	Capacitación en materia de prevención de incendios y atención de emergencias.
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Capacitaciones**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Capacitaciones para todo el personal en general**	Capacitación en Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Capacitaciones**	**Todos**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Capacitaciones para todo el personal en general**	Capacitación en programas establecidos y en programas emergentes de acuerdo a las funciones que desempeña.
Recursos Humanos	**Personal de salud**	**Capacitaciones**	**Todas**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Todas**	**Capacitaciones para todo el personal en general**	Capacitación en cuidados paliativos.
CAPACITACIONES ESPECIFICAS POR TIPO DE PERSONAL Y/O SERVICIO ASIGNADO EN ATENCIÓN AMBULATORIA/ HOSPITALARIA DE ESPECIALIDAD Y ALTA ESPECIALIDAD							
ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE PRIMER NIVEL							
CENTRO DE SALUD O EQUIVALENTE							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Responsable del establecimiento**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Medicina General**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Enfermería Técnica y General**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Estomatología**	**Documentación**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de estomatología**	Cartilla de vacunación con registros vigentes para hepatitis B, tétanos, rubeola y sarampión.
Recursos Humanos	**Estomatología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de estomatología**	Manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Imagenología**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Imagenología**	Constancia de curso de seguridad y protección radiológica
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Trabajo Social**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Promotor de Salud**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Psicología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Laboratorio**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Laboratorio**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Calidad**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Nutrición**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Salud o equivalente**	**Personal de Nutrición**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
UNIDAD MÉDICA MÓVIL O EQUIVALENTE							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Unidad Médica Móvil o equivalente**	**Personal de Medicina General**	Constancia de capacitación en la operación de equipos portátiles para química seca, electrocardiógrafo y ultrasonido en UMM-3.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - ENFERMEDADES CRÓNICAS							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicas**	**Personal de Medicina (Especialista - medicina integrada, medicina interna, medicina familiar o endocrinología)**	Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE, en caso de aplicar
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicas**	**Personal de Enfermería**	Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE, en caso de aplicar
Recursos Humanos	**Nutrición**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicas**	**Personal de Nutrición**	Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE, en caso de aplicar
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicas**	**Personal de Psicología**	Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE, en caso de aplicar

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicas**	**Personal de Trabajo Social**	Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE, en caso de aplicar
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Enfermedades crónicas**	**Personal de recepción**	Implementación del modelo UNEME (Enfermedades Crónicas) otorgado por CENAPRECE, en caso de aplicar
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIO EN ADICCIONES Y ATENCIÓN AMBULATORIA EN SALUD MENTAL							
Recursos Humanos	**Coodinador**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Coordinador/a (Profesional de la salud: Medicina, Psicología, Trabajo Social)**	Constancia de capacitación en adicciones y/o administración de salud pública.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Coodinador**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Coordinador/a (Profesional de la salud: Medicina, Psicología, Trabajo Social)**	Constancia de capacitación en habilidades gerenciales.
Recursos Humanos	**Coodinador**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Coordinador/a (Profesional de la salud: Medicina, Psicología, Trabajo Social)**	Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
Recursos Humanos	**Coodinador**	**Documentación**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Coordinador/a (Profesional de la salud: Medicina, Psicología, Trabajo Social)**	Mínimo un año de experiencia.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal Médico General (en caso de contar con el)**	Constancia de capacitación en el modelo UNEME - CAPA en caso de aplicar.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal Médico General (en caso de contar con el)**	Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal de Psicología**	Constancia de capacitación en el modelo UNEME - CAPA en caso de aplicar.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal de Psicología**	Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal de Trabajo Social**	Constancia de capacitación en el modelo UNEME - CAPA en caso de aplicar.
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal de Trabajo Social**	Actualizaciones vigentes en tópicos relativos a su competencia (al menos 40 horas de capacitación en el último año). Actualización en mHGap y código 100.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal de recepción**	Constancia de taller de implementación del modelo UNEME - CAPA en caso de aplicar. Constancia de capacitación de introducción a la promoción de la salud mental. Herramienta comunitaria para disminuir la brecha en salud mental.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Centro De Atención Primario en Adicciones y Atención Ambulatoria En Salud Mental**	**Personal médico de Psiquiatría.**	Actualización en mHGap y código 100.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA - UNIDAD DE ESPECIALIDADES MÉDICAS PARA LA DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE MAMA							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Médico especialista con formación directiva responsable del establecimiento**	Personal médico con posgrado en salud pública, epidemiología u alguna rama afín, o en su caso un médico especialista con formación directiva.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Médico especialista con formación directiva responsable del establecimiento**	Diploma de formación directiva en caso de médico especialista.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Médico especialista con formación directiva responsable del establecimiento**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Médico Radiólogo**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Médico Radiólogo**	Registro de certificación o recertificación por el Consejo Mexicano de Radiología e Imagen de mama .
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Médico Radiólogo**	Registros de capacitación continua emitidos por una institución de salud o de educación superior reconocida EN CASO DE REALIZAR TOMA DE BIOPSIAS, SE DEBERÁ DE CONTAR CON CAPACITACIÓN EN INTERVENCIONISMO MAMARIO

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Médico Radiólogo**	Se debe contar por lo menos con un recurso en el área de detección y otro en el área de diagnóstico.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Médico**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM,
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Médico**	Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, en al menos un médico por turno.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Enfermería**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Enfermería**	Capacitación en reanimación cardiopulmonar avanzada, en al menos una enfermera por turno.
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de trabajo social**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de trabajo social**	Constancia de capacitación en atención al paciente oncológico.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Acompañamiento emocional**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Psicología**	Constancia de acreditación en acompañamiento emocional.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Psicología**	Constancia de capacitación en atención al paciente oncológico.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Psicología**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Imagenología (Técnicos radiólogos)**	Capacitación específica en mastografía o curso tutorial o demostrativo (teórico-práctico)
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Imagenología (Técnicos radiólogos)**	Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Detección y diagnóstico**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal de Imagenología (Técnicos radiólogos)**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM.
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Centro de invitación organizada y seguimiento**	**Atención ambulatoria**	**Atención Médica Especializada - Unidad de especialidades Médicas para la Detección y Diagnóstico del Cáncer de Mama**	**Personal Administrativo**	Capacitación en cáncer de mama y/o modelo operativo para la detección y diagnóstico de cáncer de mama en la UNEME DEDICAM
CENTRO DE INTERNAMIENTO EN ADICCIONES							
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Psicóloga(o) capacitada(o) en adicciones.**	Capacitación en adicciones.
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Trabajador(a) social**	Capacitación en adicciones.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención ambulatoria**	**Centro de Internamiento en Adicciones**	**Recepcionista**	Documento de asignación de servicio a la unidad.
ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN MÉDICADE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN							
ATENCIÓN HOSPITALARIA ESPECIALIZADA							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Anestesiología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Anestesiología General y pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Anestesiología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Anestesiología General y pediátrica o anestesiólogo con adiestramiento en pediatría**	Personal médico de Anestesiología sin subespecialidad en anestesiología pediátrica y oferte este servicio contara con constancia de capacitación en anestesiología pediátrica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía General**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Cirugía General**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Cirugía General**	Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico Especialista en Urgencias**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico general/médico familiar**	Cursos afines a la atención médica de urgencias.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecoobstetricia**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecoobstetricia**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Capacitación en emergencia obstétrica.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecoobstetricia**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Curso de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Perinatología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Perinatología**	Capacitación en atención del Recién Nacido en estado crítico.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Medicina Interna**	Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado crítico.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Medicina Interna**	Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Medicina Interna**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Medicina Interna**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos**	Capacitación de cuidados del enfermo en estado crítico.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Pediatría**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Pediatría**	Cursos de capacitación en medicina del enfermo pediátrico en estado crítico y reanimación neonatal.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Unidad tocoquirúrgica**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a la Unidad Tocoquirúrgica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIN**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Médico Especialista en Pediatría o Neonatología adscrito a UCIN**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIP**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Medicina del Enfermo Pediátrico en Estado Crítico adscrito a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Oftalmología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Oftalmología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Urología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Genética**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal médico de genética**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Nefrología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Médico especialista en Nefrología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ortopedia**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de ortopedia y Traumatología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Dermatología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Dermatología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Cardiología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Neumología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Neumología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Neurología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Neurología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Neurocirugía**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Neurocirugía**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Otorrinolaringología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Otorrinolaringología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Proctología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Proctología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gastroenterología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Gastroenterología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Endocrinología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Endocrinología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Psiquiatría**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Psiquiatría**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Anatomía Patológica**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Anatomía Patológica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Hematología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal médico de hematología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Otorrinolaringología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Audiología, Foniatría**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Rehabilitación**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico en Rehabilitación**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Inmunología**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Inmunología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**infectología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal Médico de Infectología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Técnico en enfermería**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas, UCIA**	Capacitación en cuidados del enfermo en estado crítico.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**UCIP**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas UCIP**	Cursos de entrenamiento en reanimación pediátrica avanzada.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**UCIN**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas, UCIN**	Curso taller en reanimación neonatal.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Unidad tocoquirúrgica**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas Área quirúrgica**	Constancia del post-técnico y/o constancia de enfermera quirúrgica.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de enfermería en el servicio médico de urgencias**	Constancia de cursos afines a la atención médica de urgencias.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de enfermería en el servicio médico de urgencias**	Capacitación en emergencias obstétricas según aplique.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Unidad tocoquirúrgica**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de enfermería en el servicio de tocología y toco cirugía**	Cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Unidad tocoquirúrgica**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de enfermería en el servicio de**	Cursos de entrenamiento y capacitación en

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
						tocología y toco cirugía	emergencia obstétrica según aplique.
Recursos Humanos	**Estomatología**	**Documentación**	**Estomatología**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de estomatología**	Cartilla de vacunación con registros vigentes para hepatitis B, tétanos, rubeola y sarampión.
Recursos Humanos	**Estomatología**	**Capacitaciones**	**Estomatología**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de estomatología**	Manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Imagenología**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Imagenología**	Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Imagenología**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Imagenología**	Constancia de actualización de estudios con medios de contraste (en su caso).
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Trabajo Social**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Psicología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Laboratorio**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Laboratorio**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Ihnaloterapia**	**Capacitaciones**	**Ihnaloterapia**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de inhaloterapia**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Epidemiología**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Epidemiología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de Calidad**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Fisioterapia**	**Capacitaciones**	**Rehabilitación**	**Atención ambulatoria/ hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Fisioterapeuta**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Hemodiálisis**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Personal de enfermería en hemodiálisis**	Constancia de capacitación en hemodiálisis.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**ingeniería**	**Capacitaciones**	**Servicios generales**	**Atención hospitalaria**	**Hospital General o de Especialidades**	**Ingeniería Biomédica o equivalente**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL							
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Técnico en enfermería**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Personal de psicología**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Personal médico de Psiquiatría**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).
Recursos Humanos	**Química**	**Capacitaciones**	**Laboratorio**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Químico o técnico laboratorista**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Laboratorio**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Químico o técnico laboratorista**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Personal de Trabajo social**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Hospital de Especialidades Psiquiátricas**	**Personal médico de Urgencias**	Constancia de capacitación en salud mental (de sensibilización).
CONVENIO DE COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Anestesiología**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Anestesiología General**	Constancia de capacitación en atención de la emergencia obstétrica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía General**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Cirujano general**	Constancia de capacitación en atención de la emergencia obstétrica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias, en caso de rotar en el servicio de urgencias.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecoobstetricia**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Capacitación en emergencia obstétrica.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecoobstetricia**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Gineceo-Obstetricia**	Curso de adiestramiento en ligadura de arterias hipogástricas.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Unidad quirúrgica**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas Área quirúrgica**	Constancia de cursos de entrenamiento y capacitación en reanimación neonatal.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Unidad quirúrgica**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal de Enfermería con Licenciatura o Especialista adscrito en las áreas críticas Área quirúrgica**	Constancia de cursos de entrenamiento y capacitación en emergencia obstétrica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos**	Constancia de capacitación en atención de la emergencia obstétrica.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos**	Constancia de actualización afines a la atención médica de urgencias en caso de rotar en el servicio de urgencias.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico de Medicina interna o en Medicina del Enfermo en Estado Crítico adscrito a Terapia Intensiva Adultos**	Constancia de capacitación en medicina del enfermo en estado crítico.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Atención hospitalaria**	**Emergencia Obstétrica**	**Personal Médico Especialista en Urgencias**	Constancia de capacitación en atención de la emergencia obstétrica.
CAPACITACIONES ESPECÍFICAS PARA LA ATENCIÓN HOSPITALARIA DE ALTA ESPECIALIDAD							
PROCESOS QUIRÚRGICOS EN MENORES DE 18 AÑOS							

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y/O ADQUIRIDAS							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía pediátrica**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en cirugía pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Neurocirugía**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en neurocirugía y/o neurocirugía pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urología**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Médico especialista en urología o urología pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Traumatología y ortopedia**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en traumatología y ortopedia Pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Nivel académico**	**Cirugía pediátrica**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal de enfermería Especialista en enfermería Pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en cardiología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía Cardiotorácica**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en cirugía cardiotorácica pediátrica o cirugía cardiotorácica con especialidad en congénitos**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología pediátrica**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en cardiología pediátrica en hemodinamia congénitos**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Cardiología**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Técnico perfusionista**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urología**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en urología o en urología pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Endocrinología**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Malformaciones congénitas y/o adquiridas**	**Personal Médico especialista en endocrinología y/o endocrinología pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Pediatría**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Personal Médico de Pediatría y/o Otorrinolaringología**	Constancia de certificación para el programa de implante coclear avalado por Institución de Enseñanza Superior.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Audiología y foniatría**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Personal Médico o Técnico de Audiología y Foniatría**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Implantación Prótesis Coclear**	**Personal de Psicología y Psicopedagogía.**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía general**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Personal Médico de Cirugía general**	Constancia de capacitación en el tratamiento de niños y adultos con quemaduras.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía general**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Personal Médico de Cirugía general**	Constancia de entrenamiento en traqueotomía percutánea y traqueostomía de urgencia.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía plástica y reconstructiva**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Personal Médico de Cirugía plástica y reconstructiva**	constancia de capacitación en el tratamiento de niños y adultos con quemaduras
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Personal Médico de Pediatría**	constancia de capacitación en el tratamiento de niños y adultos con quemaduras
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**atención médica generalizada**	**Procesos Quirúrgicos en Menores de 18 años**	**Quemaduras de tercer grado de las diferentes partes del cuerpo**	**Personal de Psicología**	constancia de capacitación en el tratamiento de niños y adultos con quemaduras
ENFERMEDADES GENÉTICAS							
HEMOFILIA							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Personal médico de urgencias**	Capacitación en Enfermedades de la coagulación, adquiridas o hereditarias.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Personal médico de Pediatría**	Capacitación en Enfermedades de la coagulación, adquiridas o hereditarias.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIP**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Personal médico de UTIP**	Capacitación en Enfermedades de la coagulación, adquiridas o hereditarias.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Personal de Psicología**	Constancia de capacitación en la rehabilitación psicológica de niños con hemofilia.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Otorrinolaringología**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Personal Otorrinolaringólogo interconsultante**	Capacitación en Enfermedades de la coagulación, adquiridas o hereditarias.
Recursos Humanos	**Estomatología**	**Capacitaciones**	**Estomatólogía**	**Enfermedades Genéticas**	**Hemofilia**	**Personal de estomatología**	Capacitación en Enfermedades de la coagulación, adquiridas o hereditarias.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
ENFERMEDADES LISOSOMALES							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Personal Médico de Pediatría**	Constancia de capacitación en enfermedades por depósito lisosomal emitido por instancias de enseñanza, consejos o asociaciones de salud locales o federales.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Personal Médico Cardiólogo**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Endocrinología**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Personal Médico Endocrinólogo**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Medicina Interna**	**Enfermedades Genéticas**	**Enfermedades lisosomales**	**Personal Médico internista**	Constancia de capacitación en enfermedades por depósito lisosomal emitido por instancias de enseñanza, consejos o asociaciones de salud locales o federales.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
ALTERACIONES CROMOSÓMICAS							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Personal médico de Pediatría**	Cuenta con capacitación en Síndrome de Turner.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Endocrinología**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Personal médico Endocrinología (propio o convenio con terceros)**	Cuenta con capacitación en Síndrome de Turner.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología pediátrica**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Cardiólogo pediatra**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Otorrinolaringología pediátrica**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Médico otorrinolaringólogo pedíatra**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Traumatología y ortopedia pediátrica**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Médico traumatólogo pediatra**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Nefrología pediátrica**	**Enfermedades Genéticas**	**Síndrome de Turner**	**Médico nefrólogo pediatra**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
TRATAMIENTO ONCOLÓGICO							
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Nivel académico**	**Oncología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal de enfermería con especialidad en oncología**	Título y cédula de la especialidad en Oncología y/o Pos técnico en Oncología cursos.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Nivel académico**	**Quimioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal de enfermería Licenciatura o profesional técnico con capacitación en Quimioterapia**	Título y cédula de la especialidad en Oncología y/o Pos técnico en Oncología cursos.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Nivel académico**	**Quimioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal de enfermería Licenciatura o profesional técnico con capacitación en Radioterapia**	Título y cédula de la especialidad en Oncología y/o Pos técnico en Oncología cursos. Constancia de la capacitación en el manejo de pacientes con implantes radiactivos en caso de que aplique.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Unidad qurúrgica**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal de enfermería con especialidad en cirugía**	Título y cédula de la especialidad en Cirugía y/o Pos técnico en Cirugía cursos.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal Médico de Anatomía Patológica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal Medico en radio - oncología**	Diploma y cédula de la especialidad, certificación vigente de la especialidad (Numeral 8.3.1 NOM-002-SSA3-2017).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal Medico en radio - oncología**	En su caso, nombramiento como encargado de seguridad radiológica.
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Nivel académico**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Físico Médico en Radioterapia**	Maestría en su caso, constancia de capacitación especializada en los conceptos y técnicas de la física de radiaciones ionizantes y su uso médico,
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Físico Médico en Radioterapia**	Constancia de entrenamiento clínico supervisado en física de la radioterapia avalada por institución de salud reconocida, .

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Otro personal**	**documentación**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Físico Médico en Radioterapia**	En su caso, nombramiento como encargado de seguridad radiológica.
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Radioterapia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal Técnico en Radioterapia**	Constancia de capacitación en la aplicación clínica de la radioterapia.
Recursos Humanos	**Técnicos**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico**	**Personal de Nutrición**	Constancia de capacitación en apoyo nutricional en pacientes oncológicos.
MENORES DE 18 AÑOS							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía pediátrica**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de cirugía pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Oncología pediátrica**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de oncología pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Neurocirugía**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de neurocirugía pediátrica y/o neurocirugía**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Anestesiología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de anestesiología pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Oncología pediátrica**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de Hemato-Oncología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Traumatología y ortopedia**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de Traumatología y Ortopedia pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de urología pediátrica y/o urología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Nefrología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico en nefrología pediátrica y/o nefrología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Oftalmología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de oftalmología pediátrica y/u oftalmología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Endocrinología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en menores de 18 años**	**Personal médico de endocrinología y/o endocrinología pediátrica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
MAYORES DE 18 AÑOS							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Oncología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico de Oncología médica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía oncológica**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico de cirugía oncológica**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Anestesiología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal médico de Anestesiología o Algólogo**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Anestesiología**	**Cáncer en menores y mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal médico de Anestesiología o Algólogo**	Diploma de algología (clínica del dolor).

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Hematología**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal médico hematología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal médico Cardiología Propio o subrogado/interc onsultante**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Gastroenterolo gía**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico de Gastroenterología**	Diploma del curso de alta especialidad en endoscopia, certificación por el consejo mexicano de la especialidad.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal de Psicología**	Constancia de capacitación en atención oncológica.
Recursos Humanos	**Trabajo Social**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal de Trabajo social**	Constancia de capacitación en atención oncológica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecología y obstetricia**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal médico Ginecólogo Oncólog**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico de Apoyo en la Atención Médica Oncológica (cirugía general, cirugía plástica y reconstructiva, medicina interna, ginecología y obstetricia)**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal en Psico-Oncología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Cuidados Paliativos**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal en Psico-Oncología**	Constancia de capacitación en atención oncológica.
Recursos Humanos	**Psicología**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal en Psico-Oncología**	Constancia de capacitación específica sobre consejería y acompañamiento emocional.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cirugía reconstructiva**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Cirugía plástica y reconstructiva**	Constancia de manejo del dolor.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Radioterapia**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Físico Médico en Radioterapia**	Constancia de entrenamiento supervisado de al menos 40 horas, en las tareas de garantía y control de calidad correspondientes a la técnica mamográfica en cada modalidad (convencional y digital).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Imagenología**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico en Radiología**	Capacitación en imagen de la mama.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal de salud con capacitación para consejería y acompañamiento emocional**	Constancia de capacitación específica sobre consejería y acompañamiento emocional. Constancia de capacitación en Cuidados Paliativos.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Ginecoobstetricia**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico de Ginecología y obstetricia**	Constancia del diplomado en colposcopia de al menos 6 meses de duración, avalado por una institución de salud y/o educativa.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Cirugía general**	**Cáncer en mayores de 18 años**	**Tratamiento Oncológico en mayores de 18 años**	**Personal Médico de Cirugía general**	Diploma del curso de alta especialidad en endoscopia.
ATENCIÓN DE VIH/SIDA Y HEPATITIS TIPO C EN CAPASIT y SAIH							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Coordinador del establecimiento y/o servicio que otorga atención a pacientes con VIH /vhc (profesional de salud)**	Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Coordinador del establecimiento y/o servicio que otorga atención a pacientes con VIH /vhc (profesional de salud)**	Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal de enfermería**	Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Atención médica generalizada**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal de enfermería**	Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Ginecología y obstetricia**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal Médico de Ginecología y Obstetricia (Interconsultante)**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Farmacia**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal de Farmacia**	Certificado en el Sistema Integral de Capacitación de Asistencia en la Dispensación 6 hrs. u otros que avalen la competencia.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal Médico General**	Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal Médico General**	Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Medicina interna**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal Médico de Infectología o Medicina Interna**	Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Medicina interna**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal Médico de Infectología o Medicina Interna**	Capacitación en Hepatitis C al ingreso y una vez al año.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Pediatría**	**Infectocontagiosas**	**Atención de VIH/SIDA y Hepatitis tipo C en CAPASIT y SAIH**	**Personal Médico de Pediatría y/o Infectología Pediátrica**	Capacitación al ingreso y anual de al menos 8 hrs. en VIH/ITS.
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Urgencias**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal Médico de Urgencias**	Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Anestesiología**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal Médico de Anestesiología**	Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Cardiología**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal Médico de Cardiología.**	Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Hemodinamia**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal Médico de Cardiología Intervencionista**	Constancia de capacitación en hemodinamia y/o

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
							cardiología intervencionista.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal Médico de Medicina del Enfermo en Estado Crítico**	Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**UCIA**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal de Enfermería en UCIA**	Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Hemodinamia**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal de Enfermería en Hemodinamia**	Capacitación en atención oportuna del Infarto Agudo al Miocardio
Recursos Humanos	**Enfermería**	**Capacitaciones**	**Hemodinamia**	**Enfermedades cardiovasculares**	**Infarto agudo al miocardio**	**Personal de Enfermería en Hemodinamia**	Constancia de capacitación en hemodinamia.
TRASPLANTES EN PACIENTE PEDIÁTRICO Y ADULTO (HÍGADO, CORAZÓN, PULMÓN, RIÑÓN, CÓRNEA Y MÉDULA ÓSEA)							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gobierno**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes.**	Constancia de capacitación para realizar las funciones de procuración de órganos emitida por la Secretaría de Salud (CENATRA).

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Gobierno**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes.**	Registro de las actividades atribuidas por ley.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Gobierno**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes.**	Registro de la coordinación con el comité interno de trasplante.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Gobierno**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes.**	Registro de inscripción ante el Centro Nacional de Trasplante.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Gobierno**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Coordinador hospitalario de donación de órganos y tejidos para trasplantes.**	Documento que acredita los conocimientos actualizados para desempeñar sus funciones (notificación al CENATRA).

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Gobierno**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Responsable del Programa de Trasplante**	Acta correspondiente (aviso al CENATRA).
Recursos Humanos	**inhaloterapia**	**Capacitaciones**	**inhaloterapia**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Inhaloterapia**	Constancia de capacitación en rehabilitación pulmonar en su caso.
Recursos Humanos	**Rehabilitación**	**Capacitaciones**	**Rehabilitación**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Rehabilitación Física / Pulmonar / Cardíaca**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Cirugía de trasplante**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Cirugía de Trasplante**	Diploma de entrenamiento especializado o diploma de alta especialidad para cirugía de trasplante.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Cirugía de trasplante**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Cirugía de Trasplante**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Radiología Intervencionista**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Radiología Intervencionista**	Constancia de curso de seguridad y protección radiológica.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Radiología Intervencionista**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Radiología Intervencionista**	Constancia de actualización de estudios con medios de contraste (en su caso).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Radiología Intervencionista**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Radiología Intervencionista**	Constancia del curso de alta especialidad en radiología intervencionista.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Gastroenterología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Gastroenterología y/o Hepatólogo**	Diploma y cédula de especialidad en endoscopia o diploma del curso de alta especialidad en endoscopia o hepatología (en su caso).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Gastroenterología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Gastroenterología y/o Hepatólogo**	Capacitación en trasplante de hígado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Neurofisiología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Neurofisiología**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Cirugía Cardiotorácica**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal médico de Cirugía Cardiotorácica**	Constancia de entrenamiento especializado para cirugía de trasplante de pulmón (en su caso).

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Cirugía Cardiotorácica**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal médico de Cirugía Cardiotorácica**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes (en su caso).
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Foniatría**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Foniatría**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Nefrología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Nefrología o nefrología pediátrica (responsable del servicio de hemodiálisis)**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Oncología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Oncología Médica**	Constancia de entrenamiento especializado en trasplante de médula ósea.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Oncología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Oncología Médica**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Hematología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Hematología**	Constancia de entrenamiento especializado en trasplante de médula ósea.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Hematología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Hematología**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Oncología pediátrica**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Oncología Pediátrica**	Constancia de entrenamiento especializado en trasplante de médula ósea.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Oncología pediátrica**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Oncología Pediátrica**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Hematología pediátrica**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Hematología Pediátrica**	Constancia de entrenamiento especializado en trasplante de médula ósea.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Hematología pediátrica**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Hematología Pediátrica**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Oftalmología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Oftalmología**	Constancia de entrenamiento especializado para cirugía de trasplante de córnea..

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
Recursos Humanos	**Medicina**	**Documentación**	**Oftalmología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal Médico de Oftalmología**	Registro de la inscripción en el Registro Nacional de Trasplantes.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Nivel académico**	**Cirugía Cardiovascular**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal médico de Cirugía Cardiovascular**	Constancia de entrenamiento especializado para cirugía de trasplante de corazón (en su caso).
Recursos Humanos	**Otro personal**	**Capacitaciones**	**Cirugía Cardiovascular**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal perfusionista**	Diploma del curso de perfusionista.
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Electrofisiología**	**Trasplantes en paciente pediátrico y adulto**	**Trasplantes de Hígado, Corazón, Pulmón, Riñón, Córnea y Médula Ósea**	**Personal de Electrofisiología**	Cuenta con la capacitación especifica por tipo de personal y servicio asignado.

Clasificación	Perfil	Requerimiento	Servicio	Tipo de atención /Intervención	Sub intervención	Criterio	Elemento medible
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL							
Recursos Humanos	**Medicina**	**Capacitaciones**	**Rehabilitación**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Neurorehabilitación**	**Personal Médico especialista en rehabilitación.**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Fisioterapeuta**	**Capacitaciones**	**Rehabilitación**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Neurorehabilitación**	**Licenciado en terapia física o fisioterapia**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Terapia ocupacional**	**Capacitaciones**	**Rehabilitación**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Neurorehabilitación**	**Licenciado en terapia ocupacional.**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.
Recursos Humanos	**Terapia de lenguaje o comunicación humana**	**Capacitaciones**	**Consulta externa**	**Enfermedades del sistema nervioso Central**	**Neurorehabilitación**	**Licenciado en terapia de lenguaje o comunicación humana**	Cuenta con la capacitación general y especifica por tipo de personal y/o servicio asignado.

Estándares

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.	**2**		HOSP	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los momentos críticos para la identificación del paciente.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	2. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento, la especialidad o disciplina que le brinda atención.	**2**		HOSP	2. Se ha definido el proceso de identificación del paciente con, al menos, el uso de dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento) que no incluya la ubicación física del paciente, su padecimiento, la especialidad o disciplina que le brinda atención.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de conciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente, si corresponde al contexto de la organización.	**2**		HOSP	3. El proceso incluye la forma de identificar a pacientes desconocidos, recién nacidos, productos de embarazos múltiples, alteración del estado de consciencia y cualquier otra posible variante que ponga en riesgo la seguridad del paciente.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	4. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de	**3**		HOSP	4. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			nacimiento) justo antes de **administrarles medicamentos**.				nacimiento) justo antes de **administrarles medicamentos**.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	5. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de administrarles **infusiones intravenosas** con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.	**3**		HOSP	5. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de administrarles **infusiones intravenosas** con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	6. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **administración de sangre y hemocomponentes**.	**3**		HOSP	6. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **administración de sangre y hemocomponentes**.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	7. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **realización de estudios de gabinete**.	**3**		HOSP	7. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **realización de estudios de gabinete**.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	8. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos**.	**3**		HOSP	8. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **extraerles sangre u otras muestras para análisis clínicos**.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	9. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **dotación de dietas**.	**3**		HOSP	9. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **dotación de dietas**.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	10. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **ser trasladados** dentro y fuera de la organización.	**3**		HOSP	10. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **ser trasladados** dentro y fuera de la organización.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	11. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **terapia de reemplazo renal con hemodiálisis**.	**3**		HOSP	11. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **terapia de reemplazo renal con hemodiálisis**.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	12. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **aplicación de Vacunas**.	**3**		HOSP	12. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de la **aplicación de Vacunas**.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	13. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **proporcionarles tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo**, de	**3**		HOSP	13. Los pacientes son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) justo antes de **proporcionarles tratamientos y realizarles procedimientos invasivos y de alto riesgo**, de	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			acuerdo a lo establecido por la organización.				acuerdo a lo establecido por la organización.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	14. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**		HOSP	14. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	15. Cada una de las hojas que integran el expediente clínico del paciente, deberán contener los dos identificadores.	**3**		HOSP	15. Cada una de las hojas que integran el expediente clínico del paciente, deberán contener los dos identificadores.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	16. La organización implementa medios de identificación, como brazalete o pulsera, tarjeta de cabecera o pie de cama, u otros, para la identificación de todos los pacientes.	**3**		HOSP	16. La organización implementa medios de identificación, como brazalete o pulsera, tarjeta de cabecera o pie de cama, u otros, para la identificación de todos los pacientes.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	17. El brazalete o pulsera se coloca en alguna de las extremidades del paciente que no dificulte su atención. Cuando las condiciones del paciente no lo permitan, este medio de identificación se coloca en la tarjeta de cabecera o pie de cama.	**3**		HOSP	17. El brazalete o pulsera se coloca en alguna de las extremidades del paciente que no dificulte su atención. Cuando las condiciones del paciente no lo permitan, este medio de identificación se coloca en la tarjeta de cabecera o pie de cama.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	18. El personal que registre los identificadores confirma con el paciente. En caso de que al paciente no esté en condiciones de responder o se trate de un menor de edad, verificar los datos con algún familiar, cuidador o acompañante, o de no poder hacer esta verificación, tendrá que cotejarse en el expediente clínico o algún otro documento generado en el EAM.	**3**		HOSP	18. El personal que registre los identificadores confirma con el paciente. En caso de que al paciente no esté en condiciones de responder o se trate de un menor de edad, verificar los datos con algún familiar, cuidador o acompañante, o de no poder hacer esta verificación, tendrá que cotejarse en el expediente clínico o algún otro documento generado en el EAM.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	19. Existe reemplazo del brazalete, pulsera o su equivalente, cuando exista cualquier duda respecto a la información contenida o legibilidad de la misma.	**3**		HOSP	19. Existe reemplazo del brazalete, pulsera o su equivalente, cuando exista cualquier duda respecto a la información contenida o legibilidad de la misma.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	20. La organización no realiza ningún procedimiento o intervención cuando existe cualquier duda respecto a los dos identificadores, hasta corroborar dichos datos.	**3**		HOSP	20. La organización no realiza ningún procedimiento o intervención cuando existe cualquier duda respecto a los dos identificadores, hasta corroborar dichos datos.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	21. En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente.	**3**		HOSP	21. En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	22. En la persona recién nacida tiene que colocarse inmediatamente después del parto dos brazaletes, pulseras o su equivalente, una en la muñeca derecha y otro en el tobillo derecho, datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido, esta información tiene que confirmarse con los datos de la madre y en el expediente clínico.	**3**		HOSP	22. En la persona recién nacida tiene que colocarse inmediatamente después del parto dos brazaletes, pulseras o su equivalente, una en la muñeca derecha y otro en el tobillo derecho, datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido, esta información tiene que confirmarse con los datos de la madre y en el expediente clínico.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	23. Antes de realizar cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los	**3**		HOSP	23. Antes de realizar cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			medios de verificación previamente referidos.				medios de verificación previamente referidos.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	24. Cuando se retira el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, se coloca de manera inmediata al concluir.	**3**		HOSP	24. Cuando se retira el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, se coloca de manera inmediata al concluir.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 1.	25. Las piezas anatómicas y los cadáveres son identificados (nombre completo y fecha de nacimiento) para su envío al servicio Anatomía Patológica o equivalente.	**3**		HOSP	25. Las piezas anatómicas y los cadáveres son identificados (usando al menos dos datos de identificación) para su envío al servicio Anatomía Patológica o equivalente.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica, si corresponde al contexto de la organización.	**2**		HOSP	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todas las áreas, servicios y/o situaciones en las que el personal de la organización pueda recibir indicaciones y/o resultados de laboratorio o gabinete de manera verbal o telefónica.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	2. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica basado en lo siguiente:	**2**		HOSP	2. Se ha diseñado un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran eventos adversos por indicaciones clínicas y resultados de laboratorio o gabinete dados de manera verbal o telefónica basado en lo siguiente:	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	2.1. El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.	**2**		HOSP	2.1. El uso del proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	2.2. La definición de un documento/formato estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.	**2**		HOSP	2.2. La definición de un documento/formato estandarizado para escribir las órdenes/indicaciones y los resultados de laboratorio o gabinete, incluyendo la solicitud o cambio de dieta, dados de manera verbal o telefónica.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	3. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben indicaciones de manera verbal o telefónica.	**3**		HOSP	3. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben indicaciones de manera verbal o telefónica.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	4. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben resultados de laboratorio y/o	**3**		HOSP	4. Se realiza el proceso de Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar cuando se reciben resultados de laboratorio y/o	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			gabinete de manera verbal o telefónica.				gabinete de manera verbal o telefónica.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	5. Si corresponde al contexto de la organización, se realiza el proceso alternativo de Escuchar-Repetir-Confirmar en las situaciones en las que no es posible seguir el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.	**3**		HOSP	5. Si corresponde al contexto de la organización, se realiza el proceso alternativo de Escuchar-Repetir-Confirmar en las situaciones en las que no es posible seguir el proceso de Escuchar-Escribir-Leer y Confirmar.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 2.	6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**		HOSP	6. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:	**2**		HOSP	1. Se ha definido un proceso para disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación relacionados con medicamentos de alto riesgo, basado en lo siguiente:	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.1. Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.	**2**		HOSP	1.1. Ubicación y resguardo de electrolitos concentrados.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.2. Alerta Visual de color rojo individual de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo.	**2**		HOSP	1.2. Alerta Visual de color rojo individual de todos los medicamentos definidos como de Alto Riesgo.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.3 El etiquetado rojo es exclusivo para identificar medicamentos de alto riesgo.	**2**		HOSP	1.3 El etiquetado rojo es exclusivo para identificar medicamento de alto riesgo.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.4. Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:	**2**		HOSP	1.4. Implementación de la doble verificación durante la preparación y la administración de:	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.4.1. Electrolitos concentrados.	**2**		HOSP	1.4.1. Electrolitos concentrados.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.4.2. Quimioterapias.	**2**		HOSP	1.4.2. Quimioterapias.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.4.3. Radiofármacos.	**2**		HOSP	1.4.3. Radiofármacos.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.4.4. Insulinas.	**2**		HOSP	1.4.4. Insulinas.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	1.4.5. Anticoagulantes parenterales.	**2**		HOSP	1.4.5. Anticoagulantes parenterales.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.	**3**		HOSP	2. No hay electrolitos concentrados en áreas de atención al paciente, salvo que sean necesarios desde el punto de vista clínico.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	3. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.	**3**		HOSP	3. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de electrolitos concentrados.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.	**3**		HOSP	4. Se utiliza la doble verificación durante la preparación y administración de quimioterapias, radiofármacos, insulinas y anticoagulantes parenterales.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 3.	5. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**		HOSP	5. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	1. La organización identificó y realizó un listado, si corresponde al contexto de la Organización, en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.	**2**		HOSP	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definen todos los procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo dónde se llevará a cabo la realización del protocolo universal o, al menos, del tiempo fuera.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	2. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.	**2**		HOSP	2. Se ha definido un proceso para asegurar el procedimiento correcto, el paciente correcto y el sitio anatómico correcto con el uso de protocolo universal acorde al propósito de esta Meta Internacional de Seguridad del Paciente.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda. NO tiene que utilizarse como marcaje una "x" ya que genera confusión.	**3**		HOSP	3. Se emplea una marca estandarizada para la identificación del sitio anatómico, cuando corresponda. NO tiene que utilizarse como marcaje una "x" ya que genera confusión.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.	**3**		HOSP	4. El paciente participa en la realización del marcado, cuando es posible.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:	**3**		HOSP	5. Se realiza un proceso de verificación pre-procedimiento que incluye, al menos, los siguientes elementos:	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.1. El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).	**3**		HOSP	5.1. El paciente correcto (acorde a los datos de identificación de la MISP.1).	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.2. El procedimiento correcto.	**3**		HOSP	5.2. El procedimiento correcto.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.3. La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.	**3**		HOSP	5.3. La disponibilidad de todos los documentos y estudios relevantes, los cuales deben contar con los datos de identificación del paciente.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.4. La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.	**3**		HOSP	5.4. La presencia y funcionamiento adecuado de todos los equipos y/o dispositivos médicos necesarios.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.5. Marcado del sitio anatómico, si corresponde.	**3**		HOSP	5.5. Marcado del sitio anatómico, si corresponde.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.6. Alergias del paciente.	**3**		HOSP	5.6. Alergias del paciente.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.7. Riesgo de sangrado.	**3**		HOSP	5.7. Riesgo de sangrado.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	5.8. Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.	**3**		HOSP	5.8. Filtro correcto y la identificación del acceso vascular, en el caso de hemodiálisis.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	6. El proceso de Tiempo fuera se realiza con la presencia de todo el equipo multidisciplinario que participa en el procedimiento justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.	**3**		HOSP	6. El proceso de Tiempo fuera se realiza con la presencia de todo el equipo multidisciplinario que participa en el procedimiento justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	7. Cuando solo participa una persona, el tiempo fuera es realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos	**3**		HOSP	7. Cuando solo participa una persona, el tiempo fuera es realizado por la persona que realizará el procedimiento y otra persona que forme parte del servicio, justo antes de iniciar procedimientos quirúrgicos, así como justo antes de iniciar procedimientos	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.				y tratamientos invasivos y de alto riesgo que haya definido la organización.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	8. La verificación del Tiempo Fuera se documenta acorde a lo definido por la organización.	**3**		HOSP	8. La verificación del Tiempo Fuera se documenta acorde a lo definido por la organización.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	9. Se lleva a cabo el Tiempo fuera justo antes de iniciar todo procedimiento invasivo o de alto riesgo definidos por la organización.	**3**		HOSP	9. Se lleva a cabo el Tiempo fuera justo antes de iniciar todo procedimiento invasivo o de alto riesgo definidos por la organización.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	10. Siempre que sea posible se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones.	**3**		HOSP	10. Siempre que sea posible se brinda educación al paciente y su familia en el Protocolo Universal o Tiempo fuera para su participación y/o toma de decisiones.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	11. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**		HOSP	11. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	12. El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.	**3**		HOSP	12. El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	13. Previo al ingreso a la sala de cirugía, el personal clínico autorizado que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.	**3**		HOSP	13. Previo al ingreso a la sala de cirugía, el personal clínico autorizado que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	14. En caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad, este marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador o acompañante.	**3**		HOSP	14. En caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad, este marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador o acompañante.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	15. Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel. Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.	**3**		HOSP	15. Estará permitido realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel. Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	16. Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para el llenado de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), se recomienda que sea el circulante.	**3**		HOSP	16. Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para el llenado de la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), se recomienda que sea el circulante.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 4.	17. Se cumple lo señalado de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2.	**3**		HOSP	17. Se cumple lo señalado de la lista de verificación para la seguridad de la cirugía (LVSC) de acuerdo a lo estipulado en la Acción Esencial 4A2.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización.	**2**		HOSP	1. Se ha definido un Programa Integral de Higiene de Manos que incluye a toda la organización.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	2. El Programa incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.	**2**		HOSP	2. El Programa incluye la monitorización de la calidad del agua y el abasto de insumos necesarios para la higiene de manos.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	3. El Programa incluye la educación a pacientes y familiares.	**2**		HOSP	3. El Programa incluye la educación a pacientes y familiares.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	4. El Programa incluye la capacitación al personal y visitantes.	**2**		HOSP	4. El Programa incluye la capacitación al personal y visitantes.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	5. El Programa incluye la monitorización, evaluación y	**2**		HOSP	5. El Programa incluye la monitorización, evaluación y	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			análisis de los datos relacionados con la implementación.				análisis de los datos relacionados con la implementación.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	6. El Programa está implementado en toda la organización.	**3**		HOSP	6. El Programa está implementado en toda la organización.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 5.	7. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**		HOSP	7. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	1. El establecimiento a través de un análisis multidisciplinario, identificó y realizó un listado de las áreas, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caída.	**2**		HOSP	1. El establecimiento a través de un análisis multidisciplinario, identificó y realizó un listado de las áreas, momentos o procedimientos que involucran a pacientes con necesidades de evaluación y revaluación de riesgo de caída.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	2. La organización implementa un instrumento o herramienta para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas, acorde a su población de pacientes.	**2**		HOSP	2. La organización implementa un instrumento o herramienta para identificar a aquellos pacientes con mayor riesgo de caídas, acorde a su población de pacientes.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	3. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta, el	**2**		HOSP	3. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de caídas en todos los pacientes, fundamentado en el propósito de esta Meta, el	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			resultado de la evaluación se documenta en el expediente clínico, cuando así corresponda.				resultado de la evaluación se documenta en el expediente clínico, cuando así corresponda.	
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	4. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.	**2**		HOSP	4. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y revaluación de riesgo de caídas, así como de llevar a cabo las medidas de reducción del riesgo a dichos pacientes.	**2**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	5. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.	**3**		HOSP	5. Se evalúa el riesgo de caídas cuando se realiza la evaluación de primer contacto en el establecimiento.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	6. Se evalúa el riesgo de caídas como parte de la evaluación inicial.	**3**		HOSP	6. Se evalúa el riesgo de caídas cuando como parte de la evaluación inicial.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	7. Se revalúa a todos los pacientes siempre en cada cambio de turno y en cada cambio de área o servicio, cuando estas correspondan.	**3**		HOSP	7. Se revalúa a todos los pacientes en cada cambio de turno y cambio de área o servicio.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	8. Se revalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.	**3**		HOSP	8. Se revalúa el riesgo de caídas de cada paciente cada vez que cambia su estado fisiológico.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	9. Como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas específicas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.	**3**		HOSP	9. Como resultado de la evaluación y revaluación del riesgo de caídas, se implementan las medidas específicas necesarias tendientes a reducir el riesgo de caídas.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.				HOSP	10. La organización realiza la evaluación de caídas de los pacientes ambulatorios y para aquellos que cumplan los criterios, toma las medidas necesarias para reducir el riesgo de caída.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.	**3**		HOSP	11. Se educa e involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para reducir el riesgo de caída.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	12. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**		HOSP	12. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación de la barrera de seguridad de la meta.	**3**
AMB	METAS/ AESP	MISP/AESP 6.	13. Se utiliza un formato dinámico como resultado de la Valoración de Riesgo de caídas, visible como alerta en la atención del paciente.	**3**		HOSP	13. Se utiliza un formato dinámico como resultado de la Valoración de Riesgo de caídas, visible como alerta en la atención del paciente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1. Se ha desarrollado un Sistema de Medicación que integra las siguientes fases, siempre y cuando correspondan al contexto de la organización.	**4**		HOSP	1. Se ha desarrollado un Sistema de Medicación que integra las siguientes fases:	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.1. Selección y adquisición.	**4**		HOSP	1.1. Selección y adquisición.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.2. Almacenamiento.	**4**		HOSP	1.2. Almacenamiento.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.3. Prescripción.	**4**		HOSP	1.3. Prescripción.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.4. Transcripción.	**4**		HOSP	1.4. Transcripción.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.5. Distribución / Dispensación.	**4**		HOSP	1.5. Distribución / Dispensación.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.6. Preparación.	**4**		HOSP	1.6. Preparación.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.7. Administración.	**4**		HOSP	1.7. Administración.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	1.8. Control.	**4**		HOSP	1.8. Control.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) la planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas; b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad; c) la capacitación del personal; d) la supervisión integral de todo el sistema; e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación; f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	**4**		HOSP	2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) a la f) definidos en el propósito: a) La planeación de cada una de las fases de la medicación con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas. b) La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad. c) La capacitación del personal. d) La supervisión integral de todo el sistema. e) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación. f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1	3. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Medicación se documenta en un Plan.	**4**		HOSP	3. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Medicación se documenta en un Plan.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.1	1. Se identifican las situaciones de riesgos de cada una de las fases del Sistema de Medicación.	**6**		HOSP	1. Se identifican las situaciones de riesgos de cada una de las fases del Sistema de Medicación.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.1	2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**		HOSP	2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.1	3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Medicación.	**7**		HOSP	3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.1	4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.	**7**		HOSP	4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.2	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Medicación.	**6**		HOSP	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Medicación.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.2	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados.	**6**		HOSP	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.2	3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y	**6**		HOSP	3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			la evaluación del desempeño del personal.				la evaluación del desempeño del personal.	
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.2	4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los errores y cuasifallas de medicación.	**6**		HOSP	4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los errores y cuasifallas de medicación.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.2	5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**		HOSP	5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	1. La organización define acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos.	**6**		HOSP	1. La organización define e implementa un programa para el uso óptimo y racional de los antibióticos.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	2. Las acciones se basa en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente.	**6**		HOSP	2. El programa se basa en la evidencia científica, guías de práctica aceptadas y la legislación aplicable vigente.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	3. Las acciones para el uso óptimo y racional de los antibióticos, incluye al menos:	**6**		HOSP	3. El programa para el uso óptimo y racional de los antibióticos, incluye al menos:	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	3.1. Directrices para el uso óptimo de antibióticos para el tratamiento de los diagnósticos más frecuentes relacionados al uso y abuso de antibióticos.	**6**		HOSP	3.1. Directrices para el uso óptimo de antibióticos para el tratamiento de las infecciones.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	3.2. Directrices para el uso adecuado de la terapia de profilaxis antibiótica.	**6**		HOSP	3.2. Directrices para el uso adecuado de la terapia de profilaxis antibiótica.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3				HOSP	3.3 Patrones de seguimiento de prescripción y resistencia antibiótica.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	3.3. Educación e Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias.	**6**		HOSP	3.4. Educación e Información al personal de manera regular sobre la utilización de antibióticos y las resistencias.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	4. Las acciones están implementadas en la organización.	**7**		HOSP	4. El programa está implementado en la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	5. Existe un mecanismo para supervisar el programa y monitorear su efectividad.	**7**		HOSP	5. Existe un mecanismo para supervisar el programa y monitorear su efectividad.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.1.3	6. Se toman decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.	**7**		HOSP	6. Se toman decisiones de acuerdo a los resultados obtenidos.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Medicación.	**3**		HOSP	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Medicación.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.	**3**		HOSP	2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.	**3**		HOSP	3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	4. Los pacientes y sus familiares se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.	**3**		HOSP	4. Los pacientes y sus familiares se incluyen en la capacitación, cuando corresponde.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	5. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.	**3**		HOSP	5. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**		HOSP	6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.2	7. La capacitación incluye la identificación y reporte de errores y cuasifallas de medicación.	**3**		HOSP	7. La capacitación incluye la identificación y reporte de errores y cuasifallas de medicación.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.3	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Medicación.	**7**		HOSP	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Medicación.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.3	2. Se cuenta con personal competente para la implementación de cada una de las fases del Sistema de Medicación.	**7**		HOSP	2. Se cuenta con personal competente para la implementación de cada una de las fases del Sistema de Medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.3	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Medicación.	**7**		HOSP	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.3	4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de información que respalde al sistema medicación.	**7**		HOSP	4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de información que respalde al sistema medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.3	5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Medicación.	**7**		HOSP	5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4	1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión de la organización, las necesidades del paciente, los	**3**		HOSP	1. Los medicamentos disponibles para su prescripción se adecuan a la misión de la organización, las necesidades del paciente, los	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			servicios prestados y la legislación aplicable vigente.				servicios prestados y la legislación aplicable vigente.	
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4	2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata.4	**2**		HOSP	2. Se cuenta con un listado de medicamentos existentes dentro de la organización o que se pueden obtener de manera inmediata.4	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4	3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.	**3**		HOSP	3. El listado se elabora y supervisa mediante un proceso de colaboración multidisciplinario.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4	4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios y reacciones adversas.	**3**		HOSP	4. El listado se revisa y actualiza, al menos, una vez al año, basándose en la información sobre seguridad, efectividad, efectos secundarios y reacciones adversas.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4	5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	5. La adquisición de todos los medicamentos se lleva a cabo acorde a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.1	1. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.	**5**		HOSP	1. La organización ha definido criterios de uso, costo, seguridad y efectividad para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.1	2. Los criterios son utilizados para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.	**7**		HOSP	2. Los criterios son utilizados para agregar o eliminar medicamentos del listado de medicamentos.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.1	3. La organización ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado. 4	**5**		HOSP	3. La organización ha diseñado un proceso para monitorizar la respuesta del paciente a los medicamentos recién agregados al listado. 4	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.1	4. El proceso de monitorización está implementado.	**7**		HOSP	4. El proceso de monitorización está implementado.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.2	1. La organización ha definido un proceso para obtener o proveer medicamentos que no estén disponibles.	**4**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para obtener o proveer medicamentos que no estén disponibles.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.2	2. Existe un proceso implementado para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.	**7**		HOSP	2. Existe un proceso implementado para aprobar y obtener medicamentos necesarios de los que no hay existencias o que no están normalmente a disposición del establecimiento.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.2	3. Existe un proceso implementado para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o los medicamentos están bajo llave.	**7**		HOSP	3. Existe un proceso implementado para obtener medicamentos en horarios en los que la farmacia está cerrada o los medicamentos están bajo llave.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.4.2	4. Existe un proceso para notificar a quienes prescriben y sugerencias de alternativas en los casos en que no hay existencia de medicamentos.	**7**		HOSP	4. Existe un proceso para notificar a quienes prescriben y sugerencias de alternativas en los casos en que no hay existencia de medicamentos.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5	1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.	**7**		HOSP	1. Los medicamentos se encuentran resguardados y se almacenan bajo condiciones adecuadas para la estabilidad del producto.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5	2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en toda la organización.	**7**		HOSP	2. Los medicamentos están protegidos contra robo o extravío en toda la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5	3. Se cumple con la legislación aplicable vigente relacionada con medicamentos controlados.	**7**		HOSP	3. Se cumple con la legislación aplicable vigente relacionada con medicamentos controlados.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5	4. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.	**7**		HOSP	4. Los medicamentos y sustancias químicas utilizadas para preparar medicamentos están debidamente etiquetadas con su contenido, fechas de vencimiento y advertencias.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5	5. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos incluyendo ambulancias (si corresponde), se inspeccionan periódicamente, según el	**7**		HOSP	5. Todas las áreas donde se almacenan medicamentos incluyendo ambulancias (si corresponde), se inspeccionan periódicamente, según el	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			proceso de la organización, para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.				proceso de la organización, para asegurar que se encuentren debidamente almacenados y resguardados.	
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.1	1. La organización define un proceso para almacenar los productos nutricionales.	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso para almacenar los productos nutricionales.	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.1	2. El proceso para almacenar productos nutricionales se encuentra implementado.	**3**		HOSP	2. El proceso para almacenar productos nutricionales se encuentra implementado.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.1	3. La organización define un proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización.	**2**		HOSP	3. La organización define un proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización.	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.1	4. El proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización se encuentra implementado.	**3**		HOSP	4. El proceso para almacenar radiofármacos, medicamentos experimentales, medicamentos de muestra y otros definidos por la organización se encuentra implementado.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.2	1. Los medicamentos de urgencia están disponibles, y están fácilmente accesibles dentro de la organización.	**7**		HOSP	1. Los medicamentos de urgencia están disponibles en las áreas donde son necesarios, y están fácilmente accesibles dentro de la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.2	2. Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.	**7**		HOSP	2. Los medicamentos de urgencia están protegidos contra extravíos o robos.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.2	3. Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse, cuando se dañan o caducan.	**7**		HOSP	3. Los medicamentos de urgencia se controlan y reemplazan oportunamente luego de usarse, cuando se dañan o caducan.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.3	1. Se ha implementado un proceso para recibir y actuar, en relación con las alertas de retiros de medicamentos emitidos por una instancia regulatoria nacional y/o internacional.	**3**		HOSP	1. Se ha implementado un proceso para recibir y actuar, en relación con las alertas de retiros de medicamentos emitidos por una instancia regulatoria nacional y/o internacional.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.3	2. Se ha implementado un proceso para identificar, recuperar y devolver medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso).	**3**		HOSP	2. Se ha implementado un proceso para identificar, recuperar y devolver medicamentos que son retirados de circulación (fuera de uso).	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.3	3. Se ha implementado un proceso para el retiro de medicamentos caducos o vencidos.	**3**		HOSP	3. Se ha implementado un proceso para el retiro de medicamentos caducos o vencidos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.3	4. Se ha implementado un proceso que se ocupa del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera	**3**		HOSP	4. Se ha implementado un proceso que se ocupa del desecho adecuado de los medicamentos caducos o fuera	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			de uso, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.				de uso, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.	
AMB	MEDICACIÓN	MMU.5.3	5. La descripción del cómo se llevan a cabo estos procesos se encuentra documentada.4	**2**		HOSP	5. La descripción del cómo se llevan a cabo estos procesos se encuentra documentada.4	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.	1. La organización ha diseñado un proceso para prescribir medicamentos de manera segura, que al menos incluya, los incisos del a) al i) definidos en el propósito, de acuerdo al contexto de la organización: a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1. b) Los requisitos que debe contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente y acorde a los servicios brindados, por ejemplo, en una prescripción en el servicio de cirugía ambulatoria, un requisito puede ser la velocidad	**2**		HOSP	1. La organización ha diseñado un proceso para prescribir medicamentos de manera segura, que al menos incluya, los incisos del a) al j) definidos en el propósito, de acuerdo al contexto de la organización: a) Los datos necesarios para identificar al paciente con exactitud acorde a lo establecido para implementar la Meta Internacional de Seguridad del Paciente número 1. b) Los requisitos que debe contener cada prescripción de medicamentos acorde a la legislación aplicable vigente y a los servicios brindados, por ejemplo, en una prescripción en el servicio de urgencias, un requisito puede ser la velocidad de infusión y en el servicio de	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			de infusión y en el servicio de consulta externa la duración del tratamiento al egreso. c) La utilización segura de prescripciones “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”, si corresponde al contexto de la organización por ejemplo, especificar cual será la “razón necesaria” en una prescripción de paracetamol, “Paracetamol, 500 mg cada 8 horas en caso de fiebre de 38°C”. d) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo, escribir en mayúsculas o con diferente color estos medicamentos); si corresponde al contexto de la organización. e) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o por área de superficie corporal, si corresponde al contexto de la organización. f) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el				consulta externa, la duración del tratamiento. c) Especificación del método de administración, por ejemplo, el uso de dispositivos especiales o una técnica de administración en particular, si corresponde. d) La utilización segura de prescripciones “por razón necesaria” y/o “previa valoración médica”, incluirá indicaciones específicas para su uso cuando corresponda al contexto de la organización (por ejemplo, especificar cual será la “razón necesaria” en una prescripción de paracetamol, “Paracetamol, 500 mg cada 8 horas en caso de fiebre mayor a 38°C”). e) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos con aspecto o nombre parecidos (por ejemplo, escribir en mayúsculas o con diferente color estos medicamentos); si corresponde al contexto de la organización. f) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que se basan en la dosis por peso o	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			paciente puede auto administrarse si corresponde al contexto de la organización. g) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo y que deben ser resguardados por el personal de enfermería. h) Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos, si corresponde al contexto de la organización. i) Los tipos de prescripciones especiales permitidas, tales como prescripciones de urgencia, prescripciones cuya dispensación se repite a lo largo del tiempo o de suspender la administración de un medicamento sin valoración médica (detención automática). Por ejemplo, terminar un esquema de antibióticos a los 5 días o prescribir medicamento de larga duración en la medida que se vaya agotando o por periodos cortos de hasta tres meses con justificación clínica del paciente por médico prescriptor.				por área de superficie corporal, si corresponde al contexto de la organización. g) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente puede auto administrarse, si corresponde al contexto de la organización. h) Los requisitos especiales para prescribir medicamentos que el paciente trae consigo y que deben ser resguardados por el personal de enfermería. i) Los requisitos especiales para prescribir muestras de medicamentos, si corresponde al contexto de la organización. j) Los tipos de prescripciones especiales permitidas, tales como prescripciones de urgencia, prescripciones cuya dispensación se repite a lo largo del tiempo o prescripciones de detención automática sin valoración médica, por ejemplo, un anticoagulante que se suspende 4 horas antes de una intervención quirúrgica.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.	2. La organización ha diseñado un proceso para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT) de manera segura, que al menos incluya, el inciso j) definido en el propósito, cuando corresponda al contexto de la organización.	**2**		HOSP	2. La organización ha diseñado un proceso para prescribir Nutrición Parenteral Total (NPT) de manera segura, que al menos incluya, el inciso j) definido en el propósito, cuando corresponda al contexto de la organización.	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.	3. El proceso incluye buenas prácticas relacionadas con abreviaturas, puntos, comas y decimales.	**2**		HOSP	3. El proceso incluye buenas prácticas relacionadas con abreviaturas, puntos, comas y decimales.	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.	4. El proceso incluye las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.	**2**		HOSP	4. El proceso incluye las acciones a seguir ante prescripciones de medicamentos incompletas, ilegibles o confusas.	**2**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.	5. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.	**3**		HOSP	5. El personal está capacitado en las prácticas correctas para prescribir.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.	6. Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.	**3**		HOSP	6. Las prescripciones de medicamentos se realizan acorde al proceso definido por la organización.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.1	1. La organización identifica al personal que está autorizado para prescribir medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto o el proceso de	**4**		HOSP	1. La organización identifica al personal que está autorizado para prescribir medicamentos, de acuerdo con su descripción de puesto o el proceso de	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			otorgamiento de privilegios de los médicos.				otorgamiento de privilegios de los médicos.	
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.1	2. Sólo el personal autorizado por la legislación aplicable vigente prescribe medicamentos.	**3**		HOSP	2. Sólo el personal autorizado por la legislación aplicable vigente prescribe medicamentos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.1	3. Se han establecido límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda.	**3**		HOSP	3. Se han establecido límites para prescribir medicamentos especiales, cuando corresponda.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.1	4. El personal involucrado en dispensar, distribuir, preparar y administrar identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.	**3**		HOSP	4. El personal involucrado en dispensar, distribuir, preparar y administrar identifica al personal autorizado para prescribir medicamentos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.2	1. La organización ha definido a partir de un análisis multidisciplinario el proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:	**5**		HOSP	1. La organización ha definido a partir de un análisis multidisciplinario el proceso para llevar a cabo las transcripciones de medicación, el cual incluye, al menos, lo siguiente:	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.2	1.1. El listado de los momentos donde se realiza la transcripción.	**5**		HOSP	1.1. El listado de los momentos donde se realiza la transcripción.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.2	1.2. Las barreras de seguridad a implementar.	**5**		HOSP	1.2. Las barreras de seguridad a implementar.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.2	1.3. Las acciones por seguir en caso de identificar transcripciones incompletas, ilegibles o confusas.	**5**		HOSP	1.3. Las acciones por seguir en caso de identificar transcripciones incompletas, ilegibles o confusas.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.2	2. El proceso está implementado acorde a lo definido por la organización.	**7**		HOSP	2. El proceso está implementado acorde a lo definido por la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3	1. La organización define el proceso de conciliación de los medicamentos.	**5**		HOSP	1. La organización define el proceso de conciliación de los medicamentos.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3	2. Se documenta una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión o durante la evaluación médica; esta información se pone a disposición del personal competente que realiza la conciliación de los medicamentos.	**7**		HOSP	2. Se documenta una lista de los medicamentos que tomaban los pacientes antes de la admisión; esta información se pone a disposición del personal competente que realiza la conciliación de los medicamentos.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3	3. A todos los pacientes se realiza el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso de los pacientes en centros ambulatorios.	**7**		HOSP	3. A todos los pacientes se realiza el proceso de conciliación de medicamentos al ingreso de los pacientes.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3	4. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o servicio, cuando corresponda.	**7**		HOSP	4. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos en cualquier transición de área o servicio.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3	5. Cuando hay cambio de médico responsable, se realiza la conciliación de medicamentos.	**7**		HOSP	5. Cuando hay cambio de médico responsable, se realiza la conciliación de medicamentos.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3	6. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso, cuando corresponda.	**7**		HOSP	6. A todos los pacientes se les realiza el proceso de conciliación de medicamentos a su egreso de hospitalización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.3				HOSP	7. Cuando existen discrepancias como resultado del proceso de conciliación, se comunica al médico responsable de la atención.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.4				HOSP	1. La organización define el proceso de revisión de la idoneidad de la prescripción.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.4				HOSP	2. El establecimiento define qué información específica del paciente se necesita y se documenta en el perfil farmacoterapéutico para llevar a cabo un proceso efectivo de revisión de la idoneidad de la prescripción.	**6**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.4				HOSP	3. A todos los pacientes se les realiza un perfil farmacoterapéutico al menos en el servicio de hospitalización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.4				HOSP	4. Se analiza cada perfil farmacoterapéutico y se revisa la idoneidad de cada prescripción antes de la administración de medicamentos. El análisis incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) La dosis, la frecuencia y vía de administración. b) La duplicación terapéutica. c) Las alergias o sensibilidades. d) Las interacciones reales o potenciales entre el medicamento y otros medicamentos o alimentos. e) La variación con respecto al criterio del uso del medicamento en el establecimiento. f) El peso del paciente y demás información fisiológica. g) Otras contraindicaciones.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.4				HOSP	5. Cuando se identifican problemas relacionados con la medicación, existe un proceso para ponerse en contacto con la persona que prescribió el medicamento.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.6.4				HOSP	6. El personal autorizado para revisar la idoneidad de las prescripciones tiene las competencias para llevar a cabo esta barrera de seguridad.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7	1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.	**3**		HOSP	1. Los medicamentos se preparan y dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7	2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con la legislación aplicable vigente y los Estándares de práctica clínica actuales.	**3**		HOSP	2. La preparación y dispensación de medicamentos cumple con la legislación aplicable vigente y los Estándares de práctica clínica actuales.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7	3. El personal está capacitado en técnicas asépticas para la preparación y dispensación de los medicamentos.	**3**		HOSP	3. El personal está capacitado en técnicas asépticas para la preparación y dispensación de los medicamentos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7	4. El personal utiliza el equipo de protección personal y las técnicas adecuadas cuando se preparan medicamentos que requieren un ambiente estéril.	**3**		HOSP	4. El personal utiliza el equipo de protección personal y las técnicas adecuadas cuando se preparan medicamentos que requieren un ambiente estéril.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.	**4**		HOSP	1. La organización ha diseñado un sistema uniforme de dispensación y distribución de medicamentos.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	2. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.	**7**		HOSP	2. El sistema incluye verificaciones antes de la entrega del medicamento, según corresponda.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	3. El sistema respalda la dispensación precisa y oportuna.	**7**		HOSP	3. El sistema respalda la dispensación precisa y oportuna.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	4. La dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.	**7**		HOSP	4. La dispensación se lleva a cabo por personal con las competencias necesarias.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	5. El personal de la farmacia verifica la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no tiene que entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.	**7**		HOSP	5. El personal de la farmacia verifica la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no tiene que entregar el medicamento y se pondrá en contacto con el médico que prescribe para realizar la aclaración.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	6. Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes, tiene que estar registrado en el servicio de farmacia y rotulado adecuadamente, incluyendo la fecha de caducidad y el lote.	**7**		HOSP	6. Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes, tiene que estar registrado en la farmacia hospitalaria y rotulado adecuadamente, incluyendo la fecha de caducidad y el lote.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.1	7. Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.	**7**		HOSP	7. Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.2	1. Los medicamentos o productos de mezclas para infusión intravenosa que requieren esterilidad, se preparan y se dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.	**7**		HOSP	1. Los productos / Medicamentos estériles se preparan y se dispensan en áreas seguras e higiénicas con el equipo y los suministros adecuados.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.2	2. La preparación y dispensación de medicamentos o productos de mezclas para infusión intravenosa que requieren esterilidad toma en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas actuales.	**7**		HOSP	2. La preparación y dispensación de los productos / medicamentos estériles toma en cuenta la legislación aplicable vigente y las buenas prácticas actuales.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.2	3. El personal que prepara los productos / medicamentos estériles está capacitado en técnicas asépticas.	**7**		HOSP	3. El personal que prepara los productos / medicamentos estériles está capacitado en técnicas asépticas.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.3	1. Los medicamentos y soluciones intravenosas se etiquetan inmediatamente después de su preparación.	**3**		HOSP	1. Los medicamentos y soluciones intravenosas se etiquetan inmediatamente después de su preparación.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.3	2. El etiquetado incluye, al menos los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) Datos de identificación del paciente. b) Nombre del medicamento. c) Dosis, si corresponde. d) Concentración, si corresponde. e) Vía, si corresponde. f) Dilución, si corresponde. g) Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde.	**3**		HOSP	2. El etiquetado incluye, al menos, los incisos del a) hasta la g) definidos en el propósito. a) Datos de identificación del paciente. b) Nombre del medicamento. c) Dosis. d) Concentración, si corresponde. e) Vía. f) Dilución, si corresponde. g) Fecha/hora de preparación y de caducidad, si corresponde.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.3	3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser dispensados y/o administrados.	**3**		HOSP	3. Los medicamentos se verifican de manera verbal y visual (etiquetado) antes de ser dispensados y/o administrados.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.4	1. La organización ha definido un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis.	**5**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para el manejo y uso de los medicamentos multidosis.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.4	2. El proceso toma en cuenta aspectos relacionados con el Sistema de Medicación y la Prevención y Control de Infecciones.	**5**		HOSP	2. El proceso toma en cuenta aspectos relacionados con el Sistema de Medicación y la prevención y control de infecciones.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.4	3. El proceso está implementado.	**7**		HOSP	3. El proceso está implementado.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.7.4	4. Los medicamentos multidosis son etiquetados, al menos, con la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.	**7**		HOSP	4. Los medicamentos multidosis son etiquetados al momento de su apertura, al menos, con la fecha/hora de preparación y/o apertura y su caducidad.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8	1. De acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud, la organización identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos.	**3**		HOSP	1. De acuerdo con su descripción de puesto, el proceso de otorgamiento de privilegios de los médicos o de asignación de responsabilidades al personal de enfermería y otros profesionales de la salud, la organización identifica al personal que está autorizado para administrar medicamentos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8	2. Sólo el personal autorizado por la organización y la legislación aplicable vigente, administra medicamentos.	**3**		HOSP	2. Sólo el personal autorizado por la organización y la legislación aplicable vigente, administra medicamentos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8	3. Se han establecido límites para administrar medicamentos especiales, cuando corresponda.	**3**		HOSP	3. Se han establecido límites para administrar medicamentos especiales, cuando corresponda.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8	4. El personal involucrado en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas para administrar medicamentos.	**3**		HOSP	4. El personal involucrado en prescribir, transcribir, dispensar, distribuir, preparar, identifica a las personas autorizadas para administrar medicamentos.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización (MISP.1).	**3**		HOSP	1. Se identifica al paciente con los dos datos establecidos por la organización (MISP.1).	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.	**3**		HOSP	2. Se verifican los medicamentos con la prescripción.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar.	**3**		HOSP	3. Se verifica la caducidad del medicamento a administrar.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	4. Se verifica la dosis y/o concentración del medicamento con la prescripción.	**3**		HOSP	4. Se verifica la dosis y/o concentración del medicamento con la prescripción.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.	**3**		HOSP	5. Se verifica la vía de administración con la prescripción.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.	**3**		HOSP	6. Se verifica la velocidad de infusión correcta.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	7. Se verifica que los medicamentos se administren en la hora y frecuencia prescrita.	**3**		HOSP	7. Se verifica que los medicamentos se administren en la hora y frecuencia prescrita.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	8. Se verifican otros correctos cuando la organización así lo defina.	**3**		HOSP	8. Se verifican otros correctos cuando la organización así lo defina.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.1	9. Los medicamentos se administran tal como se prescriben y se documentan en el expediente clínico.	**3**		HOSP	9. Los medicamentos se administran tal como se prescriben y se documentan en el expediente clínico.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	1. La organización define un proceso para la autoadministración de medicamentos.	**5**		HOSP	1. La organización define un proceso para la autoadministración de medicamentos.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	2. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.	**7**		HOSP	2. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	3. La organización define un proceso para administrar todo medicamento que el paciente ingresa a la organización.	**5**		HOSP	3. La organización define un proceso para administrar todo medicamento que el paciente ingresa a la organización.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	4. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.	**7**		HOSP	4. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	5. La organización define un proceso para administrar las muestras de medicamentos.	**5**		HOSP	5. La organización define un proceso para administrar las muestras de medicamentos.	**5**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	6. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.	**7**		HOSP	6. El proceso se encuentra implementado de acuerdo a lo definido por la organización.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	7. Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, tiene que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada organización defina.	**3**		HOSP	7. Los medicamentos que por indicación médica se suspende su administración, tiene que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada organización defina.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.8.2	8. En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.	**3**		HOSP	8. En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9	1. Se cuenta con un proceso implementado para la Farmacovigilancia.	**7**		HOSP	1. Se cuenta con un proceso implementado para la Farmacovigilancia.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9	2. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.	**7**		HOSP	2. En el proceso de control colaboran diversas disciplinas y áreas del establecimiento.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9	3. Las Reacciones Adversas a Medicamentos, sospecha de reacción adversa a medicamento y/o un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.	**3**		HOSP	3. Las Reacciones Adversas a Medicamentos, sospecha de reacción adversa a medicamento y/o un evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización se documentan en el expediente clínico, conforme a la normatividad vigente.	**3**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9	4. Las Reacciones Adversas a Medicamentos y las sospechas de reacción adversa, así como los eventos atribuidos a la vacunación se notifican dentro del marco de tiempo de la legislación aplicable vigente, en el formato oficial para la Farmacovigilancia.	**3**		HOSP	4. Las Reacciones Adversas a Medicamentos y las sospechas de reacción adversa, así como los eventos atribuidos a la vacunación se notifican dentro del marco de tiempo de la legislación aplicable vigente, en el formato oficial para la Farmacovigilancia.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9.1	1. Se ha establecido la definición operativa de error y cuasifalla de medicación.	**4**		HOSP	1. Se ha establecido la definición operativa de Error y Cuasifalla de medicación.	**4**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9.1	2. Los errores y las cuasifallas de medicación se notifican y se analizan en forma oportuna con la metodología de patrones y tendencias.	**7**		HOSP	2. Los Errores y las Cuasifallas de medicación se notifican y se analizan en forma oportuna con la metodología de patrones y tendencias.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9.1	3. La organización emplea la información del análisis de los errores y las cuasifallas para mejorar el Sistema de Medicación.	**7**		HOSP	3. La organización emplea la información del análisis de los Errores y las Cuasifallas para mejorar el Sistema de Medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9.1	4. El personal está capacitado para identificar y notificar errores y cuasifallas de medicación.	**7**		HOSP	4. El personal está capacitado para identificar y notificar Errores y Cuasifallas de Medicación.	**7**
AMB	MEDICACIÓN	MMU.9.1	5. Se realiza un análisis causa raíz cuando se identifican y/o notifican eventos centinela relacionados con la medicación.	**3**		HOSP	5. Se realiza un análisis causa raíz cuando se identifican y/o notifican Eventos Centinela relacionados con la Medicación.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	1. El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, los servicios que ofrece y el tipo de pacientes a quienes brinda atención.	**4**		HOSP	1. El desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones se adecua al tamaño, la ubicación geográfica del establecimiento, los servicios que ofrece y el tipo de pacientes a quienes brinda atención.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.1	2. Todas las áreas de la organización donde se brinde atención a pacientes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**4**		HOSP	2. Todas las áreas de la organización donde se brinde atención a pacientes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	3. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**4**		HOSP	3. Todas las áreas del establecimiento donde trabaja el personal, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	4. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**4**		HOSP	4. Todas las áreas del establecimiento por donde circulen los visitantes, están integradas en el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5. Se ha desarrollado un Sistema de Prevención y Control de las Infecciones que integra, si corresponde al contexto de la Organización, al menos, las siguientes áreas de enfoque:	**4**		HOSP	5. Se ha desarrollado un Sistema de Prevención y Control de las Infecciones que integra, al menos, las siguientes áreas de enfoque:	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.1. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**4**		HOSP	5.1. Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.2. Vigilancia epidemiológica.	**4**		HOSP	5.2. Vigilancia epidemiológica.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.3. Precauciones estándar en la atención de la salud.	**4**		HOSP	5.3. Precauciones Estándar y específicas en la atención de la salud.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.4. Esterilización y desinfección.	**4**		HOSP	5.4. Esterilización y desinfección.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.5. Limpieza.	**4**		HOSP	5.5. Limpieza.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.	**4**		HOSP	5.6. Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.7. Manejo de ropa.	**4**		HOSP	5.7. Manejo de la ropa.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.8. Alimentación.	**4**		HOSP	5.8. Alimentación.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.9. Reúso de Desechables.	**4**		HOSP	5.9. Reúso de dispositivos de un solo uso.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.10. Hemodiálisis.	**4**		HOSP	5.10. Hemodiálisis.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.11. Procesos de medicación.	**4**		HOSP	5.11. Procesos de medicación.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.12. Salud y Seguridad de los trabajadores.	**4**		HOSP	5.12. Salud y Seguridad de los trabajadores.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.13. Supervisión de la calidad del agua.	**4**		HOSP	5.13. Supervisión de la calidad del agua.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.14. Servicio de Ambulancias.	**4**		HOSP	5.14. Servicio de Ambulancias.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.15. Vacunación.	**4**		HOSP	5.15. Vacunación.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.16. Mantenimiento y Controles de ingeniería.	**4**		HOSP	5.16. Mantenimiento y Controles de ingeniería.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1	5.17. Seguridad en construcciones o remodelaciones.	**4**		HOSP	5.17. Seguridad en construcciones o remodelaciones.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.1	6. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. a) la planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación de riesgos y considerando el análisis de los problemas relacionados; b) la implementación de procesos seguros y barreras de seguridad; c) la capacitación del personal; d) la supervisión integral de todo el sistema; e) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación de dichos procesos; f) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	**4**		HOSP	6. La integración del sistema incluye los incisos del a) hasta el f) definidos en el propósito. a) La planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados basados en la identificación de riesgos y considerando el análisis de los problemas relacionados. b) La implementación de procesos seguros y barreras de seguridad. c) La capacitación del personal. d) La supervisión integral de todo el sistema. e) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación de dichos procesos. f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1				HOSP	7. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.1				HOSP	8. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.1	7. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan.	**4**		HOSP	9. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Prevención y Control de Infecciones se documenta en un Plan.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.1	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**6**		HOSP	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada una de las fases del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**6**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.1	2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**		HOSP	2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.1	3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**7**		HOSP	3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.1	4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.	**7**		HOSP	4. Se implementa en un riesgo prioritario una buena práctica para prevenir eventos adversos o centinela.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.2				HOSP	1. Se ha definido y adaptado un paquete de medidas o bundles en un proceso prioritario para la Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.1.2				HOSP	2. El paquete de medidas o bundles se encuentra implementado.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.2				HOSP	3. Se lleva a cabo la medición y el análisis de datos de información derivado de la implementación y monitoreo del paquete de medidas o bundle.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.3	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**6**		HOSP	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**6**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.3	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados con cada una de las áreas de enfoque del sistema.	**6**		HOSP	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados con cada una de las áreas de enfoque del sistema.	**6**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.3	3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.	**6**		HOSP	3. Se identifican y analizan datos e información derivados de las áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación y la evaluación del desempeño del personal.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.1.3	4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.	**6**		HOSP	4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados con el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**6**
AMB	INFECCIONES	PCI.1.3	5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**		HOSP	5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.2	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**3**		HOSP	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.2	2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.	**3**		HOSP	2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.2	3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.	**3**		HOSP	3. Los proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.2	4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.	**3**		HOSP	4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.2	5. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.	**3**		HOSP	5. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.2	6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**		HOSP	6. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del Sistema.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.2	7. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas a la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**3**		HOSP	7. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas a la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.3	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el sistema de prevención y control de infecciones, acorde al contexto de la organización.	**7**		HOSP	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el sistema de prevención y control de infecciones, acorde al contexto de la Organización Hospitalaria.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.3	2. Se cuenta con personal competente para la Vigilancia Epidemiológica.	**7**		HOSP	2. Se cuenta con personal competente para la Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.3	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.	**7**		HOSP	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el sistema de prevención y control de infecciones.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.3	4. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de Información que respalde al sistema de prevención y control de infecciones.	**7**		HOSP	4. Los líderes de la Organización Hospitalaria asignan los recursos necesarios para implementar un sistema de Información que respalde al sistema de prevención y control de infecciones.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.3	5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**		HOSP	5. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el estudio y seguimiento de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	1. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, analiza la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas.	**3**		HOSP	1. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) analiza la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	2. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, identifica áreas de oportunidad y toma decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el	**3**		HOSP	2. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, identifica áreas de oportunidad y toma decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, o sus equivalentes a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.				uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, o sus equivalentes a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.	
AMB	INFECCIONES	PCI.4	3. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, realiza mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, y lo presenta ante el CODECIN, o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.	**3**		HOSP	3. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, realiza mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, y lo presenta ante el CODECIN, o su equivalente a nivel local y/o jurisdiccional, etc., según corresponda.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	4. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) o equivalente, coordina las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.	**3**		HOSP	4. La Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), coordina las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	5. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioridades.	**3**		HOSP	5. Las infecciones de las vías respiratorias se incluyen como prioridades.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.4	6. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioridades.	**3**		HOSP	6. Las infecciones de las vías urinarias se incluyen como prioridades.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	7. Los dispositivos invasivos se incluyen como prioridades.	**3**		HOSP	7. Los dispositivos invasivos se incluyen como prioridades.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	8. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioridades.	**3**		HOSP	8. Las heridas quirúrgicas se incluyen como prioridades.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	9. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioridades.	**3**		HOSP	9. Las enfermedades y organismos relevantes desde el punto de vista epidemiológico se incluyen como prioridades.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.4	10. Las infecciones emergentes o reemergentes se incluyen como prioridades.	**3**		HOSP	10. Las infecciones emergentes o reemergentes se incluyen como prioridades.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	1. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o sospechadas, son atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y Buenas Practicas recomendadas.	**3**		HOSP	1. Los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, conocidas o con sospecha, son atendidos conforme a la legislación aplicable vigente, las guías de práctica clínica y Buenas Practicas recomendadas.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	2. Se aísla a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto.	**3**		HOSP	2. Se aísla a los pacientes con enfermedades infectocontagiosas, de los pacientes inmunodeprimidos y del personal expuesto.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	3. Se ha definido una estrategia para manejar una	**4**		HOSP	3. Se ha definido una estrategia para manejar una afluencia de	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			afluencia de pacientes con enfermedades contagiosas.				pacientes con enfermedades contagiosas.	
AMB	INFECCIONES	PCI.5	4. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar equipo de protección personal.	**3**		HOSP	4. La organización identifica las situaciones en las que es preciso usar equipo de protección personal.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	5. El equipo de protección personal está disponible y se usa correctamente en dichas situaciones.	**3**		HOSP	5. El equipo de protección personal está disponible y se usa correctamente en dichas situaciones.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	6. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.	**3**		HOSP	6. El personal recibe capacitación sobre el manejo de pacientes infectocontagiosos e inmunocomprometidos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	7. El sistema de Prevención y Control de Infecciones supervisa y coordina el Programa Integral de Higiene de Manos.	**3**		HOSP	7. El sistema de Prevención y Control de Infecciones supervisa y coordina el Programa Integral de Higiene de Manos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.5	8. La organización define un formato de alerta para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.	**3**		HOSP	8. La organización define un formato de alerta para los cuidados pertinentes ante el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.6	1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			para materiales, dispositivos y equipos.				para materiales, dispositivos y equipos.	
AMB	INFECCIONES	PCI.6	2. La organización implementa procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.	**3**		HOSP	2. La organización implementa procesos adecuados para la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.6	3. Existe un proceso coordinado y periódico de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.	**3**		HOSP	3. Existe un proceso coordinado y periódico de supervisión de la limpieza, desinfección y esterilización en toda la organización.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.6	4. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de materiales, dispositivos y equipo.	**3**		HOSP	4. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos en la central de esterilización son adecuados para el tipo de materiales, dispositivos y equipo.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.6	5. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.	**3**		HOSP	5. Los métodos de limpieza, desinfección y esterilización de equipos realizados fuera de la central de esterilización son adecuados para el tipo de equipo.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.7	1. Se definen procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y	**2**		HOSP	1. Se definen procesos para el manejo de ropa limpia, sucia y	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			contaminada que minimizan los riesgos de infección.				contaminada que minimizan los riesgos de infección.	
AMB	INFECCIONES	PCI.7	2. El lavado de la ropa se realiza a través de un proceso que reduce los riesgos de infección.	**3**		HOSP	2. El lavado de la ropa se realiza a través de un proceso que reduce los riesgos de infección.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.7	3. Se implementan procesos de transporte, distribución y almacenamiento de la ropa limpia que minimizan los riesgos de contaminación.	**3**		HOSP	3. Se implementan procesos de transporte, distribución y almacenamiento de la ropa limpia que minimizan los riesgos de contaminación.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.7	4. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa sucia, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.	**3**		HOSP	4. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa sucia, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.7	5. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa contaminada, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.	**3**		HOSP	5. Se implementan procesos de transporte y confinamiento de la ropa contaminada, que minimizan los riesgos de infección para los pacientes y el personal.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	1. Se define un proceso seguro para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.	**2**		HOSP	1. Se define un proceso seguro para el manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.8	2. El personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección.	**3**		HOSP	2. El personal que realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos utiliza el equipo de protección personal que minimiza el riesgo de infección.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	3. La organización identificó y realizó un listado que contiene todas las áreas o servicios generadores de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.	**2**		HOSP	3. La organización identificó y realizó un listado que continene todas las áreas o servicios generadores de RPBI.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	4. Se realiza la recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos de acuerdo a la señalización de la circulación de los contenedores y está colocada desde el área generadora hacia el almacén temporal, con horarios definidos que minimizan el riesgo de infección.	**3**		HOSP	4. Se realiza la recolección de RPBI de acuerdo a la señalización de la circulación de los contenedores y esta colocada desde el área generadora hacia el almacén temporal, con horarios definidos que minimiza el riesgo de infección.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	5. Se registra en bitácora de recolección de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos datos específicos: fecha, peso, tipo de residuo, firma de responsable del área y firma del responsable de la recolección, antes de su transporte externo.	**3**		HOSP	5. Se registra en bitácora de recolección de RPBI datos específicos como fecha, peso, tipo de residuo, firma de responsable del área y firma del responsable de la recolección, antes de su transporte externo.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.8	6. Se implementa un proceso seguro de manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.	**3**		HOSP	6. Se implementa un proceso seguro de manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos que minimiza el riesgo de contagio.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.	**3**		HOSP	7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	8. Si corresponde al contexto de la Organización, el manejo y desecho de sangre y hemoderivados se realiza de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.	**3**		HOSP	8. El manejo y desecho de sangre y hemoderivados se maneja de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8				HOSP	9. La operación del área de depósito de cadáveres y autopsias se lleva a cabo de tal manera que se minimiza el riesgo de contagio.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	9. La organización se ocupa de que el destino final de estos desechos se lleve acorde a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	10. La organización se ocupa de que el destino final de estos desechos se lleve acorde a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.8	10. La organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.	**3**		HOSP	11. La organización implementa procesos para la atención y seguimiento de los accidentes con punzocortantes.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.9	1. Se define un proceso para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones.	**2**		HOSP	1. Se define un proceso para llevar a cabo el mantenimiento y controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y control de infecciones.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.9	2. Se lleva a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor.	**3**		HOSP	2. Se lleva a cabo el control y mantenimiento del sistema de ventilación artificial que realice el filtrado de aire de alta eficiencia en áreas críticas, con recambios de filtros de acuerdo a las especificaciones del proveedor.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.9	3. Se implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y el control de las infecciones.	**3**		HOSP	3. Se implementa un proceso seguro para llevar a cabo el mantenimiento y los controles de ingeniería del equipo biomédico y de los sistemas prioritarios para la operación relacionados con la prevención y el control de las infecciones.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.9	4. Se incluyen, al menos, los Sistemas de ventilación, el control de temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina.	**2**		HOSP	4. Se incluyen, al menos, los procesos de los sistemas de ventilación, el control de temperatura ambiental y de la calidad del agua, los termostatos en unidades de refrigeración y los calentadores de agua utilizados para esterilizar vajillas y utensilios de cocina, esterilizadores (vapor, óxido de etileno, peróxido de hidrógeno), lavadoras, selladoras de esterilización de todo el establecimiento.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	1. Se define un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.	**2**		HOSP	1. Se define un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	2. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección. (Si corresponde)	**3**		HOSP	2. Se implementa un proceso seguro de manejo de los alimentos que minimiza el riesgo de infección.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	3. Los alimentos se almacenan de un modo tal que se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.	**3**		HOSP	3. La organización garantiza el proceso para mantener una adecuada temperatura de los alimentos, durante el almacenamiento, preparación, transporte y distribución.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	4. Los alimentos se preparan de un modo tal que se reduce el	**3**		HOSP	4. Los alimentos se almacenan y preparan de un modo tal que	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			riesgo de contaminación o putrefacción.				se reduce el riesgo de contaminación o putrefacción.	
AMB	INFECCIONES	PCI.10	5. Los productos de nutrición enteral se almacenan conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.	**3**		HOSP	5. Los productos nutricionales enterales que cuentan con requisitos especiales de almacenamiento y preparación se llevan a cabo conforme a las recomendaciones del fabricante y la política del establecimiento.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	6. La distribución de los alimentos se controla para garantizar la seguridad.	**3**		HOSP	6. La distribución de los alimentos se controla para garantizar la seguridad.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.	**3**		HOSP	7. El personal es capacitado en el manejo seguro de los alimentos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	8.Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.	**3**		HOSP	8. Se realiza de manera sistemática el control microbiológico del personal que interviene en la preparación de alimentos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.10	9. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen nivel de cloración, así como la búsqueda intencionada de Microorganismos relacionados con los brotes epidémicos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud que se	**3**		HOSP	9. Se efectúan controles de calidad del agua que incluyen nivel de cloración, así como la búsqueda intencionada de Microorganismos relacionados con los brotes epidémicos de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud que se	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			presenten en la organización. (Si corresponde)				presenten en la organización. (Ver FMS.8.1, FMS.8.2 y FMS.8.3)	
AMB	INFECCIONES	PCI.11	1. La organización define un proceso para la evaluación de riesgos previo a que se lleve a cabo una adecuación, construcción o una remodelación.	**5**		HOSP	1. La organización define un proceso para la evaluación de riesgos previo a que se lleve a cabo una adecuación, construcción o una remodelación.	**5**
AMB	INFECCIONES	PCI.11	2. Se implementan medidas para minimizar los riesgos de infección y el impacto de una construcción o una remodelación.	**7**		HOSP	2. Se implementan medidas para minimizar los riesgos de infección y el impacto de una construcción o una remodelación.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.12	1. Se identifican los procesos asociados al riesgo de infección relacionados al manejo y al uso de los medicamentos y vacunas.	**4**		HOSP	1. Se identifican los procesos asociados al riesgo de infección relacionados al manejo y al uso de los medicamentos y vacunas.	**4**
AMB	INFECCIONES	PCI.12	2. Se implementan medidas para minimizar estos riesgos de infección.	**3**		HOSP	2. Se implementan medidas para minimizar estos riesgos de infección.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.13	1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte.	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección y esterilización de las instalaciones, superficies inertes y medios de transporte.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.13	2. Con el objetivo de determinar en consenso estrategias para minimizar el riesgo de contagio, la organización realiza un listado con enfoque multidisciplinario de los objetos inanimados que se ingresan en las áreas críticas y que sean considerados como riesgo de contaminación para el entorno del paciente.	**2**		HOSP	2. Con el objetivo de determinar en consenso estrategias para minimizar el riesgo de contagio, la organización realiza un listado con enfoque multidisciplinario de los objetos inanimados que se ingresan en las áreas críticas y que sean considerados como riesgo de contaminación para el entorno del paciente.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.13	3. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección o esterilización de equipo y dispositivos utilizados para la atención entre pacientes.	**2**		HOSP	3. La organización define un proceso para la limpieza, desinfección o esterilización de equipo y dispositivos utilizados para la atención entre pacientes.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.13	4. La organización define un proceso para el control de fauna nociva con enfoque de prevención de infecciones.	**2**		HOSP	4. La organización define un proceso para el control de fauna nociva con enfoque de prevención de infecciones.	**2**
AMB	INFECCIONES	PCI.13	5. La limpieza y desinfección de las instalaciones es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.	**3**		HOSP	5. La limpieza y desinfección de las instalaciones es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.13	6. La limpieza y desinfección de las superficies inertes es adecuada para cada área y	**3**		HOSP	6. La limpieza y desinfección de las superficies inertes es adecuada para cada área y	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.				servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.	
AMB	INFECCIONES	PCI.13	7. La limpieza y desinfección de los medios de transporte es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.	**3**		HOSP	7. La limpieza y desinfección de los medios de transporte es adecuada para cada área y servicio de la organización y se lleva a cabo de tal manera que se minimicen los riesgos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	1. Se implementan procesos seguros que minimizan el riesgo de infección durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.	**3**		HOSP	1. Se implementan procesos seguros que minimizan el riesgo de infección durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2. Se incluyen, al menos, los siguientes puntos relacionados a la prevención y control de las infecciones:	**3**		HOSP	2. Se incluyen, al menos, los siguientes puntos relacionados a la prevención y control de las infecciones:	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.1. Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.	**3**		HOSP	2.1. Control de la Calidad del agua utilizada en la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.2. Manejo de accesos vasculares.	**3**		HOSP	2.2. Manejo de accesos vasculares.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.3. Atención de pacientes seropositivos.	**3**		HOSP	2.3. Atención de pacientes seropositivos.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.4. La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de	**3**		HOSP	2.4. La obtención de un consentimiento informado cuando un paciente será incluido en el plan de	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			reprocesamiento de los filtros de diálisis.				reprocesamiento de los filtros de diálisis.	
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.5. El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.	**3**		HOSP	2.5. El etiquetado de los filtros de diálisis que serán reusados; con los datos de identificación del paciente definidos en la Meta Internacional de Seguridad al Paciente 1, fecha de primer uso, el número de reprocesamiento y nombre de la persona que realizó el reprocesamiento.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.6. El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.	**3**		HOSP	2.6. El registro del reprocesamiento de filtros que incluye todos los datos que se solicitan en el etiquetado del filtro.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	2.7. La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.	**3**		HOSP	2.7. La no reutilización de los filtros de los pacientes con serología positiva a virus de hepatitis B y/o de la inmunodeficiencia humana.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.14	3. Se cumple con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	3. Se cumple con lo definido por la organización.	**3**
AMB	INFECCIONES	PCI.15	1. Se rastrean las tasas de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**		HOSP	1. Se rastrean las tasas de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFECCIONES	PCI.15	2. Se analizan los patrones y las tendencias de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**		HOSP	2. Se analizan los patrones y las tendencias de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.15	3. El control emplea indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**		HOSP	3. El control emplea indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.15	4. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.	**7**		HOSP	4. Los indicadores miden las infecciones importantes desde el punto de vista epidemiológico.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.15	5. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con las de otras organizaciones.	**7**		HOSP	5. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con las de otras organizaciones.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.15	6. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con estándares nacionales e internacionales y con las mejores prácticas y la evidencia científica.	**7**		HOSP	6. Las tasas, patrones, tendencias e indicadores de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud se comparan con estándares nacionales e internacionales y con las mejores prácticas y la evidencia científica.	**7**
AMB	INFECCIONES	PCI.15	7. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en	**7**		HOSP	7. Se elaboran reportes de notificación inmediata y reportes de notificación mensual de Infecciones Asociadas a la Atención en	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			Salud, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.				Salud, de acuerdo a la legislación aplicable vigente.	
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1. Se ha desarrollado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra, al menos, las siguientes seis áreas:	**4**		HOSP	1. Se ha desarrollado un Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones que integra, al menos, las siguientes seis áreas:	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1.1. Protección de la organización.	**4**		HOSP	1.1. Protección de la organización.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1.2. Materiales, sustancias y residuos peligrosos.	**4**		HOSP	1.2. Materiales, sustancias y residuos peligrosos.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1.3. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.	**4**		HOSP	1.3. Seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1.4. Equipo biomédico.	**4**		HOSP	1.4. Equipo biomédico.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1.5. Servicios prioritarios para la operación.	**4**		HOSP	1.5. Servicios prioritarios para la operación.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	1.6. Manejo de emergencias externas.	**4**		HOSP	1.6. Gestión de emergencias externas.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	2. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) a la g) definidos en el propósito. a) la planeación de cada una de las áreas con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas; b) la implementación de procesos seguros; c) la capacitación del personal; d) la monitorización y puesta a prueba de los procesos (simulacros); e) la supervisión integral de todo el sistema; f) la revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación; g) los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	**4**		HOSP	2. La integración del sistema incluye los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito. a) La planeación de cada una de las áreas con base en la identificación de riesgos y al análisis de los problemas relacionados con las mismas. b) La implementación de procesos seguros; c) La capacitación del personal. d) La monitorización y puesta a prueba de los procesos (simulacros). e) La supervisión integral de todo el sistema. f) La revisión y modificación periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación. g) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	3. El sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario.	**7**		HOSP	3. El sistema es supervisado por personal capacitado con un enfoque multidisciplinario.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	4. La supervisión abarca todas las instalaciones.	**7**		HOSP	4. La supervisión abarca todas las instalaciones.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.1	5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se documenta en un Plan.	**4**		HOSP	5. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones se documenta en un Plan.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.1	1. Se identifican los riesgos internos de la organización y, al menos, se incluyen los relacionados con la protección de la organización, materiales, sustancias y residuos peligrosos, seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, equipo biomédico y con los sistemas prioritarios para la operación.	**6**		HOSP	1. Se identifican los riesgos internos de la organización y, al menos, se incluyen los relacionados con la protección de la organización, materiales, sustancias y residuos peligrosos, seguridad contra peligros relacionados con fuego y humo, equipo biomédico y con los sistemas prioritarios para la operación.	**6**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.1	2. Se identifican los riesgos externos a la organización y, al menos, se incluyen los geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y los socio-organizativos.	**6**		HOSP	2. Se identifican los riesgos externos a la organización y, al menos, se incluyen los geológicos, hidrometeorológicos, químico-tecnológicos, sanitario-ecológicos y los socio-organizativos.	**6**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.1	3. Los riesgos internos y externos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**		HOSP	3. Los riesgos internos y externos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.1	4. Los riesgos internos y externos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**7**		HOSP	4. Los riesgos internos y externos se analizan y se gestionan como base para el desarrollo del Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.2	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.	**6**		HOSP	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.	**6**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.2	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados, los resultados y análisis de los simulacros, áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación del personal, reportes y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.	**6**		HOSP	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de procesos relacionados, los resultados y análisis de los simulacros, áreas de oportunidad relacionadas a la capacitación del personal, reportes y análisis de las causas de los accidentes de trabajo.	**6**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.2	3. Se identifican y analizan datos e información del reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.	**6**		HOSP	3. Se identifican y analizan datos e información del reporte y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.	**6**
AMB	INSTALACIONES	FMS.1.2	4. Se implementan procesos como resultado de este análisis.	**7**		HOSP	4. Se implementan procesos como resultado de este análisis.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**3**		HOSP	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.	**3**		HOSP	2. Están incluidos en la capacitación todo el personal clínico y no clínico.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.	**3**		HOSP	3. Proveedores, personal de servicios subrogados y demás visitantes se incluyen, cuando corresponde.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.	**3**		HOSP	4. Los pacientes y sus familiares se incluyen, cuando corresponde.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	5. Todo el personal está orientado en lo que se refiere a los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**3**		HOSP	5. Todo el personal está orientado en lo que se refiere a los procesos relacionados con el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	6. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.	**3**		HOSP	6. La capacitación periódica del personal incluye nuevos procesos.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	7. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**		HOSP	7. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.2	8. La capacitación incluye la identificación y reporte de incidentes y accidentes de trabajo, así como eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas con el sistema.	**3**		HOSP	8. La capacitación incluye la identificación y reporte de incidentes y accidentes de trabajo, así como eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionadas con el sistema.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.3	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, acorde al contexto de la Organización.	**7**		HOSP	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, acorde al contexto de la Organización.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.3	2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**7**		HOSP	2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para implementar el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.3	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**7**		HOSP	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para asegurar el acceso, disponibilidad y conservación de las fuentes de información necesarias para el análisis de los procesos que conforman el Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.4	1. Como base para desarrollar el programa, se inspeccionan al menos, anualmente, de manera integral y completa sus instalaciones y procesos relacionados con seguridad y protección.	**3**		HOSP	1. Como base para desarrollar el programa, se inspeccionan al menos, anualmente, de manera integral y completa sus instalaciones y procesos relacionados con seguridad y protección.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4	2. Si se presenta un siniestro, remodelación o construcción se realiza otra inspección integral y completa.	**3**		HOSP	2. Si se presenta un siniestro, remodelación o construcción se realiza otra inspección integral y completa.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4	3. La organización define un proceso proactivo para la evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación. 4	**4**		HOSP	3. La organización define un proceso proactivo para la evaluación de los riesgos previo al inicio de una construcción o remodelación. 4	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4	4. Si corresponde, se evalúan los riesgos antes de iniciar una construcción o remodelación.	**7**		HOSP	4. Si corresponde, se evalúan los riesgos antes de iniciar una construcción o remodelación.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4	5. Se implementan procesos para reducir y controlar los riesgos relacionados con construcciones y/o remodelaciones.	**7**		HOSP	5. Se implementan procesos para reducir y controlar los riesgos relacionados con construcciones y/o remodelaciones.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización.	**4**		HOSP	1. La organización ha definido un Programa para la Protección de la Organización.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	2. El programa se fundamenta en la(s) inspección(es) periódica(s).	**7**		HOSP	2. El programa se fundamenta en la(s) inspección(es) periódica(s).	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	3. Como parte del Programa se diseñan procesos para prevenir accidentes y lesiones para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.	**7**		HOSP	3. Como parte del Programa se diseñan procesos para prevenir accidentes y lesiones para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	4. Como parte del Programa se diseñan procesos para mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.	**7**		HOSP	4. Como parte del Programa se diseñan procesos para mantener condiciones seguras para los pacientes, las familias, el personal y los visitantes.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	5. Como parte del Programa se diseñan procesos para que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.	**7**		HOSP	5. Como parte del Programa se diseñan procesos para que todas las áreas con riesgo en la seguridad estén controladas y se mantengan protegidas.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	6. El programa está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	6. El programa está implementado en toda la organización.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	7. Como parte del programa los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación.	**7**		HOSP	7. Como parte del programa los líderes planean y presupuestan la actualización o sustitución de los sistemas, edificios y los servicios prioritarios para la operación.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	8. Como parte del programa se implementan procesos para controlar el acceso y si corresponde, identificar a todo el personal, familiares y visitantes que ingresen y permanezcan en la organización.	**7**		HOSP	8. Como parte del programa se implementan procesos para controlar el acceso y si corresponde, identificar a todo el personal, familiares y visitantes que ingresen y permanezcan en la organización.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.4.1	9. La organización ha establecido la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido.	**7**		HOSP	9. La organización ha establecido la señalética informativa de los diferentes servicios y responsables, así como las áreas de acceso restringido.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan y se generan en la organización.	**5**		HOSP	1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos que se manejan y se generan en la organización.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	2. La organización ha definido un Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos el cual integra al menos, los incisos del a) al e) definidos en el propósito. 4a) El etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.b) La manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos.c) El uso adecuado del equipo de protección personal y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición.d) Las medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.e) El control y destino final de materiales, sustancias y residuos peligrosos.	**5**		HOSP	2. La organización ha definido un Programa de Materiales, Sustancias y Residuos Peligrosos el cual integra al menos los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. 4a) El etiquetado (identificación) adecuado de contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos.b) La manipulación, almacenamiento y uso seguro de los materiales, sustancias y residuos peligrosos.c) El uso adecuado del equipo de protección personal y procedimientos de protección durante el uso, trasvase, derrame o exposición.d) Las medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.e) El control y destino final de materiales, sustancias y residuos peligrosos.	**5**
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	3. El programa está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	3. El programa está implementado en toda la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	4. Se utilizan hojas de datos de seguridad para todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos identificados.	**7**		HOSP	4. Se utilizan hojas de datos de seguridad para todos los materiales, sustancias y residuos peligrosos identificados.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	5. Todos los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos se encuentran etiquetados.	**7**		HOSP	5. Todos los contenedores de materiales, sustancias y residuos peligrosos se encuentran etiquetados.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	6. Se manejan, almacenan, utilizan y se desechan de manera segura los materiales y las sustancias peligrosas.	**7**		HOSP	6. Se manejan, almacenan, utilizan y se desechan de manera segura los materiales y las sustancias peligrosas.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	7. Se lleva un control adecuado y destino final de los residuos peligrosos, de manera segura y conforme a la normatividad vigente.	**7**		HOSP	7. Se lleva un control adecuado y destino final de los residuos peligrosos, de manera segura y conforme a la normatividad vigente.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.5	8. Se implementan medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.	**7**		HOSP	8. Se implementan medidas para minimizar riesgos ante derrames, exposiciones y demás incidentes.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.6	1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) La identificación de áreas con mayor riesgo de incendio. b) La prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables (incluidos gases medicinales comburentes como el oxígeno) y otras fuentes de ignición como lo son los cigarrillos, mecheros, estufas, entre otros. c) La reducción de riesgos de incendio durante construcciones dentro de la organización o en las inmediaciones de la misma. d) La implementación de mecanismos de detección temprana de fuego y humo. e) La implementación de acciones para la contención y extinción de fuego y humo. f) La definición de roles y	**4**		HOSP	1. La organización ha definido un Programa contra Peligros relacionados a fuego y humo que integra a menos los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) La identificación de áreas con mayor riesgo de incendio. b) La prevención de incendios mediante la reducción de riesgos, como almacenamiento y manejo seguros de materiales potencialmente inflamables (incluidos gases medicinales comburentes como el oxígeno) y otras fuentes de ignición como lo son los cigarrillos, mecheros, estufas, entre otros. c) La reducción de riesgos de incendio durante construcciones dentro de la organización o en las inmediaciones de la misma. d) La implementación de mecanismos de detección temprana de fuego y humo. e) La implementación de acciones para la contención y extinción de fuego y humo. f) La definición de roles y	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			responsabilidades del personal en caso de incendio. g) La planeación de la salida segura de la instalación en caso de incendio, con especial énfasis en pacientes vulnerables, si corresponde.				responsabilidades del personal en caso de incendio. g) La planeación de la salida segura de la instalación en caso de incendio, con especial énfasis en pacientes vulnerables, si corresponde.	
AMB	INSTALACIONES	FMS.6	2. El programa está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	2. El programa está implementado en toda la organización	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.6.1	1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de	**7**		HOSP	1. Se inspeccionan, prueban y mantienen los sistemas de detección y extinción de	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			incendios con la frecuencia definida por la legislación vigente.				incendios con la frecuencia definida por la legislación vigente.	
AMB	INSTALACIONES	FMS.6.1	2. Se capacita al personal para participar en el programa.	**7**		HOSP	2. Se capacita al personal para participar en el programa.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.6.1	3. Se llevan a cabo, al menos, dos simulacros por año para probar todo el programa o parte del mismo.	**7**		HOSP	3. Se llevan a cabo, al menos, dos simulacros por año para probar todo el programa o parte del mismo.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.6.1	4. Anualmente, el personal participa en, al menos, uno de estos simulacros.	**7**		HOSP	4. Anualmente, el personal participa en, al menos, uno de estos simulacros.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.6.1	5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.	**7**		HOSP	5. Se documentan las inspecciones, pruebas y mantenimiento de equipos y sistemas.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.6.1	6. La organización gestiona la vinculación con la comunidad para atender emergencias relacionadas con fuego y humo.	**7**		HOSP	6. La organización gestiona la vinculación con la comunidad para atender emergencias relacionadas con fuego y humo.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo biomédico que se maneja en la organización (propio, rentado y/o en comodato).	**2**		HOSP	1. La organización identifica y realiza un listado que contenga el equipo biomédico que se maneja en la organización (propia, rentada y/o en comodato).	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo biomédico que incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización. b) La selección y adquisición de todo el equipo. c) La evaluación del uso y categorización del equipo a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo). d) En el caso de los equipos que requieren ser calibrados, contar con la trazabilidad de las calibraciones. Es decir, se cuenta con la relación documentada entre la exactitud del instrumento calibrador y los patrones de un laboratorio nacional o internacional reconocido como patrón de referencia. (Por	**2**		HOSP	2. La organización ha definido un programa de gestión del equipo biomédico que, al menos, integra los incisos del a) a el h) definidos en el propósito. a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización. b) La selección y adquisición de todo el equipo. c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo). d) En el caso de los equipos que requieren ser calibrados, contar con la trazabilidad de las calibraciones. Es decir, se cuenta con la relación documentada entre la exactitud del instrumento calibrador y los patrones de un laboratorio nacional o internacional reconocido como patrón de referencia. (Por ejemplo, la calibración de los	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			ejemplo, la calibración de los Joule en los desfibriladores, entre otros que considere la organización). e) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse. f) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo biomédico. g) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico. h) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.				joule en los desfibriladores, entre otros que considere la organización). e) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse. f) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico. g) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico. h) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	3. El programa está implementado en toda la organización.	**3**		HOSP	3. El programa está implementado en toda la organización.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	4. Se tienen implementadas actividades de Tecnovigilancia.			HOSP	4. Se tienen implementadas actividades de Tecnovigilancia.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	5. El equipo biomédico se inspecciona regularmente.	**3**		HOSP	5. El equipo biomédico se inspecciona regularmente.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	6. El equipo biomédico se prueba cuando son de reciente adquisición y según sea adecuado a partir de entonces.	**3**		HOSP	6. El equipo biomédico se prueba cuando son de reciente adquisición y según sea adecuado a partir de entonces.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	7. Se da mantenimiento preventivo al equipo biomédico.	**3**		HOSP	7. Se da mantenimiento preventivo al equipo biomédico.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	8. Existe personal con las competencias adecuadas para prestar estos servicios.	**3**		HOSP	8. Existe personal con las competencias adecuadas para prestar estos servicios.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7	9. Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente.	**3**		HOSP	9. Dentro de la organización no existen equipos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.7.1	1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión de todo el equipo biomédico.	**7**		HOSP	1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión de todo el equipo biomédico.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.7.1	2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.	**7**		HOSP	2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8	1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.	**2**		HOSP	1. La organización identificó y realizó un listado que contiene todos los servicios públicos y clave necesarios para su operación diaria.	**2**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8	2. La organización ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación. b) La selección y adquisición de estos servicios, cuando	**4**		HOSP	2. La organización ha definido un Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la operación que, al menos, integra los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) La identificación y el análisis de las necesidades de la organización relacionadas con el suministro y uso de los servicios prioritarios para la operación. b) La selección y adquisición de estos servicios, cuando corresponda.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			corresponda. c) La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación. d) La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.				c) La gestión y la implementación de procesos para garantizar el suministro oportuno y funcionamiento de los servicios prioritarios para la operación. d) La supervisión a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento de los servicios prioritarios para la operación.	
AMB	INSTALACIONES	FMS.8	3. El programa está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	3. El programa está implementado en toda la organización.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8	4. Los servicios públicos están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**3**		HOSP	4. Los servicios públicos están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8	5. Los servicios clave están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**3**		HOSP	5. Los servicios clave están disponibles y funcionales las 24 horas del día, los 7 días de la semana.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.1	1. Los servicios prioritarios para la operación se inspeccionan periódicamente.	**3**		HOSP	1. Los servicios prioritarios para la operación se inspeccionan periódicamente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.1	2. Los servicios prioritarios para la operación se prueban periódicamente.	**3**		HOSP	2. Los servicios prioritarios para la operación se prueban periódicamente.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.1	3. Se da mantenimiento periódico a los sistemas prioritarios para la operación.	**3**		HOSP	3. Se da mantenimiento periódico a los sistemas prioritarios para la operación.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.1	4. Estos procesos se realizan por personal competente.	**3**		HOSP	4. Estos procesos se realizan por personal competente.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.2	1. La calidad del agua se toma en cuenta para la implementación del Programa de Higiene de Manos y del desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**3**		HOSP	1. La calidad del agua se toma en cuenta para la implementación del Programa de Higiene de Manos y del desarrollo del Sistema de Prevención y Control de Infecciones.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.2	2. La calidad del agua se controla de manera periódica según la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	2. La calidad del agua se controla de manera periódica según la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.2	3. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente.	**3**		HOSP	3. El agua utilizada para la hemodiálisis se somete a pruebas periódicamente	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.3	1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión del Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación.	**7**		HOSP	1. Se analizan los datos generados por la implementación y la supervisión del Programa de Gestión de los Servicios Prioritarios para la Operación.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.3	2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.	**7**		HOSP	2. Los datos y la información se utilizan con fines de planeación y mejora.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	1. La organización identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay alguna interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación.	**4**		HOSP	1. La organización identificó las áreas y servicios que corren mayor riesgo cuando hay alguna interrupción, falla o cualquier contingencia relacionada a los servicios prioritarios para la operación.	**4**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	2. Se evalúan y minimizan los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.	**3**		HOSP	2. Se evalúan y minimizan los riesgos de fallas de los servicios prioritarios para la operación en estas áreas.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	3. Se implementan procesos para prevenir los riesgos relacionados con dichos eventos.	**3**		HOSP	3. Se implementan procesos para prevenir los riesgos relacionados con dichos eventos.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	4. Se planean fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación, para cada una de estas áreas y necesidades.	**3**		HOSP	4. Se planean fuentes de emergencia de cada uno de los servicios prioritarios para la operación, para cada una de estas áreas y necesidades.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	5. Se prueba de manera periódica la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes.	**3**		HOSP	5. Se prueba de manera periódica la disponibilidad y confiabilidad de estas fuentes.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	6. Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica.	**3**		HOSP	6. Se incluyen simulacros de fallo de energía eléctrica.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	7. Se asegura que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.	**3**		HOSP	7. Se asegura que la planta eléctrica de emergencia reestablece la energía en áreas críticas en un periodo de 10 segundos o menos.	**3**
AMB	INSTALACIONES	FMS.8.4	8. Se documentan y analizan los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.	**7**		HOSP	8. Se documentan y analizan los resultados de las pruebas para implementar mejoras, si corresponde.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.9	1. La organización desarrolla el Programa para Manejo de Emergencias Externas con base en una identificación de riesgos (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico-tecnológicos). 4	**5**		HOSP	1. La organización desarrolla el Programa para la Gestión de Emergencias Externas con base en una identificación de riesgos (geológicos, hidrometeorológicos, socio-organizativos, sanitario-ecológicos y químico-tecnológicos).4	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.9	2. La organización ha definido el Programa a través de la integración de, al menos, los incisos del a) al i) definidos en el propósito: 4a) La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos.b) La determinación del rol del establecimiento antes, durante y después de tales eventos.c) Las estrategias de comunicación para casos de emergencias.d) La gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas.e) La planeación de acciones para continuar brindando la atención durante las emergencias.f) La identificación de lugares de atención alternativos.g) La identificación y asignación de roles y responsabilidades del personal durante un evento.h) La capacitación del personal para participar en el programa.i) La coordinación de acciones con el	**5**		HOSP	2. La organización ha definido el Programa a través de la integración de, al menos, los incisos del a) hasta el i) definidos en el propósito. 4a) La determinación del tipo, la probabilidad y las consecuencias de peligros, amenazas y eventos.b) La determinación del rol del establecimiento antes, durante y después de tales eventos.c) Las estrategias de comunicación para casos de emergencias.d) La gestión de recursos durante emergencias, incluidas fuentes alternas.e) La planeación de acciones para continuar brindando la atención durante las emergencias.f) La identificación de lugares de atención alternativos.g) La identificación y asignación de roles y responsabilidades del personal durante un evento.h) La capacitación del personal para participar en el programa.i) La coordinación de acciones con el	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			Comité Estatal de Protección Civil.				Comité Estatal de Protección Civil.	
AMB	INSTALACIONES	FMS.9	3. El programa está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	3. El programa está implementado en toda la organización.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.9.1	1. El programa se somete a prueba anualmente.	**7**		HOSP	1. El programa se somete a prueba anualmente.	**7**
AMB	INSTALACIONES	FMS.9.1	2. Los resultados de la(s) prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde.	**7**		HOSP	2. Los resultados de la(s) prueba(s) se analizan y se implementan mejoras, si corresponde.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INSTALACIONES	FMS.9.1	3. El personal participa, al menos, una vez al año en una prueba de preparación para emergencias externas.	**7**		HOSP	3. El personal participa, al menos, una vez al año en una prueba de preparación para emergencias externas.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.1	1. La misión de la organización, el tipo de pacientes a quienes se brinda atención, los servicios que ofrece, las barreras de seguridad implementadas en sus procesos, la tecnología y la estructura indispensable del establecimiento se toman en cuenta para la planeación del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**4**		HOSP	1. La misión de la organización, el tipo de pacientes a quienes se brinda atención, los servicios que ofrece, las barreras de seguridad implementadas en sus procesos, la tecnología y la estructura indispensable hospitalaria se toman en cuenta para la planeación del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	2. Se definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para el personal.	**4**		HOSP	2. Se definen las competencias, aptitudes, conocimientos, educación, y demás requisitos necesarios para el personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	3. Todas las áreas y todo el personal, tanto clínico como no clínico, de la organización están integradas en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**4**		HOSP	3. Todas las áreas y todo el personal, tanto clínico como no clínico, de la organización están integradas en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4. Se ha desarrollado un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integra, al menos, los siguientes procesos:	**4**		HOSP	4. Se ha desarrollado un Sistema de Competencias y Capacitación del Personal que integra, al menos, los siguientes procesos:	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.1. Definición de funciones y privilegios.	**4**		HOSP	4.1. Definición de funciones y privilegios.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.2. Reclutamiento del personal.	**4**		HOSP	4.2. Reclutamiento del personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.3. Selección del personal.	**4**		HOSP	4.3. Selección del personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.4. Asignación/Reasignación.	**4**		HOSP	4.4. Asignación/Reasignación.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.5. Orientación.	**4**		HOSP	4.5. Orientación.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.6. Capacitación continua.	**4**		HOSP	4.6. Capacitación continua.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.7. Reconocimiento al personal.	**4**		HOSP	4.7. Reconocimiento al personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.8. Evaluación del desempeño.	**4**		HOSP	4.8. Evaluación del desempeño.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	4.9. Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.	**4**		HOSP	4.9. Atención y seguimiento a la salud y seguridad del personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1	5. La integración del sistema incluye al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito:a) La planeación de al menos todos los procesos antes mencionados con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados.b) La implementación de procesos y barreras de seguridad.c) La capacitación del personal para llevar a cabo y coordinar los procesos.d) La supervisión integral de todo el sistema.e) La revisión y modificación	**4**		HOSP	5. La integración del sistema incluye los incisos del a) hasta el f) definidos en el propósito.a) Lla planeación de, al menos, todos los procesos antes mencionados con base en la identificación y análisis de riesgos y problemas relacionados.b) La implementación de procesos y barreras de seguridad.c) La capacitación del personal para llevar a cabo y coordinar los procesos.d) La supervisión integral de todo el sistema.e) La revisión y modificación	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos, derivados de la implementación.f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.				periódica de los procesos en respuesta al análisis de los datos derivados de la implementación.f) Los informes anuales a los líderes con respecto al desarrollo del sistema.	
AMB	PERSONAL	SQE.1	6. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.	**7**		HOSP	6. El sistema es supervisado por un equipo multidisciplinario.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.1	7. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.	**7**		HOSP	7. La supervisión se lleva a cabo de manera integral e incluye todas las áreas.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.1	8. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se documenta en un Plan.	**4**		HOSP	8. La descripción del cómo se desarrolla y se integra el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal se documenta en un Plan.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.1.1	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del personal.	**6**		HOSP	1. Se identifican las situaciones de riesgo de cada uno de los procesos que conforman el Sistema de Competencias y Capacitación del personal.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.1.1	2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**		HOSP	2. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.1.1	3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para la planeación y el desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**7**		HOSP	3. Los riesgos se analizan y se gestionan como base para la planeación y el desarrollo del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.1.2	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**6**		HOSP	1. Se identifican y analizan datos e información relacionados a la supervisión del Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**6**
AMB	PERSONAL	SQE.1.2	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de cada uno de los procesos que conforman el sistema.	**6**		HOSP	2. Se identifican y analizan datos e información derivados de la monitorización de cada uno de los procesos que conforman el sistema.	**6**
AMB	PERSONAL	SQE.1.2	3. Se identifican y analizan datos e información derivados de la identificación y notificación de condiciones inseguras y accidentes de trabajo.	**6**		HOSP	3. Se identifican y analizan datos e información derivados de la identificación y notificación de condiciones inseguras y accidentes de trabajo.	**6**
AMB	PERSONAL	SQE.1.2	4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de	**6**		HOSP	4. Se identifican y analizan datos e información derivados de la notificación y análisis de	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.				los eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.	
AMB	PERSONAL	SQE.1.2	5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**		HOSP	5. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.2	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema Competencias y Capacitación del Personal.	**3**		HOSP	1. La organización proporciona capacitación sobre el Sistema Competencias y Capacitación del Personal.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.2	2. Si corresponde, se capacita al personal de los servicios subrogados relacionados.	**3**		HOSP	2. Si corresponde, se capacita al personal de los servicios subrogados relacionados.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.2	3. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.	**3**		HOSP	3. La capacitación periódica del personal incluye los nuevos procesos.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.2	4. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**		HOSP	4. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.2	5. La capacitación incluye la identificación y notificación de condiciones inseguras, accidentes de trabajo, así como	**3**		HOSP	5. La capacitación incluye la identificación y notificación de condiciones inseguras, accidentes de trabajo, así como	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.				de eventos adversos, centinela y cuasifallas relacionados.	
AMB	PERSONAL	SQE.3	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**7**		HOSP	1. Los líderes de la organización asignan a personal competente y suficiente para implementar el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.3	2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para cubrir las necesidades relacionadas con el personal en toda la organización.	**7**		HOSP	2. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para cubrir las necesidades relacionadas con el personal en toda la organización.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.3	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para llevar a cabo los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño del personal.	**7**		HOSP	3. Los líderes de la organización asignan los recursos necesarios para llevar a cabo los procesos de inducción, capacitación y evaluación del desempeño del personal.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.3	4. La organización pone a disposición instalaciones y equipo necesarios para llevar a cabo estos procesos.	**7**		HOSP	4. La organización pone a disposición instalaciones y equipo necesarios para llevar a cabo estos procesos.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.3	5. La organización proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga	**7**		HOSP	5. La organización proporciona tiempo suficiente para que todo el personal tenga	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			la oportunidad de participar en estos procesos.				la oportunidad de participar en estos procesos.	
AMB	PERSONAL	SQE.4	1. Todo el personal clínico cuenta con una definición de funciones.	**4**		HOSP	1. Todo el personal clínico cuenta con una definición de funciones.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.4	2. Todo el personal no clínico cuenta con una definición de funciones.	**3**		HOSP	2. Todo el personal no clínico cuenta con una definición de funciones.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3. Se han definido funciones para casos especiales, por ejemplo, en las siguientes situaciones:	**3**		HOSP	3. Se han definido funciones para casos especiales, por ejemplo, en las siguientes situaciones:	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3.1. La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.	**3**		HOSP	3.1. La persona tiene funciones tanto clínicas como de gestión.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3.2. La persona presta servicios temporalmente en la organización.	**3**		HOSP	3.2. La persona presta servicios temporalmente en la organización.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3.3. La persona está en un programa educativo y bajo supervisión.	**3**		HOSP	3.3. La persona está en un programa educativo y bajo supervisión.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3.4. La persona presta servicios como voluntario.	**3**		HOSP	3.4. La persona presta servicios como voluntario.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3.5. La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.	**3**		HOSP	3.5. La persona presta un servicio subrogado dentro de la organización.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.4	3.6. Las funciones están actualizadas.	**3**		HOSP	3.6. Las funciones están actualizadas.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.4	4. Las funciones se revisan y se actualizan cuando se integran o rediseñan servicios, actividades o procesos.	**3**		HOSP	4. Las funciones se revisan y se actualizan cuando se integran o rediseñan servicios, actividades o procesos.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.5	1. La organización identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente en la organización.	**5**		HOSP	1. La organización identifica al personal clínico que ejerce de manera independiente en la organización.	**5**
AMB	PERSONAL	SQE.5	2. Se ha definido un proceso para el otorgamiento de privilegios para este personal, el cual incluye al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito: a) La identificación del personal que ejerce de manera independiente en la organización.b) La definición de cada uno de los servicios que puede otorgar el personal acorde al contexto de la organización.c) La solicitud del profesional de cada uno de los servicios que pretende brindar dentro de la organización.d) La verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones y/o adiestramientos.e) El análisis de al menos, las competencias, habilitaciones,	**5**		HOSP	2. Se ha definido un proceso para el otorgamiento de privilegios para este personal, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito. a) La identificación del personal que ejerce de manera independiente en la organización.b) La definición de cada uno de los servicios que puede otorgar el personal acorde al contexto de la organización.c) La solicitud del profesional de cada uno de los servicios que pretende brindar dentro de la organización.d) La verificación de la fuente original de las competencias, habilitaciones, certificaciones y/o adiestramientos.e) El análisis de, al menos, las	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			certificaciones, y adiestramientos verificados. (Otros aspectos que pueden incluirse, son por ejemplo, el análisis de su trayectoria y experiencia).f) La autorización de cada una de las actividades y servicios que el profesional puede llevar a cabo dentro de la organización (privilegios).g) La comunicación al profesional de los privilegios que le fueron autorizados y que serán evaluados por la organización.				competencias, habilitaciones, certificaciones, y adiestramientos verificados. (Otros aspectos que pueden incluirse, son por ejemplo el análisis de su trayectoria y experiencia).f) La autorización de cada una de las actividades y servicios que el profesional puede llevar a cabo dentro de la organización (privilegios).g) La comunicación al profesional de los privilegios que le fueron autorizados y que serán evaluados por la organización.	
AMB	PERSONAL	SQE.5	3. El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se lleva a cabo con cada profesional.	**7**		HOSP	3. El proceso de otorgamiento de privilegios está implementado y se lleva a cabo con cada profesional.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.5	4. Los profesionales que ejercen de manera independiente en la organización sólo llevan a cabo	**7**		HOSP	4. Los profesionales que ejercen de manera independiente en la organización sólo llevan a cabo	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			los servicios que les fueron autorizados.				los servicios que les fueron autorizados.	
AMB	PERSONAL	SQE.5	5. El otorgamiento de privilegios se actualiza, al menos, cada tres años o antes, si corresponde.	**7**		HOSP	5. El otorgamiento de privilegios se actualiza, al menos, cada tres años o antes, si corresponde.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.6	1. Se ha definido un proceso para reclutar personal.	**2**		HOSP	1. Se ha definido un proceso para reclutar personal.	**2**
AMB	PERSONAL	SQE.6	2. Se ha definido un proceso para seleccionar personal con base en una evaluación inicial de competencias.	**2**		HOSP	2. Se ha definido un proceso para seleccionar personal con base en una evaluación inicial de competencias.	**2**
AMB	PERSONAL	SQE.6	3. Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso.	**3**		HOSP	3. Se realiza una evaluación inicial de competencias a todo el personal de nuevo ingreso.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.6	4. El área o servicio a la cual se asigna la persona realiza la evaluación inicial de competencias.	**3**		HOSP	4. El área o servicio a la cual se asigna la persona realiza la evaluación inicial de competencias.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.6	5. Los procesos están implementados en toda la organización.	**3**		HOSP	5. Los procesos están implementados en toda la organización.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.6	6. Se supervisan ambos procesos con un enfoque de sistema.	**3**		HOSP	6. Se supervisan ambos procesos con un enfoque de sistema.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.7	1. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de asignación del personal que incluye a todo el personal de la	**4**		HOSP	1. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de asignación del personal que incluye a todo el personal de la	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			organización **(clínico y no clínico**) que describe al menos:				organización **(clínico y no clínico**) que describe al menos:	
AMB	PERSONAL	SQE.7	1.1. Las competencias, cantidad y tipos de personal clínico y no clínico que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.	**4**		HOSP	1.1. Las competencias, cantidad y tipos de personal clínico y no clínico que se necesitan para llevar a cabo las funciones diarias de la organización.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.7	2. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de reasignación del **personal clínico** que describe, al menos:	**4**		HOSP	2. Se ha definido de manera multidisciplinaria un plan de reasignación del **personal clínico** que describe, al menos:	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.7	2.1. Cómo se llevará a cabo la reasignación del personal clínico de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal.	**4**		HOSP	2.1. Cómo se llevará a cabo la reasignación del personal clínico de un área o servicio a otro, en respuesta a las necesidades cambiantes de los pacientes o a la falta de personal.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.7	2.2. La consideración de las solicitudes del personal clínico para la reasignación según los valores o creencias.	**4**		HOSP	2.2. La consideración de las solicitudes del personal clínico para la reasignación según los valores o creencias.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.7	2.3. Cómo se llevará a cabo el traspaso de funciones en los profesionales clínicos	**4**		HOSP	2.3. Cómo se llevará a cabo el traspaso de funciones en los profesionales clínicos	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.7	3. El plan está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	3. El plan está implementado en toda la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.7	4. La efectividad del plan de asignación se controla permanentemente.	**7**		HOSP	4. La efectividad del plan de asignación se controla permanentemente.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.7	5. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.	**7**		HOSP	5. El programa se revisa y actualiza cuando sea necesario.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.8	1. Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general de la organización.	**3**		HOSP	1. Todo el personal de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento general de la organización.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	2. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.	**3**		HOSP	2. El personal clínico y no clínico de recién ingreso recibe orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	3. Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro de la organización reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.	**3**		HOSP	3. Los trabajadores de servicios subrogados que realizan funciones dentro de la organización reciben orientación sobre el funcionamiento del área, servicio o unidad al que es asignado.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	4. Los voluntarios reciben orientación con respecto a las funciones y responsabilidades asignadas.	**3**		HOSP	4. Los voluntarios reciben orientación con respecto a las funciones y responsabilidades asignadas.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	5. Se orienta al personal cuando es reasignado a un área	**3**		HOSP	5. Se orienta al personal cuando es reasignado a un área	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			o servicio donde nunca ha laborado.				o servicio donde nunca ha laborado.	
AMB	PERSONAL	SQE.8	6. La orientación incluye:	**3**		HOSP	6. La orientación incluye:	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	6.1. Las barreras de seguridad que realizará en el área o servicio asignado.	**3**		HOSP	6.1. Las barreras de seguridad que realizará en el área o servicio asignado.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	6.2. Las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas (QPS).	**3**		HOSP	6.2. Las definiciones operativas y la notificación de eventos adversos, centinela y cuasifallas (QPS).	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	6.3. Las medidas de prevención y control de infecciones (PCI).	**3**		HOSP	6.3. Las medidas de prevención y control de infecciones (PCI).	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	6.4. El uso de equipo de protección personal.	**3**		HOSP	6.4. El uso de equipo de protección personal.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.8	6.5. La comunicación de peligros y riesgos (FMS).	**3**		HOSP	6.5. La comunicación de peligros y riesgos (FMS).	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.9	1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico. 4	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal clínico. 4	**2**
AMB	PERSONAL	SQE.9	2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.	**3**		HOSP	2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.9	3. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y	**3**		HOSP	3. La evaluación se centra en las competencias relacionadas con los procesos y las	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			las actividades que se realizan durante la operación diaria.				actividades que se realizan durante la operación diaria.	
AMB	PERSONAL	SQE.9.1	1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal no clínico.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para evaluar el desempeño del personal no clínico.	**2**
AMB	PERSONAL	SQE.9.1	2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.	**3**		HOSP	2. Todo el personal cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.9.1	3. La evaluación se centra en la realización correcta y oportuna de las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.	**3**		HOSP	3. La evaluación se centra en las competencias relacionadas con los procesos y las actividades que se realizan durante la operación diaria.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.10	1. Se cuenta con un Programa de Capacitación del Personal.	**2**		HOSP	1. Se cuenta con un Programa de Capacitación del Personal.	**2**
AMB	PERSONAL	SQE.10	2. El programa está basado en los datos relacionados con al menos, los incisos del a) al e) definidos en el propósito:a) La monitorización de los procesos.b) La supervisión de los sistemas críticos.c) Las evaluaciones del desempeño.d) La notificación y análisis de eventos adversos, centinelas y	**2**		HOSP	2. El programa está basado en los datos relacionados con al menos, los incisos del a) al e) definidos en el propósito.a) La monitorización de los procesos.b) La supervisión de los sistemas críticos.c) Las evaluaciones del desempeño.d) La notificación y análisis de eventos adversos, centinela,	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			cuasifallas.e) Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.				cuasifallas.e) Condiciones inseguras y accidentes de trabajo.	
AMB	PERSONAL	SQE.10	3. El programa está implementado.	**3**		HOSP	3. El programa está implementado.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.10	4. El programa se supervisa y se controla.	**3**		HOSP	4. El programa se supervisa y se controla.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.11	1. La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas, en las cuales se incluyen al menos los servicios de urgencias o atención medica continua, Hemodiálisis, Cuneros.	**4**		HOSP	1. La organización ha identificado las áreas críticas en donde es necesario contar permanentemente con al menos una persona por turno con competencia en soporte vital avanzado, incluyendo al menos las unidades de cuidados intensivos, los servicios de urgencias y áreas de atención neonatal (cuneros).	**4**

AMB	PERSONAL	SQE.11	2. Se cuenta con un programa de Soporte Vital Avanzado, que incluye al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito: a) La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas. b) La integración de equipos de reanimación, de acuerdo a las necesidades identificadas. c) La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada. d) La capacitación es estandarizada acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido, que incluya al menos los siguientes temas: o Adultos: manejo del paro respiratorio, conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico y uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático), identificación de ritmos y tratamientos al menos de la Fibrilación Ventricular	**4**		HOSP	2. Se cuenta con un programa de Soporte Vital Avanzado, incluye al menos, los incisos del a) hasta el h) definidos en el propósito. a) La selección de personal que requiere capacitación en Soporte Vital Avanzado, de acuerdo a las áreas críticas identificadas. b) La integración de equipos de reanimación, de acuerdo con las necesidades identificadas. c) La validación de las competencias del o los instructores por una entidad autorizada. d) La capacitación es estandarizada acorde a los lineamientos vigentes establecidos por un organismo reconocido, que incluya al menos los siguientes temas: o Adultos: manejo del paro respiratorio, conceptos de equipos de reanimación, prácticas y competencias en RCP (Reanimación Cardiopulmonar) básico y uso de DEA (Desfibrilador Externo Automático), identificación de ritmos y tratamientos al menos de la Fibrilación Ventricular	**4**

			(FV), Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP), Bradicardia, Asistolia Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP), Taquiarritmias estables e inestables, Síndrome coronario agudo y Evento Vascular Cerebral. o Pediátricos, además de los anteriores, considerar emergencias respiratorias y estado de choque o Obstétricas: Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica. e) La evaluación teórica y práctica que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado entendiendo esta última como el conjunto de comportamientos sociales, afectivos y habilidades cognoscitivas, psicológicas, sensoriales y motoras que permiten llevar a cabo adecuadamente un papel, un desempeño, una actividad o una tarea. f) La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo, simulacros, al menos una vez al				(FV), Taquicardia Ventricular sin Pulso (TVSP), Bradicardia, Asistolia Actividad Eléctrica sin Pulso (AESP), Taquiarritmias estables e inestables, Síndrome coronario agudo y Evento Vascular Cerebral. o Pediátricos, además de los anteriores, considerar emergencias respiratorias y estado de choque. o Obstétricas: Emergencias hipertensivas del embarazo y hemorragia obstétrica. e) La evaluación teórica y práctica que demuestre que cada persona que se capacite logra el nivel de competencia deseado. f) La realización de pruebas periódicas que demuestren las competencias del personal capacitado, por ejemplo, simulacros, al menos una vez al año. g) La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño. h) La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta competencia.	

			año. g) La integración de esta competencia a la definición de funciones y responsabilidades y, por consiguiente, a la evaluación del desempeño. h) La determinación de una vigencia máxima de dos años para esta competencia.					

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.11	3. El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el Responsable Sanitario. Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado de ser posible por la máxima autoridad del mismo.	**4**		HOSP	3. El programa es avalado y autorizado por los líderes de la organización, en particular por el Responsable Sanitario. Cuando la organización pertenece a una institución o corporativo, este programa es avalado y autorizado de ser posible por la máxima autoridad del mismo.	**4**
AMB	PERSONAL	SQE.12	1. La Organización ha definido un Programa de reconocimiento que incluye a todo el personal.	**5**		HOSP	1. La Organización ha definido un Programa de reconocimiento que incluye a todo el personal.	**5**
AMB	PERSONAL	SQE.12	2. Como parte del programa se diseñan procesos para reconocer al personal.	**5**		HOSP	2. Como parte del programa se diseñan procesos para reconocer al personal.	**5**
AMB	PERSONAL	SQE.12	3. El programa está implementado	**7**		HOSP	3. El programa está implementado	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.13	1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. a) La identificación de riesgos por perfil de puesto , funciones asignadas y área donde labora, con el propósito de establecer medidas que disminuyan la	**5**		HOSP	1. La organización ha definido un Programa de Salud y Seguridad para el Personal que incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. a) La identificación de riesgos por perfil de puesto, funciones asignadas y área donde labora, con el propósito de establecer medidas que disminuyan la	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			posibilidad de que el personal presente lesiones asociadas con sus actividades. b) Dotación del equipo de protección personal acorde a los riesgos identificados. c) La Capacitación en el uso correcto del equipo de protección personal. d) La Capacitación en actos seguros. e) El Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo como las producidas por pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, exposición a radiaciones ionizantes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y seguridad. f) La investigación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo.				posibilidad de que el personal presente lesiones asociadas con sus actividades. b) Dotación del equipo de protección personal acorde a los riesgos identificados. c) La Capacitación en el uso correcto del equipo de protección personal. d) La Capacitación en actos seguros. e) El Seguimiento médico al personal que se encuentra expuesto a enfermedades de trabajo como las producidas por pinchazos de agujas, exposición a enfermedades infecciosas, exposición a radiaciones ionizantes, condiciones peligrosas en las instalaciones, y otros asuntos de salud y seguridad. f) La investigación y el análisis de las causas de los accidentes de trabajo.	
AMB	PERSONAL	SQE.13	2. El programa está implementado en toda la organización.	**7**		HOSP	2. El programa está implementado en toda la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.13	3. El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.	**7**		HOSP	3. El programa se supervisa y se controla de manera multidisciplinaria.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.13.1				HOSP	1. Se realiza una evaluación inicial de salud de cada colaborador al ingreso a la Organización.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.13.1				HOSP	2. La Organización identifica las principales necesidades de salud del personal.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.13.1				HOSP	3. La Organización diseña e implementa un programa de salud que responde a las necesidades del personal de acuerdo a su contexto y recursos.	**5**
AMB	PERSONAL	SQE.13.1				HOSP	4. La organización promueve la salud física y mental del personal.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.13.1				HOSP	5. La organización da seguimiento a la vacunación del personal.	**7**
AMB	PERSONAL	SQE.14	1. Se realiza la verificación de fuente original de todo el personal clínico que cuenta con cédula profesional a través de la página de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	**3**		HOSP	1. Se realiza la verificación de fuente original de todo el personal clínico que cuenta con cédula profesional a través de la página de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.14	2. Se ha definido un proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional.	**2**		HOSP	2. Se ha definido un proceso para verificar la fuente original del personal clínico que no cuenta con cédula profesional.	**2**
AMB	PERSONAL	SQE.14	3. El proceso está implementado y se realiza a todo el personal clínico que no cuenta con cédula profesional.	**3**		HOSP	3. El proceso está implementado y se realiza a todo el personal clínico que no cuenta con cédula profesional.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.14	4. Se realiza la verificación de la fuente original cuando el personal adquiere nuevas competencias y se le asignan nuevas funciones o privilegios.	**3**		HOSP	4. Se realiza la verificación de la fuente original cuando el personal adquiere nuevas competencias o se le asignan nuevas funciones o privilegios.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.15	1. La organización cuenta con un registro completo de todo el personal en formación.	**3**		HOSP	1. La organización cuenta con un registro completo de todo el personal en formación.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.15	2. La organización implementa mecanismos para supervisar el programa académico.	**3**		HOSP	2. La organización implementa mecanismos para supervisar el programa académico.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.15	3. La organización cuenta con documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes.	**3**		HOSP	3. La organización cuenta con documentación del estado de inscripción, competencias o certificaciones logradas, y la clasificación académica de los participantes.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.15	4. La organización integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente,	**3**		HOSP	4. La organización integra al personal en formación a los programas de orientación, calidad, seguridad del paciente,	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			prevención y control de infecciones, así como de programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia y demás programas del establecimiento.				prevención y control de infecciones, así como de programas prioritarios de México con énfasis en los de Salud Mental y Violencia y demás programas del establecimiento.	
AMB	PERSONAL	SQE.16	1. Se mantiene la información del personal.	**3**		HOSP	1. Se mantiene la información del personal.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.16	2. Se documentan las competencias del personal.	**3**		HOSP	2. Se documentan las competencias del personal.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.16	3. Se documenta la verificación de la fuente original.	**3**		HOSP	3. Se documenta la verificación de la fuente original.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.16	4. Se documenta la descripción del puesto (definición de funciones) o los privilegios.	**3**		HOSP	4. Se documenta la descripción del puesto (definición de funciones) o los privilegios.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.16	5. Se documentan los resultados de la evaluación inicial de competencias.	**3**		HOSP	5. Se documentan los resultados de la evaluación inicial de competencias.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.16	6. Se documentan al menos, una evaluación del desempeño por año acorde a sus funciones y/o privilegios.	**3**		HOSP	6. Se documentan al menos, una evaluación del desempeño por año acorde a sus funciones y/o privilegios.	**3**
AMB	PERSONAL	SQE.16	7. Se documenta la capacitación que se le ha brindado al personal.	**3**		HOSP	7. Se documenta la capacitación que se le ha brindado al personal.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	PERSONAL	SQE.16	8. La información se encuentra actualizada y organizada de manera estructurada y estandarizada.	**3**		HOSP	8. La información se encuentra actualizada y organizada de manera estructurada y estandarizada.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.1	1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente basa sus actividades en la Evaluación de Riesgos y Problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente en la Organización.	**6**		HOSP	1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente basa sus actividades en la Evaluación de Riesgos y Problemas relacionados con la calidad y seguridad del paciente en la Organización.	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.1	2. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente:	**6**		HOSP	2. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye, al menos, lo siguiente:	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.1	2.1. La Evaluación y Priorización de los Riesgos y Problemas de toda la organización, relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente.	**6**		HOSP	2.1. La Evaluación y Priorización de los Riesgos y Problemas de toda la organización, relacionados con la Calidad y Seguridad del Paciente.	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.1	2.2. El diseño e implementación de un Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.	**6**		HOSP	2.2. El diseño e implementación de un Sistema de Notificación y Análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.1	2.3. La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramienta para la estandarización de procesos.	**6**		HOSP	2.3. La Implementación de protocolos de atención o guías de práctica clínica como herramienta para la estandarización de procesos.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.1	2.4. Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.	**6**		HOSP	2.4. Evidencia de las mejoras aplicadas a las prioridades a través de mediciones o algún otro mecanismo que demuestre avance.	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.1	2.5. El Análisis de un proceso de riesgo prioritario de la organización, a través del uso de una Herramienta proactiva, como el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).	**6**		HOSP	2.5. El Análisis de un proceso de riesgo prioritario de la organización, a través del uso de una Herramienta proactiva, como el Análisis de Modo y Efecto de Falla (AMEF).	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.1	3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente es revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno y/o directivos.	**7**		HOSP	3. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente es revisado y aprobado por el cuerpo de gobierno y/o directivos.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.1	4. La descripción del cómo se desarrolla y se integra las acciones para la Calidad y Seguridad del Paciente se describen en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**6**		HOSP	4. La descripción del cómo se desarrolla y se integra las acciones para la Calidad y Seguridad del Paciente se describen en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**6**
AMB	CALIDAD	QPS.2	1. Se ha conformado el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.	**2**		HOSP	1. Se ha conformado un Comité de Calidad y Seguridad del Paciente de manera multidisciplinaria.	**2**
AMB	CALIDAD	QPS.2	2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.	**2**		HOSP	2. Se han definido los objetivos y funciones del Comité.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.2	3. El Comité sesiona periódicamente y es encabezado por el director de la organización.	**3**		HOSP	3. El Comité sesiona periódicamente y es encabezado por el director de la organización.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.2	4. El Comité integra información relevante para la calidad y seguridad del paciente en la organización.	**3**		HOSP	4. El Comité integra información relevante para la calidad y la seguridad del paciente en la organización.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.2	5. El Comité lleva a cabo, al menos, lo siguiente:	**3**		HOSP	5. El Comité lleva a cabo, al menos, lo siguiente:	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.2	5.1. Avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**3**		HOSP	5.1. Avala el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.2	5.2. Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**3**		HOSP	5.2. Supervisa el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.2	5.3. Toma decisiones con base en el análisis de información.	**3**		HOSP	5.3. Toma decisiones con base en el análisis de información.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.2	5.4. Da seguimiento puntual a sus acuerdos.	**3**		HOSP	5.4. Da seguimiento puntual a sus acuerdos.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.3	1. La definición de las prioridades para la calidad y la seguridad del paciente se fundamenta en una Evaluación de Riesgos y Problemas de la organización.	**4**		HOSP	1. La definición de las prioridades para la calidad y la seguridad del paciente se fundamenta en una Evaluación de Riesgos y Problemas de la organización.	**4**
AMB	CALIDAD	QPS.3	2. La identificación de riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de	**7**		HOSP	2. La identificación de riesgos incluye todos los riesgos de los procesos clínicos y de	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones.				gestión que impactan en la calidad y la seguridad del paciente, personal e instalaciones.	
AMB	CALIDAD	QPS.3	3. La identificación de los riesgos se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos.	**7**		HOSP	3. La identificación de los riesgos se lleva a cabo con la participación del personal involucrado en los procesos.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.3	4. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**		HOSP	4. Los riesgos se priorizan con la metodología definida por la organización.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.3	5. Los riesgos se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	5. Los riesgos se analizan y se gestionan como base del desarrollo del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.3	6. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**		HOSP	6. Se implementan mejoras como resultado de este análisis.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4/ AESP 7	1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de un Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.	**6**		HOSP	1. El Plan de Calidad y Seguridad del Paciente incluye la implementación de un Sistema de notificación y análisis de eventos adversos, eventos centinela y cuasifallas.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.4/ AESP 7	2. El Sistema de Notificación y Análisis incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifallas. b) Un mecanismo para su notificación. c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas. d) El proceso para la atención y apoyo a los profesionales que se ven afectados por un evento adverso con consecuencias graves (atención a segunda víctima). e) Un plan de comunicación y manejo de crisis ante el impacto institucional de un evento adverso con consecuencias graves (atención a tercera víctima). f) La gestión y la confidencialidad de la información.	**6**		HOSP	2. El Sistema de Notificación y Análisis incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) Las definiciones operativas de evento centinela, evento adverso y cuasifallas. b) Un mecanismo para su notificación. c) Un proceso definido para el análisis causa-raíz para eventos centinela, así como el análisis de patrones y tendencias para eventos adversos y cuasifallas. d) El proceso para la atención y apoyo a los profesionales que se ven afectados por un evento adverso con consecuencias graves (atención a segunda víctima). e) Un plan de comunicación y manejo de crisis ante el impacto institucional de un evento adverso con consecuencias graves (atención a tercera víctima). f) La gestión y la confidencialidad de la información.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			g) La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema. h) La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.				g) La toma de decisiones correspondientes para la mejora del sistema. h) La retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.4.1	1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento centinela que incluye, al menos, las descritas en los incisos del a) al i) definidos en el propósito cuando así correspondan al contexto de la organización: a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. d) Muerte materna. e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos. f) Suicidio.	**4**		HOSP	1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento centinela que incluye, al menos, las descritas en los incisos del a) al i) definidos en el propósito, cuando así correspondan al contexto de la organización. a) Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. b) Pérdida permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente. c) Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado. d) Muerte materna. e) Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos. f) Suicidio (Dentro del	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			g) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente (dentro del establecimiento). h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal. i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.				Establecimiento). g) Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente (dentro del establecimiento). h) Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal. i) Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.	
AMB	CALIDAD	QPS.4.1	2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.	**3**		HOSP	2. Se lleva a cabo un análisis de causa-raíz de cada uno de los eventos centinela notificados y/o identificados.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.4.1	3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.	**3**		HOSP	3. El análisis del evento centinela no debe exceder los 45 días de la fecha del evento o la notificación del mismo.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.4.1	4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.	**3**		HOSP	4. Como resultado del análisis causa-raíz se implementan acciones para reducir la probabilidad de que vuelva a ocurrir un evento centinela.	**3**
AMB	CALIDAD	QPS.4.2	1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento adverso.	**4**		HOSP	1. Se han establecido **definiciones operativas** de evento adverso.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.4.2	2. Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.	**7**		HOSP	2. Se analizan los eventos adversos y se implementan acciones correctivas inmediatas.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4.2	3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.	**7**		HOSP	3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias, al menos, dos veces por año.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4.2	4. Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.	**7**		HOSP	4. Como resultado de cada análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4.2				HOSP	5. Se analizan los siguientes eventos y si corresponde se implementan mejoras.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4.3	1. Se han establecido **definiciones operativas** de cuasifallas.	**4**		HOSP	1. Se han establecido **definiciones operativas** de cuasifallas.	**4**
AMB	CALIDAD	QPS.4.3	2. Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.	**7**		HOSP	2. Las cuasifallas se notifican y analizan acorde al proceso que ha definido la organización.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4.3	3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.	**7**		HOSP	3. Se realiza un análisis de patrones y tendencias de las cuasifallas, al menos, dos veces por año.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.4.3	4. Como resultado del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.	**7**		HOSP	4. Como resultado del análisis de patrones y tendencias se implementan mejoras.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.5	1. A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona un proceso de atención clínica con alta variabilidad.	**7**		HOSP	1. A partir de la evaluación integral de riesgos y problemas, la organización selecciona un proceso de atención clínica con alta variabilidad, anualmente.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	2. Para estandarizar el proceso seleccionado se implementó una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los siguientes pasos:	**7**		HOSP	2. Para estandarizar el proceso seleccionado se implementó una guía, vía, lineamiento o protocolo de atención, siguiendo los siguientes pasos:	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	2.1. Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico.	**7**		HOSP	2.1. Evaluar su aplicabilidad y respaldo científico.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	2.2. Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.	**7**		HOSP	2.2. Adaptar cuando es preciso, a la tecnología, los fármacos y demás recursos del establecimiento, o a la legislación aplicable vigente.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	2.3. Aprobar formalmente por parte del establecimiento.	**7**		HOSP	2.3. Aprobar o adoptar formalmente por parte del establecimiento.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	2.4. Implementar para que su uso sea constante y efectivo.	**7**		HOSP	2.4. Implementar para que su uso sea constante y efectivo.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	3. Se evalúa el apego mediante el uso de una herramienta.	**7**		HOSP	3. Se evalúa el apego mediante el uso de una herramienta.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.5	4. Los resultados de la medición se analizan para tomar decisiones.	**7**		HOSP	4. Los resultados de la medición del apego se analizan para tomar decisiones.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.6	1. Se utilizan los datos disponibles para establecer prioridades para la mejora a través de mediciones y acciones específicas.	**7**		HOSP	1. Se utilizan los datos disponibles para establecer prioridades para la mejora a través de mediciones y acciones específicas.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.6	2. Se evalúa el impacto de las mejoras a nivel del sistema y los procesos, según corresponda.	**7**		HOSP	2. Se evalúa el impacto de las mejoras a nivel del sistema y los procesos, según corresponda.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.6	3. Los datos están disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y se mantienen.	**7**		HOSP	3. Los datos están disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y se mantienen.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.6	4. Se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal cuando es necesario.	**7**		HOSP	4. Se incorporan los cambios a los procedimientos operativos y se proporciona educación al personal cuando es necesario.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.7	1. Se identifican al menos, una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del paciente, personal e instalaciones.	**7**		HOSP	1. Se identifican al menos, una vez por año, los procesos de riesgo relacionados con la seguridad del paciente, personal e instalaciones.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.7	2. Se priorizan estos procesos de riesgo, acorde a la metodología elegida por la organización.	**7**		HOSP	2. Se priorizan estos procesos de riesgo, acorde a la metodología elegida por la organización.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.7	3. Se realiza un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF), al menos, una vez por año, sobre uno de los procesos	**7**		HOSP	3. Se realiza un Análisis de Modo y Efecto de Fallo (AMEF), al menos, una vez por año, sobre uno de los procesos	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			identificados como de riesgo prioritario.				identificados como de riesgo prioritario.	
AMB	CALIDAD	QPS.7	4. Se rediseña el proceso de riesgo basándose en el análisis.	**7**		HOSP	4. Se rediseña el proceso de riesgo basándose en el análisis.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.7	5. Se da seguimiento a su implementación.	**7**		HOSP	5. Se da seguimiento a su implementación.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8	1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.	**7**		HOSP	1. Los datos se categorizan, agrupan, analizan y transforman en información útil.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8	2. Las personas con experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.	**7**		HOSP	2. Las personas con experiencia clínica o de gestión, el conocimiento y las habilidades adecuadas participan en el proceso.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8	3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.	**7**		HOSP	3. Se usan herramientas y técnicas estadísticas en el proceso de análisis cuando es adecuado.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.1	1. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.	**7**		HOSP	1. La frecuencia del análisis de datos es adecuada al proceso en estudio.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.1	2. La frecuencia del análisis de datos se adapta a los requisitos del establecimiento.	**7**		HOSP	2. La frecuencia del análisis de datos se adapta a los requisitos del establecimiento.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.1	3. La frecuencia del análisis de los datos le permite a la organización tomar decisiones.	**7**		HOSP	3. La frecuencia del análisis de los datos le permite a la organización tomar decisiones.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.8.2	1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.	**7**		HOSP	1. Dentro del establecimiento las comparaciones se hacen a lo largo del tiempo.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.2	2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.	**9**		HOSP	2. Se hacen comparaciones con organizaciones similares.	**9**
AMB	CALIDAD	QPS.8.2	3. Se hacen comparaciones con estándares de calidad reconocidos.	**9**		HOSP	3. Se hacen comparaciones con Estándares de calidad reconocidos.	**9**
AMB	CALIDAD	QPS.8.2	4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.	**9**		HOSP	4. Se hacen comparaciones con las mejores prácticas conocidas.	**9**
AMB	CALIDAD	QPS.8.3	1. Se desarrollan e implementan procesos para garantizar que la recopilación, el análisis y la comunicación de datos sean oportunos y confiables.	**7**		HOSP	1. Se desarrollan e implementan procesos para garantizar que la recopilación, el análisis y la comunicación de datos sean oportunos y confiables.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.3	2. S Se realiza un análisis de datos cuando se producen patrones o tendencias.	**7**		HOSP	2. Se realiza un análisis de datos cuando se producen patrones o tendencias.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.3	3. Los resultados de los análisis se utilizan para implementar acciones para mejorar la calidad y la seguridad.	**7**		HOSP	3. Los resultados de los análisis se utilizan para implementar acciones para mejorar la calidad y la seguridad.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.8.3	4. Los resultados se comunican a la entidad de gobierno como parte del	**7**		HOSP	4. Los resultados se comunican a la entidad de gobierno como parte del	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.				programa de mejora de la calidad y la seguridad del paciente.	
AMB	CALIDAD	QPS.9	1. El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.	**7**		HOSP	1. El establecimiento planifica e implementa mejoras utilizando un proceso coherente seleccionado por los directivos y responsables de las áreas del establecimiento.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.	**7**		HOSP	2. El establecimiento documenta las mejoras logradas y sostenidas.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	3. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.	**7**		HOSP	3. Se asignan o adjudican recursos humanos y otros necesarios para llevar a cabo una mejora.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	4. Los cambios se planean y se prueban.	**7**		HOSP	4. Los cambios se planean y se prueban.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	5. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.	**7**		HOSP	5. Se implementan los cambios que dan como resultado una mejora.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	6. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.	**7**		HOSP	6. Hay datos disponibles para demostrar que las mejoras son efectivas y sostenidas.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	7. Se hacen cambios a la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora.	**7**		HOSP	7. Se hacen cambios a la política a fin de planear, llevar a cabo y sostener la mejora.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9	8. Se documentan y difunden en todo el establecimiento las mejoras exitosas.	**7**		HOSP	8. Se documentan y difunden en todo el	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							establecimiento las mejoras exitosas.	
AMB	CALIDAD	QPS.9.1	1. Se comunica al personal la información sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	1. Se comunica al personal la información sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9.1	2. La comunicación se realiza regularmente, mediante canales efectivos y formales.	**7**		HOSP	2. La comunicación se realiza regularmente, mediante canales efectivos y formales.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9.1	3. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	3. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9.1	4. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de los Sistemas Críticos.	**7**		HOSP	4. La comunicación incluye la monitorización y seguimiento de los Sistemas Críticos.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9.2				HOSP	1. La organización elabora un plan de evaluación interna que incluye al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito. a) La periodicidad en que se realizará este ejercicio (al menos una vez al año). b) Los procesos involucrados (alcance del ejercicio de auditoria).	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							c) Las competencias y responsabilidades del personal que interviene. d) La capacitación necesaria para asegurar la competencia del personal que participa, por ejemplo, la auditoría interna puede realizarse a través de entrevistas, revisión de documentos, datos y mediante la observación sobre cómo se llevan a cabo los procesos.	
AMB	CALIDAD	QPS.9.2				HOSP	2. Los resultados de la evaluación interna se informan a los líderes de la organización.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.9.2				HOSP	3. Se da seguimiento a las acciones implementadas como resultado de la evaluación interna.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.10	1. Se ha definido un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	1. Se ha definido un programa de capacitación para el personal, acorde con su rol en el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.10	2. Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.	**7**		HOSP	2. Una persona capacitada con experiencia, conocimientos y nivel profesional pertinente, imparte la capacitación.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CALIDAD	QPS.10	3. El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.	**7**		HOSP	3. El personal participa en la capacitación como parte de sus tareas laborales habituales.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.10	4. Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.	**7**		HOSP	4. Cuando la capacitación es impartida por personal externo se demuestra conocimiento técnico, experiencia profesional, habilidades docentes.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.10	5. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**7**		HOSP	5. La capacitación periódica del personal responde a los patrones y las tendencias relevantes de los datos del sistema.	**7**
AMB	CALIDAD	QPS.10	6. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas.	**7**		HOSP	6. La capacitación incluye la identificación y reporte de eventos adversos, centinela y cuasifallas.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1	1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto en la consulta, admisión, o urgencias cuando aplica.	**3**		HOSP	1. El tamizaje se inicia en el momento del primer contacto (Admisión, Urgencias y Consulta Externa).	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1	2. Basado en los resultados del tamizaje, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización.	**3**		HOSP	2. Basado en los resultados del tamizaje, se determina si las necesidades del paciente coinciden con la misión y los recursos de la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1	3. Los pacientes son aceptados únicamente si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado para la atención.	**3**		HOSP	3. Los pacientes son aceptados únicamente si la organización puede proporcionar los servicios necesarios y el entorno adecuado, ambulatorio u hospitalario, para la atención.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1	4. La organización ha definido qué aspectos va a evaluar en el paciente para determinar si puede ser atendido o deberá ser referido.	**3**		HOSP	4. La organización ha definido qué aspectos le va a evaluar al paciente para determinar si deberá ser admitido, referido o trasladado.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1	5. Cuando esta situación aplica, los pacientes son referidos a otra instancia resolutiva hasta que estén disponibles los resultados de las evaluaciones para tomar esta decisión.	**3**		HOSP	5. Los pacientes son admitidos, referidos o trasladados hasta que estén disponibles los resultados de las evaluaciones para tomar esta decisión.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.1	1. El establecimiento ha identificado y conoce el contexto de su área geográfica de influencia, sus grupos comunitarios y población de interés.	**2**		HOSP		
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.1	2. El establecimiento cuenta con un diagnóstico de la comunidad y población a la que brinda sus servicios.	**2**		HOSP		

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.1	3. El establecimiento implementa una estrategia de comunicación con estos grupos, acorde a su contexto sociocultural.	**3**		HOSP		
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.1	4. El establecimiento proporciona información sobre sus servicios, horarios de atención y el proceso para obtener la atención.	**3**		HOSP		
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.1	5. El establecimiento proporciona información, actualizada y continua, sobre la calidad de sus servicios.	**3**		HOSP		
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.2	1. La organización define un proceso de aceptación para la atención ambulatoria y situaciones de urgencias.	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso de aceptación para la atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.2	2. Los pacientes son aceptados conforme al proceso definido por la organización.	**3**		HOSP	2. Los pacientes son aceptados conforme al proceso definido por la organización.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.3	1. La organización utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.	**2**		HOSP	1. La organización utiliza criterios estandarizados para priorizar a los pacientes con necesidades que ponen en peligro su vida o con necesidades inmediatas.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.3	2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.	**3**		HOSP	2. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.3	3. Los pacientes son priorizados según sus necesidades de atención.	**3**		HOSP	3. Los pacientes son priorizados según sus necesidades de atención.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.4	1. Existe un proceso para proporcionar información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.	**4**		HOSP	1. Existe un proceso para proporcionar información al paciente y a la familia en el momento de la admisión.	**4**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.4	2. Se da información sobre la atención propuesta.	**3**		HOSP	2. Se da información sobre la atención propuesta.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.4	3. Se da información sobre los resultados que se esperan de la atención.	**3**		HOSP	3. Se da información sobre los resultados que se esperan de la atención.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.4	4. Se da información sobre cualquier costo esperado para el paciente y/o su familia.	**3**		HOSP	4. Se da información sobre cualquier costo esperado para el paciente y/o su familia.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.4	5. Los pacientes y/o su familia obtienen información suficiente para tomar decisiones.	**3**		HOSP	5. Los pacientes y/o su familia obtienen información suficiente para tomar decisiones.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.5	1. La organización identifica cuáles son las barreras más comunes en su población de pacientes.	**5**		HOSP	1. La organización define cuáles son las barreras más comunes en su población de pacientes.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.5	2. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de admisión.	**7**		HOSP	2. Se implementan procesos para reducir el impacto de las barreras más comunes durante el proceso de admisión.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.5	3. Se implementan procesos para reducir el impacto de las	**7**		HOSP	3. Se implementan procesos para reducir el impacto de las	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			barreras más comunes durante el proceso de atención.				barreras más comunes durante el proceso de atención.	
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	1. La organización define cuáles son sus servicios especializados, además de: 4	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	1.1. Unidades de cuidados intensivos (coronarias, adultos, neonatales, pediátricas, entre otras)	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	1.2. Unidades de atención a pacientes quemados.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	1.3. Unidades de trasplante.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	2. La organización define criterios de ingreso y alta para sus servicios especializados. 4	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	3. Los criterios tienen base fisiológica, dentro de lo posible y adecuado.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	4. En la elaboración de los criterios participa personal que brinda atención en estas unidades.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	5. Los pacientes ingresados en los servicios especializados reúnen los requisitos establecidos en los criterios.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.1.6				HOSP	6. Se darán de alta los pacientes que ya no cumplan con los requisitos de los criterios para	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							permanecer en el servicio especializado.	
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2	1. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en tiempo.	**2**		HOSP	1. La organización identificó y realizó un listado de los momentos de transición en tiempo, incluyendo al personal involucrado en estas transiciones.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2	2. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno).	**2**		HOSP	2. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en tiempo (cambio de guardia y/o turno).	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2	3. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.	**3**		HOSP	3. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2	4. La organización identificó y realizó un listado en donde se definieron los momentos y las personas involucradas durante las transiciones en lugar.	**2**		HOSP		**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2	5. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio).	**2**		HOSP	5. La organización diseña un proceso estructurado de comunicación durante las transiciones en lugar (cambio de área y/o servicio).	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2	6. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.	**3**		HOSP	6. El mecanismo estructurado de comunicación está implementado.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.1				HOSP	1. La organización define el proceso de interconsulta.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.1				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.1				HOSP	3. Las interconsultas se documentan en el expediente clínico.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.2	1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.	**7**		HOSP	1. Se identifica al médico responsable de la atención del paciente.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.2	2. El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.	**7**		HOSP	2. El médico responsable de la atención del paciente se identifica en el expediente clínico.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.2	3. El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención planeada y brindada o valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.	**7**		HOSP	3. El médico responsable de la atención del paciente documenta la atención planeada y brindada o valida las notas de evolución elaboradas por médicos en formación.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.2	4. Si corresponde, los pacientes son informados sobre el cambio de profesional responsable.	**7**		HOSP	4. Si corresponde, los pacientes son informados sobre el cambio de profesional responsable.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.2.2	5. En el expediente clínico se registra el cambio de	**7**		HOSP	5. En el expediente clínico se registra el cambio de	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			profesional responsable y los motivos del mismo.				profesional responsable y los motivos del mismo.	
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3	1. La organización define el proceso que guía el egreso del paciente.	**2**		HOSP	1. La organización define el proceso que guía el egreso hospitalario.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3	2. El proceso toma en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.	**2**		HOSP	2. El proceso toma en cuenta la necesidad, tanto de servicios de apoyo como de servicios médicos para la continuidad de la atención.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3	3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3	4. La organización identifica a los prestadores de servicios, instituciones calificadas y personas en su comunidad que están más asociadas con sus servicios.	**2**		HOSP	4. Si corresponde, existe un proceso para autorizar un “permiso de salida” a los pacientes por un periodo definido.	**2**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3				HOSP	5. Cuando se autoriza un “permiso de salida”, se documenta en el expediente clínico.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.1	1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.	**3**		HOSP	1. Un médico autorizado realiza la nota de egreso.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.1	2. La nota de egreso incluye, al menos, los incisos del a) al l) definidos en el propósito: a) Datos de identificación del paciente. b) Fecha de ingreso y fecha de egreso. c) Motivo del egreso. d) Resumen de la evolución. e) Diagnóstico final. f) Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso mediante la entrega de la receta correspondiente. g) El estado del paciente al momento del alta. h) Problemas clínicos pendientes. i) Pronóstico. j) Plan de manejo y tratamiento. k) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria. l) Atención de factores de riesgo.	**3**		HOSP	2. La nota de egreso incluye, al menos, los incisos del a) al l) definidos en el propósito: a) Datos de identificación del paciente. b) Fecha de ingreso y fecha de egreso. c) Motivo del egreso. d) Resumen de la evolución. e) Diagnóstico final. f) Medicamentos relevantes administrados durante el proceso de atención y medicamentos prescritos al egreso. g) El estado del paciente al momento del alta. h) Problemas clínicos pendientes. i) Pronóstico. j) Plan de manejo y tratamiento. k) Recomendaciones para vigilancia ambulatoria. l) Atención de factores de riesgo.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.1	3. La nota de egreso se integra en el expediente clínico.	**3**		HOSP	3. La nota de egreso se integra en el expediente clínico.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.1	4. Si corresponde, se entrega a los pacientes una copia de la nota de egreso.	**3**		HOSP	4. Si corresponde, se entrega a los pacientes una copia de la nota de egreso.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.2	1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensible.	**3**		HOSP	1. Las instrucciones de seguimiento se proporcionan en forma y modo comprensible.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.2	2. Las instrucciones incluyen las indicaciones para el seguimiento posterior al alta.	**3**		HOSP	2. Las instrucciones incluyen cualquier indicación de seguimiento.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.2	3. Las instrucciones incluyen datos sugestivos para obtener atención de urgencia.	**3**		HOSP	3. Las instrucciones incluyen cuándo obtener atención de urgencia.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.2	4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.	**3**		HOSP	4. Los familiares también obtienen las instrucciones, según corresponda, para la continuidad de la atención.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.2	5. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a los grupos de apoyo para la continuidad de la atención, si corresponde.			HOSP	5. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a los grupos de apoyo para la continuidad de la atención, si corresponde.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.3.2	6. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a redes de apoyo comunitario para la continuidad de la atención, si corresponde.			HOSP	6. La organización cuenta con estrategias para la inserción de pacientes a redes de apoyo comunitario para la continuidad de la atención, si corresponde.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4	1. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes que requieren continuar su atención en otro establecimiento y que describe al menos lo siguiente: a) Los criterios sobre cuándo debe realizarse un traslado a otro establecimiento. b) Quién es responsable del paciente durante el traslado. c) El modo en que se transfiere la responsabilidad entre establecimientos, si corresponde. d) Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.	**4**		HOSP	1. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes a otro establecimiento para estudio o valoración y describe, al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito. a) Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento.b) Quién es responsable del paciente durante el traslado.c) El modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde.d) Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.	**4**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4				HOSP	2. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4				HOSP	3. La organización define un proceso que guía el traslado de los pacientes para continuar su atención en otro establecimiento, y describe, al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito. 4 a) Los criterios sobre cuándo es adecuado un traslado a otro establecimiento. b) Quién es responsable del paciente durante el traslado. c) El modo en que se transfiere la responsabilidad entre proveedores y unidades de atención, si corresponde. d) Qué debe hacerse cuando no es posible un traslado a otro establecimiento.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4	2. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.	**7**		HOSP	4. La práctica es consistente con lo que ha definido la organización.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.1	1. La organización se asegura que el establecimiento receptor puede atender las necesidades del paciente que será trasladado y/o referido.	**7**		HOSP	1. La organización se asegura que el establecimiento receptor puede atender las necesidades del paciente que será trasladado y/o referido.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.1	2. Existen convenios formales o informales implementados con	**5**		HOSP	2. Existen convenios formales o informales implementados con	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			establecimientos receptores cuando los pacientes son trasladados o referidos con cierta frecuencia.				establecimientos receptores cuando los pacientes son trasladados o referidos con cierta frecuencia.	
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.1	3. Existen listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes.	**5**		HOSP	3. Existen listados vigentes de opciones para trasladar y/o referir a los pacientes.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.2	1. La información del paciente se transfiere al establecimiento receptor.	**3**		HOSP	1. La información del paciente se transfiere al establecimiento receptor.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.2	2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.	**3**		HOSP	2. El resumen clínico incluye el estado del paciente.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.2	3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.	**3**		HOSP	3. El resumen clínico incluye los procedimientos y demás intervenciones proporcionadas.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.2	4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.	**3**		HOSP	4. El resumen clínico incluye las necesidades de atención continua del paciente.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.3	1. Las competencias del personal responsable del traslado son adecuadas para el estado del paciente.	**3**		HOSP	1. Las competencias del personal responsable del traslado son adecuadas para el estado del paciente.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.3	2. Si corresponde, los pacientes son monitorizados continuamente durante un traslado.	**3**		HOSP	2. Si corresponde, los pacientes son monitorizados continuamente durante un traslado.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	1. Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contrarreferencia.	**3**		HOSP	1. Un médico autorizado realiza la nota de referencia/contrarreferencia.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2. La nota de referencia/contrarreferencia incluye lo siguiente:	**3**		HOSP	2. La nota de referencia/contrarreferencia incluye lo siguiente:	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.1. Los dos datos de identificación del Paciente.	**3**		HOSP	2.1. Los dos datos de identificación del Paciente.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.2. Establecimiento que envía.	**3**		HOSP	2.2. Establecimiento que envía.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.3. Establecimiento que recibe.	**3**		HOSP	2.3. Establecimiento que recibe.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.4. Resumen Clínico.	**3**		HOSP	2.4. Resumen Clínico, que incluya como mínimo:	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.4.1. Motivo de la referencia.	**3**		HOSP	2.4.1. Motivo de la referencia.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.4.2. Impresión Diagnóstica.	**3**		HOSP	2.4.2. Impresión Diagnóstica.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.4.3. Terapéutica empleada, si la hubo.	**3**		HOSP	2.4.3. Terapéutica empleada, si la hubo.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.6. Fecha y Hora.	**3**		HOSP	2.5. Fecha y Hora.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	2.7. Nombre y firma de quien refiere.	**3**		HOSP	2.6. Nombre y firma de quien refiere.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	3. La nota de referencia/contrarreferencia se integra en el expediente clínico.	**3**		HOSP	3. La nota de referencia/contrarreferencia se integra en el expediente clínico.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4. El Resumen Clínico de las Unidades de Hemodiálisis además incluye:	**3**		HOSP	4. El Resumen Clínico del servicio de Hemodiálisis incluye:	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.1. Diagnóstico Nefrológico.	**3**		HOSP	4.1. Diagnóstico Nefrológico.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.	**3**		HOSP	4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.3. Tiempo en el programa de hemodiálisis.	**3**		HOSP	4.3. Tiempo en el programa de hemodiálisis.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.4. Tipo de acceso vascular.	**3**		HOSP	4.4. Tipo de acceso vascular.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.5. funcionalidad del acceso vascular.	**3**		HOSP	4.5. Funcionalidad del acceso vascular.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.6. Superficie del dializador.	**3**		HOSP	4.6. Superficie del dializador.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.7. Si se encuentra incluido en el programa de reúso.	**3**		HOSP	4.7. Si se encuentra incluido en el programa de reúso.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.8. Peso seco actual.	**3**		HOSP	4.8. Peso seco actual.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.9. Ganancia promedio Interdialítica.	**3**		HOSP	4.9. Ganancia promedio Interdialítica.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.10. Alergias.	**3**		HOSP	4.10. Alergias.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.11. Problemas durante el tratamiento.	**3**		HOSP	4.11. Problemas durante el tratamiento.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.12. Cinética de la urea.	**3**		HOSP	4.12. Cinética de la urea.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.4.4	4.13. Serología Viral.	**3**		HOSP	4.13. Serología Viral.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.5	1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	**5**		HOSP	1. El proceso de referencia de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.5	2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	**5**		HOSP	2. El proceso de traslado de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.5				HOSP	3. El proceso de alta de pacientes tiene en cuenta las necesidades de transporte.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.5	3. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.	**7**		HOSP	4. El transporte se adecua a las necesidades del paciente.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.5	4. Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia. 4	**5**		HOSP	5. Se cuenta con un listado actualizado de servicios de ambulancia. 4	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6	1. Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.	**3**		HOSP	1. Las ambulancias cuentan con el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para satisfacer las necesidades de los pacientes durante el traslado.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6	2. Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	3. Las ambulancias cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6.1	1. La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos, tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.	**5**		HOSP	1. La organización define qué aspectos relacionados con los Sistemas Críticos, tomará en cuenta para la prestación del servicio de ambulancias.	**5**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6.1	2. La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.	**7**		HOSP	2. La organización supervisa la calidad y seguridad de los servicios de ambulancias, lo cual incluye el tiempo de respuesta, la atención al paciente y la posible respuesta a quejas relacionadas con los servicios.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6.1	3. Cuando el servicio es subrogado se integran como parte de la supervisión y control, al menos, los siguientes puntos:	**7**		HOSP	3. Cuando el servicio es subrogado se integran como parte de la supervisión y control, al menos, los siguientes puntos:	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6.1	3.1. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.	**7**		HOSP	3.1. Cumplimiento de la legislación aplicable vigente.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6.1	3.2. Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos.	**7**		HOSP	3.2. Integración de aspectos relacionados con los Sistemas Críticos.	**7**
AMB	CONTINUIDAD	ACC.6.1	3.3. Evaluación del tiempo de respuesta.	**7**		HOSP	3.3 Evaluación del tiempo de respuesta.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.1	1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para implementar procesos que respaldan y protegen los derechos de los pacientes y sus familiares.	**3**		HOSP	1. Los líderes de la organización trabajan en colaboración para respaldar y proteger los derechos de los pacientes y sus familiares.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1	2. La organización define procesos para promover y respetar los derechos de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso de atención.	**4**		HOSP	2. La organización define procesos para promover y respetar los derechos de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso de atención.	**4**
AMB	DERECHOS	PFR.1	3. La organización respeta el derecho de los pacientes y de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.	**3**		HOSP	3. La organización respeta el derecho de los pacientes y de sus familiares, de determinar qué información sobre su atención podrá ser proporcionada a la familia o a terceros, y bajo qué circunstancias.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1	4. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	4. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.1.1	1. Como parte del Proceso de Evaluación Inicial, se evalúan los valores, costumbres y creencias a los pacientes.	**7**		HOSP	1. Como parte del Proceso de Evaluación Inicial, se evalúan los valores, costumbres y creencias a los pacientes.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.1.1	2. Se respetan los valores, costumbres y creencias del paciente.	**7**		HOSP	2. Se respetan los valores, costumbres y creencias del paciente.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.1.1				HOSP	3. La organización define un proceso para responder ante solicitudes vinculadas con los valores, costumbres y creencias (por ej. apoyo religioso o espiritual.)	**4**
AMB	DERECHOS	PFR.1.2	1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento.	**3**		HOSP	1. El personal identifica las expectativas y necesidades de privacidad de los pacientes durante su atención y tratamiento.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1.2	2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y traslados.	**3**		HOSP	2. Una necesidad expresa de privacidad de un paciente se respeta en todas las entrevistas clínicas, evaluaciones, procedimientos, tratamientos y traslados.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1.2	3. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.	**3**		HOSP	3. Los líderes se aseguran de establecer procesos para brindar privacidad adicional a los pacientes que así lo expresen.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.1.3	1. La organización define un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso para el resguardo y protección de las pertenencias de los pacientes.	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.1.3	2. Los pacientes reciben información sobre el proceso.	**3**		HOSP	2. Los pacientes reciben información sobre el proceso.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1.3	3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1.4	1. La organización ha definido un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para proteger a los pacientes contra las agresiones.	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.1.4	2. El proceso se ocupa de pacientes pediátricos, adultos mayores, pacientes psiquiátricos o que presentan estados de agresividad o violencia y demás personas que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas	**3**		HOSP	2. El proceso se ocupa de pacientes pediátricos, adultos mayores, pacientes psiquiátricos, pacientes que presentan estados de agresividad o violencia y demás personas que no tengan la capacidad de protegerse a sí mismas.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1.4	3. La organización ha definido un proceso para las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.	**4**		HOSP	3. La organización ha definido un proceso para las acciones a seguir al detectar que un paciente o familiar ha sido o está siendo sujeto a maltrato o agresión.	**4**
AMB	DERECHOS	PFR.1.4	4. Se investiga a las personas sin identificación.	**7**		HOSP	4. Se investiga a las personas sin identificación.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.1.4	5. Se monitorizan las áreas identificadas como prioritarias por la organización.	**7**		HOSP	5. Se monitorizan las áreas identificadas como prioritarias por la organización.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.1.5	1. La organización analiza e identifica de acuerdo a su población, condición clínica o momentos en el proceso de atención a aquellos pacientes que se les considerará en condición de vulnerabilidad.	**5**		HOSP	1. La organización analiza e identifica de acuerdo a su población, condición clínica o momentos en el proceso de atención a aquellos pacientes que se les considerará en condición de vulnerabilidad.	**5**
AMB	DERECHOS	PFR.1.5	2. La organización define mecanismos de protección adicional a pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo a su contexto y recursos.	**5**		HOSP	2. La organización define mecanismos de protección adicional a pacientes en condición de vulnerabilidad, de acuerdo a su contexto y recursos.	**5**
AMB	DERECHOS	PFR.1.5	3. Los mecanismos de protección adicional definidos por la organización están implementados.	**7**		HOSP	3. Los mecanismos de protección adicional definidos por la organización están implementados.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.1.6	1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantiene la confidencialidad de su información conforme a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	1. Se informa a los pacientes sobre la forma en que se mantiene la confidencialidad de su información conforme a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.1.6	2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información	**3**		HOSP	2. A los pacientes que estén de acuerdo, se les solicita que otorguen su autorización para la divulgación de información	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			no cubierta por la legislación aplicable vigente.				no cubierta por la legislación aplicable vigente.	
AMB	DERECHOS	PFR.1.6	3. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.	**3**		HOSP	3. La organización clasifica y respeta como confidencial la información médica del paciente.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2	1. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	**7**		HOSP	1. La organización respalda y promueve la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.2	2. El personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	**7**		HOSP	2. El personal recibe capacitación sobre su rol en el respaldo de la participación del paciente y su familia en los procesos de atención.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.2.1	1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo les informarán sobre el estado de salud y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado.	**3**		HOSP	1. Los pacientes y sus familiares entienden cómo, cuándo y quienes les informarán sobre el estado de salud y todo diagnóstico confirmado, cuando sea adecuado.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.1	2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planeados.	**3**		HOSP	2. Los pacientes y sus familiares entienden cómo y cuándo se les informará de la atención y el o los tratamientos planeados.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.2.1	3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.	**3**		HOSP	3. Los pacientes y sus familiares entienden cuándo debe de ser solicitado un consentimiento informado y el proceso para otorgarlo.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.1	4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen.	**3**		HOSP	4. Los pacientes y sus familiares entienden su derecho a participar en las decisiones de atención en la medida que lo deseen.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.1	5. Los pacientes y sus familiares entienden quién les hablará de los diagnósticos confirmados, los resultados sobre la atención y el tratamiento propuesto, así como cualquier resultado imprevisto.	**3**		HOSP		
AMB	DERECHOS	PFR.2.1	6. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados e imprevistos de su atención y tratamiento, siendo comprendidos por ellos.	**3**		HOSP	5. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados e imprevistos de su atención y tratamiento, siendo comprendidos por ellos.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.2	1. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.	**3**		HOSP	1. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre su derecho a rehusarse a recibir tratamiento o a suspenderlo.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.2	2. La organización informa a los pacientes sobre las	**3**		HOSP	2. La organización informa a los pacientes sobre las	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			consecuencias de sus decisiones.				consecuencias de sus decisiones.	
AMB	DERECHOS	PFR.2.2	3. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.	**3**		HOSP	3. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre sus responsabilidades relacionadas con dichas decisiones.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.2	4. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.	**3**		HOSP	4. La organización informa a los pacientes y sus familiares sobre la atención disponible y las alternativas de tratamiento.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.2	5. Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.	**3**		HOSP	5. Se registra en el expediente clínico la decisión sobre el rechazo o suspensión del tratamiento.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.2	6. Si corresponde, se define un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.	**2**		HOSP	6. Si corresponde, se define un proceso para actuar ante la negativa de un paciente o representante legal a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida.	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.2.3	1. La organización respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.	**3**		HOSP	1. La organización respeta y respalda el derecho del paciente a obtener la evaluación y el manejo del dolor adecuados.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.2.3	2. El personal comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja acorde a los procesos definidos por la organización.	**3**		HOSP	2. El personal comprende las influencias personales, culturales y sociales sobre el derecho del paciente a manifestar el dolor, lo evalúa y maneja acorde a los procesos definidos por la organización.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.4	1. La organización reconoce que los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas.	**3**		HOSP	1. La organización reconoce que los pacientes en etapa terminal tienen necesidades únicas.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.4	2. El personal respeta el derecho que tienen los pacientes en etapa terminal, a que dichas necesidades sean atendidas durante el proceso de atención.	**3**		HOSP	2. El personal respeta el derecho que tienen los pacientes en etapa terminal, a que dichas necesidades sean atendidas durante el proceso de atención.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.2.4	3. La organización brinda servicios de apoyo que dan respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y sus familiares.	**3**		HOSP	3. La organización brinda servicios de apoyo que dan respuesta a las inquietudes psicológicas, sociales, emocionales, religiosas y culturales del paciente y sus familiares.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.3	1. Se informa a los pacientes sobre el proceso para expresar quejas, conflictos y diferencias de opinión.	**3**		HOSP	1. Se informa a los pacientes sobre el proceso para expresar quejas, conflictos y diferencias de opinión.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.3	2. La organización investiga las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión.	**3**		HOSP	2. El hospital investiga las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.3	3. Se da seguimiento y de ser posible se resuelven las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención.	**3**		HOSP	3. Se da seguimiento y de ser posible se resuelven las quejas, los conflictos y las diferencias de opinión que surgen durante el proceso de atención.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.3	4. Los pacientes y las familias participan en el proceso de resolución de quejas, conflictos y diferencias de opinión, cuando sea posible.	**3**		HOSP	4. Los pacientes y las familias participan en el proceso de resolución de quejas, conflictos y diferencias de opinión, cuando sea posible.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.4	1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.	**3**		HOSP	1. El personal comprende su rol en la identificación de los valores y creencias de los pacientes y sus familias y el modo de respetarlos en el proceso de atención.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.4	2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.	**3**		HOSP	2. El personal comprende su rol en la protección de los derechos del paciente y su familia.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.5	1. La organización ha definido un proceso para informar a los pacientes y sus familias acerca de sus derechos.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para informar a todos los pacientes y sus familias acerca de sus derechos.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.5	2. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada. 4	**2**		HOSP	2. La organización cuenta con un proceso para informar a los pacientes sobre sus derechos cuando la comunicación no resulta efectiva o adecuada.	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.5	3. A cada paciente se le brinda información sobre sus derechos.	**3**		HOSP	3. A cada paciente se le brinda información sobre sus derechos.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.5	4. La organización cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles.	**3**		HOSP	4. La organización cuenta con la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes y se encuentra accesible al público en general en un formato e idioma comprensibles.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.5	5. La organización cuenta con un proceso para evaluar que la atención médica se efectúe sustentada en el trato digno al paciente y su familia.	**3**		HOSP	5. La organización cuenta con un proceso para evaluar que la atención médica se efectúe sustentada en el trato digno al paciente y su familia.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6	1. La organización define un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente. 4	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso para obtener un consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente. 4	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.6	2. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme al proceso definido.	**3**		HOSP	2. Los pacientes otorgan su consentimiento informado conforme al proceso definido.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.6	3. Se capacita al personal para la obtención de consentimientos informados.	**3**		HOSP	3. Se capacita al personal para la obtención de consentimientos informados.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.	**3**		HOSP	1. Se informa a los pacientes sobre su estado de salud.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	2. Se informa a los pacientes sobre el (los) procedimiento(s) y tratamiento(s) propuesto(s) y el personal autorizado a realizarlos.	**3**		HOSP	2. Se informa a los pacientes sobre los procedimientos y tratamientos propuestos, y el personal autorizado a realizarlos.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del (los) tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.	**3**		HOSP	3. Se informa a los pacientes acerca de los beneficios e inconvenientes potenciales del (los) tratamiento(s) propuesto(s), y los posibles problemas relacionados con la recuperación.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al (los) tratamiento(s) propuesto(s) y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.	**3**		HOSP	4. Se informa a los pacientes acerca de posibles alternativas al (los) tratamiento(s) propuesto(s) y los posibles resultados de no someterse al tratamiento.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del (los) procedimiento(s)/tratamiento(s) propuesto(s).	**3**		HOSP	5. Se informa a los pacientes acerca de la probabilidad de éxito del (los) procedimiento(s)/tratamiento(s) propuesto(s).	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	6. Los pacientes conocen la identidad del (los) médico(s) u	**3**		HOSP	6. Los pacientes conocen la identidad del (los) médico(s) u	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			otro(s) facultativo(s) responsable(s) de su atención.				otro(s) facultativo(s) responsable(s) de su atención.	
AMB	DERECHOS	PFR.6.1	7. En la carta de Consentimiento Informado se documenta el acto autorizado, los riesgos, beneficios y posibles alternativas.	**3**		HOSP	7. En la carta de Consentimiento Informado se documenta el acto autorizado, los riesgos, beneficios y posibles alternativas.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.2	1. La organización define un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso para aquellos casos en que terceros pueden otorgar el consentimiento informado.	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.6.2	2. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	2. El proceso toma en cuenta la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.2	3. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.	**3**		HOSP	3. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.3	1. Se informa a los pacientes y/o sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento de ingreso/admisión.	**3**		HOSP	1. Se informa a los pacientes y/o sus familiares en cuanto al alcance de un consentimiento de ingreso/admisión.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.3	2. Se obtiene un consentimiento informado de ingreso/admisión, si corresponde.	**3**		HOSP	2. Se obtiene un consentimiento informado de ingreso/admisión.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.3	3. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento de	**3**		HOSP	3. El establecimiento ha definido cómo se documenta un consentimiento de	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			ingreso/admisión en el expediente clínico.				ingreso/admisión en el expediente clínico.	
AMB	DERECHOS	PFR.6.3	4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.	**3**		HOSP	4. El consentimiento informado debidamente firmado se integra al expediente clínico.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.3	5. Si corresponde, en el consentimiento informado de ingreso/admisión se documenta la participación de personal en formación durante los procesos de atención.	**3**		HOSP	5. Si corresponde, en el consentimiento informado de ingreso/admisión se documenta la participación de personal en formación durante los procesos de atención.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	1. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar procedimientos quirúrgicos.	**3**		HOSP	1. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar procedimientos quirúrgicos.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	2. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar anestesia.	**3**		HOSP	2. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar anestesia.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	3. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar sedación.	**3**		HOSP	3. Se obtiene el consentimiento informado antes de administrar sedación.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	4. Se obtiene el consentimiento informado antes de transfundir sangre y hemocomponentes.	**3**		HOSP	4. Se obtiene el consentimiento informado antes de transfundir sangre y hemocomponentes.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	5. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar otros procedimientos y tratamientos que la organización ha definido como de alto riesgo.	**3**		HOSP	5. Se obtiene el consentimiento informado antes de realizar otros procedimientos y tratamientos que la organización ha definido como de alto riesgo.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	6. Se obtienen los consentimientos informados que solicita la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	6. Se obtienen los consentimientos informados que solicita la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	7. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	7. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4	8. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.	**3**		HOSP	8. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4.1	1. La organización analiza e identifica en qué situaciones será necesario obtener un consentimiento informado especial.	**2**		HOSP	1. La organización analiza e identifica en qué situaciones será necesario obtener un consentimiento informado especial.	**2**
AMB	DERECHOS	PFR.6.4.1	2. Se obtienen los consentimientos informados especiales cuando corresponda.	**3**		HOSP	2. Se obtienen los consentimientos informados especiales cuando corresponda.	**3**
AMB	DERECHOS	PFR.7				HOSP	1. Se identifica a los pacientes y familiares adecuados y se les informa sobre cómo acceder a investigaciones clínicas	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							relevantes para sus necesidades de tratamiento.	
AMB	DERECHOS	PFR.7				HOSP	2. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los beneficios esperados.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.7				HOSP	3. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre posibles molestias y riesgos.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.7				HOSP	4. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre alternativas que también pueden serles de ayuda.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.7				HOSP	5. Los pacientes a quienes se solicita la participación reciben información sobre los procedimientos que deben seguirse.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.7				HOSP	6. Se informa a los pacientes que, en caso de rehusarse a participar o abandonar la investigación clínica, su acceso al hospital no se verá comprometido.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.8				HOSP	1. Cuando un paciente decide participar en investigaciones clínicas, se	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							obtiene un consentimiento informado.	
AMB	DERECHOS	PFR.8				HOSP	2. Se documenta el consentimiento informado acorde a la legislación aplicable vigente.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.8				HOSP	3. El consentimiento informado se integra al expediente clínico.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	1. La organización cuenta con un Comité de Ética en Investigación conformado según la legislación aplicable vigente.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	2. El Comité de Ética en Investigación es responsable de:	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	2.1. Evaluar, dictaminar y supervisar los protocolos de investigación en seres humanos.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	2.2. Formular las recomendaciones de carácter ético, que correspondan.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	2.3. Elaborar lineamientos y guías éticas institucionales para la investigación en salud.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	2.4. Definir y llevar a cabo un proceso para sopesar los riesgos y beneficios para los pacientes y los procesos relacionados con la confidencialidad y la seguridad de la información de la investigación.	**7**
AMB	DERECHOS	PFR.9				HOSP	3. La investigación que así lo requiera, cuenta con las autorizaciones correspondientes de la COFEPRIS.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el paciente ambulatorio que describe, al menos, lo siguiente:	**4**		HOSP	1. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el **paciente hospitalizado** que describe, al menos, lo siguiente:	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.1. Los elementos o criterios por evaluar.	**4**		HOSP	1.1. Los elementos o criterios por evaluar.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.	**4**		HOSP	1.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.	**4**		HOSP	1.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.4. El lugar donde se documenta.	**4**		HOSP	1.4. El lugar donde se documenta.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.5. El momento de la primera evaluación.	**4**		HOSP	1.5. El momento de la primera evaluación.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.6. La periodicidad de las revaluaciones.	**4**		HOSP	1.6. La periodicidad de las revaluaciones.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	1.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.	**4**		HOSP	1.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1	2. La práctica es consistente con el proceso definido por la organización.	**7**		HOSP		**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2. Se ha definido un proceso de evaluación inicial para el **paciente de servicio ambulatorio hospitalario** que describe, al menos, lo siguiente:	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.1. Los elementos o criterios por evaluar.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.2. Los profesionales de la salud que realizarán estas evaluaciones.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.3. Las competencias específicas del personal que realiza la evaluación.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.4. El lugar donde se documenta.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.5. El momento de la primera evaluación.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.6. La periodicidad de las revaluaciones.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	2.7. Las poblaciones de pacientes y situaciones especiales para las cuales se personaliza el proceso de evaluación inicial.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1				HOSP	3. La práctica es consistente con el proceso definido por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	1. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada **paciente hospitalizado**.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2. El proceso de evaluación inicial del paciente hospitalizado incluye, al menos, los siguientes elementos:	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.1. Historia Clínica.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.2. Evaluación de enfermería.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.3. Evaluación del riesgo de lesiones en la piel por presión.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.4. Evaluación del dolor.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.5. Evaluación del riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en pacientes adultos.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.6. Evaluación del riesgo de caídas.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.7. Factores de riesgo social.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.8. Valores, costumbres y creencias.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.9. Factores de riesgo psicológicos.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.10. Evaluación nutricional.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.11. Criterios para identificar a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.12. Criterios para identificar a los pacientes que requieren una planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas de la hospitalización).	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.13. Barreras que dificultan el aprendizaje.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1				HOSP	2.14. Necesidades específicas de educación.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1	1. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente ambulatorio.	**7**		HOSP	3. El proceso de evaluación inicial se lleva a cabo en cada paciente ambulatorio.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1	2. El proceso de evaluación inicial del paciente ambulatorio incluye, al menos, los siguientes elementos:	**7**		HOSP	4. El proceso de evaluación inicial del **paciente de servicio ambulatorio hospitalario** incluye, al menos, los siguientes elementos:	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1	2.1. Historia Clínica.	**7**		HOSP	4.1. Historia Clínica, si corresponde.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1	2.2. Evaluación de enfermería, si corresponde.	**7**		HOSP	4.2. Evaluación de enfermería, si corresponde.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1	2.3. Evaluación del dolor.	**7**		HOSP	4.3. Evaluación del dolor, si corresponde.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.1.1	2.4. Evaluación del riesgo de caídas.	**7**		HOSP	4.4. Evaluación del riesgo de caídas.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2	1. A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**		HOSP	1. A cada paciente se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2	2. La historia clínica contiene, al menos, los incisos del a) al i) definidos en el propósito: a) Interrogatorio.b) Exploración física.c) Factores de Riesgo Social (AOP.5).d) Valores, Creencias y Costumbres (AOP.6).e) Factores de Riesgo Psicológico (AOP.7).f) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.g) Diagnósticos o problemas clínicos.h) Pronóstico.i) Indicación terapéutica.	**3**		HOSP	2. La historia clínica contiene, al menos, los incisos del a) hasta el f) definidos en el propósito. a) Interrogatorio.b) Exploración física.c) Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros.d) Diagnósticos o problemas clínicos.e) Pronóstico.f) Indicación terapéutica.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2	3. Se completa la historia clínica en el marco de tiempo definido por la organización.	**3**		HOSP	3. Se completa la historia clínica en las primeras 24 horas de hospitalización.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2	4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.	**3**		HOSP	4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2	5. Un médico y/o personal médico en formación supervisado realiza la historia clínica de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**		HOSP	5. Un médico y/o personal médico en formación supervisado realiza la historia clínica de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2				HOSP	6. Se personaliza la historia clínica en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2	6. Para las unidades de Hemodiálisis se consideran además, los estudios de laboratorio y gabinete referidos en los incisos del j) al p) definidos en el propósito.j) Serología Viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).k) Biometría Hemática completa.l)	**3**		HOSP	7. Para los servicios de Hemodiálisis Hospitalarios se consideran además, los estudios de laboratorio y gabinete referidos en los incisos del g) al m) definidos en el propósitog) Serología Viral: Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti-HVC).h) Biometría Hemática	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			Electrolitos séricos (Na, K, Cl).m) Química sanguínea de tres elementos (glucosa, Urea y Creatinina).n) Depuración de creatinina (si corresponde si el paciente ya se le realizó tratamiento de Hemodiálisis antes de su primer contacto con la organización, o se define el tiempo máximo para contar con este estudio para el paciente).o) Radiografía de tórax.p) Electrocardiograma.				completa.i) Electrolitos séricos (Na, K, Cl).j) Química sanguínea de tres elementos (glucosa, Urea y Creatinina).k) Depuración de creatinina (si corresponde si el paciente ya se le realizó tratamiento de Hemodiálisis antes de su primer contacto con la organización, o se define el tiempo máximo para contar con este estudio para el paciente).l) Radiografía de tórax.m) Electrocardiograma.	
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2.1				HOSP	1. La organización define para cada ámbito de atención ambulatoria el alcance, la periodicidad y el contenido de la historia clínica.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2.1				HOSP	2. A cada paciente ambulatorio se le realiza una historia clínica como parte del proceso de evaluación inicial.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2.1				HOSP	3. Se completa la historia clínica en el marco de tiempo definido por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2.1				HOSP	4. La historia clínica se documenta y se integra al expediente clínico.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2.1				HOSP	5. Los profesionales de la salud realizan la historia clínica de acuerdo a las funciones específicas que les han asignado.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.2.1				HOSP	6. Se personaliza la historia clínica en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.3	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de enfermería.	**2**		HOSP	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de enfermería.	**2**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.3	2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**		HOSP	2. A cada paciente se le realiza una evaluación de enfermería como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.3				HOSP	3. Se completa la evaluación de enfermería en las primeras 24 horas de hospitalización.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.3				HOSP	4. La evaluación de enfermería para los pacientes ambulatorios hospitalarios se realiza en el marco de tiempo definido por la organización.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.3	3. El personal de enfermería realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**		HOSP	5. El personal de enfermería realiza esta evaluación de acuerdo con las funciones específicas que se le han asignado.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.3	4. La evaluación de enfermería se documenta en el expediente clínico.	**3**		HOSP	6. La evaluación de enfermería se documenta en el expediente clínico.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	1. Se ha definido un proceso para evaluar y reevaluar el riesgo de presentar lesiones en la piel por presión en todos los pacientes hospitalizados. 4	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	2. Se ha definido una o varias herramientas para evaluar el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión, acorde a la población y características clínicas del paciente de manera estandarizada.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	3. El establecimiento determinó qué personal tiene la función de la evaluación y reevaluación del riesgo de presentar lesiones en la piel por presión.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	4. Se evalúa el riesgo de desarrollar lesiones en la piel por presión como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	5. Se reevalúa a los pacientes al menos cada 24 horas o cuando cambia el estado fisiológico del paciente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	6. Como resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de presentar lesiones en la piel por presión, se implementan las medidas necesarias de acuerdo al riesgo identificado.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	7. Se educa y se involucra al paciente y su familia respecto a las medidas de prevención para desarrollar lesiones en la piel por presión.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.4				HOSP	8. Se documenta en el expediente clínico el resultado de la evaluación y reevaluación del riesgo de presentar lesiones en la piel por presión.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	1. La organización define el uso estandarizado de una o varias herramientas para la evaluación del dolor, acorde a la población y características clínicas del paciente.	**2**		HOSP	1. La organización define el uso estandarizado de una o varias herramientas para la evaluación del dolor, acorde a la población y características clínicas del paciente.	**2**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	2. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto clínico del paciente con la organización.	**3**		HOSP	2. La evaluación del dolor se realiza en el primer contacto clínico del paciente con la organización.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5				HOSP	3. En pacientes hospitalizados, se evalúa el	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							dolor como parte de la evaluación inicial.	
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5				HOSP	4. En pacientes hospitalizados, se evalúa el dolor, al menos, una vez por turno.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5				HOSP	5. Si corresponde, se evalúa el dolor a los pacientes ambulatorios.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	3. En los pacientes que presentan dolor la evaluación considera la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).	**3**		HOSP	6. En los pacientes que presentan dolor la evaluación considera la intensidad y características del dolor (frecuencia, localización y duración).	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	4. La evaluación se registra de modo tal que facilite la revaluación y el seguimiento.	**3**		HOSP	7. La evaluación se registra de modo tal que facilite la reevaluación y el seguimiento periódicos conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	5. Esta evaluación la realiza el personal clínico definido por la organización de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**		HOSP	8. Esta evaluación la realiza el personal clínico definido por la organización de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	6. La evaluación del dolor se documenta en el expediente clínico.	**3**		HOSP	9. La evaluación del dolor se documenta en el expediente clínico.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.5	7. La revaluación del dolor se documenta en el expediente clínico, si corresponde, en el marco de tiempo que la organización defina.	**3**		HOSP		
AMB	EVALUACIÓN	AOP.6				HOSP	1. Se han definido el proceso y/o las herramientas o criterios necesarios para determinar el riesgo a desarrollar enfermedad tromboembólica venosa.4	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.6				HOSP	2. El riesgo de Enfermedad Tromboembólica Venosa se evalúa a través de una o varias herramientas.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.6				HOSP	3. Se completa la evaluación de riesgo de enfermedad tromboembólica venosa en las primeras 24 horas de hospitalización como parte de la evaluación inicial.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.6				HOSP	4. Registrarse de modo tal que facilite el seguimiento periódico conforme a los criterios establecidos por la organización y a las necesidades del paciente.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.6				HOSP	5. Esta evaluación es realizada por personal clínico de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado conforme a lo definido en el Sistema de Competencias y Capacitación del Personal.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo.	**4**		HOSP	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación social para identificar los factores de riesgo.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7				HOSP	2. Si corresponde, se personaliza la evaluación de factores de riesgo social en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7	2. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo social como parte de la Historia Clínica.	**7**		HOSP	3. A cada paciente se le realiza una evaluación de factores de riesgo social como parte del proceso de evaluación inicial.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7				HOSP	4. Se completa la evaluación de factores de riesgo social en las primeras 24 horas de hospitalización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7				HOSP	5. La evaluación de factores de riesgo social se documenta en el expediente clínico.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7				HOSP	6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.7	3. Se toman en cuenta los resultados de la evaluación para planificar la atención del paciente.	**7**		HOSP		
AMB	EVALUACIÓN	AOP.8	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias.	**2**		HOSP	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de valores, costumbres y creencias.	**2**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.8	2. A cada paciente se le realiza una evaluación de valores, costumbres y creencias como parte de la Historia Clínica.	**3**		HOSP	2. A cada paciente se le realiza una evaluación de valores, costumbres y creencias como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.8				HOSP	3. Se completa la evaluación de valores, costumbres y creencias en las primeras 24 horas de hospitalización.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.8				HOSP	4. La evaluación de valores, costumbres y creencias se documenta en el expediente clínico.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.8				HOSP	5. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.8	3. Se toman en cuenta los resultados de la evaluación para planificar la atención del paciente.	**3**		HOSP		
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico.	**2**		HOSP	1. La organización define los elementos o criterios de la evaluación de factores de riesgo psicológico.	**2**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9				HOSP	2. Si corresponde, se personaliza la evaluación de factores de riesgo psicológico en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9	2. A todos los pacientes de primera vez se les realiza una evaluación psicológica de tamizaje como parte de la Historia Clínica.	**3**		HOSP	3. Al menos a cada paciente hospitalizado se le realiza una evaluación de tamizaje para identificar posibles factores de riesgo psicológico como parte del proceso de evaluación inicial.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9				HOSP	4. Se completa la evaluación de factores de riesgo psicológico en las primeras 24 horas de hospitalización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9				HOSP	5. La evaluación de factores de riesgo psicológico se documenta en el expediente clínico.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9				HOSP	6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9				HOSP	7. Se implementan las medidas correspondientes de acuerdo al riesgo de cada paciente.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.9	3. Los resultados de la evaluación se toman en cuenta para la planificación de la atención.	**7**		HOSP		
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	1. La organización define los criterios de riesgo nutricional.4	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	2. Si corresponde, se personalizan los criterios de riesgo nutricional en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	3. A cada paciente se le realiza una evaluación nutricional como parte del proceso de evaluación inicial.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	4. Se completa la evaluación nutricional en las primeras 24 horas de hospitalización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	5. Se realiza una evaluación nutricional exhaustiva a los pacientes con riesgo nutricional acorde a lo definido por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	6. Las evaluaciones se documentan en el expediente clínico.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.10				HOSP	7. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.11				HOSP	1. La organización define la forma en que será identificada la necesidad de evaluaciones especializadas adicionales, así como el o los procesos de la evaluación inicial donde se encontrará.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.11				HOSP	2. Se identifica a los pacientes que requieren evaluaciones especializadas adicionales como resultado de la evaluación inicial.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.11				HOSP	3. En los pacientes identificados, se realizan las acciones definidas por la organización (informar, derivar, referir o solicitar una interconsulta, entre otros).	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.12				HOSP	1. La organización define los criterios o características para identificar a aquellos pacientes que requieren la planeación temprana del alta (que inicie dentro de las primeras 24 horas).	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.12				HOSP	2. Si corresponde, se personalizan los criterios o características en las poblaciones de pacientes y situaciones especiales definidas por la organización.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.12				HOSP	3. En cada paciente se evalúan de manera intencionada los criterios o características definidas por la organización como parte del proceso de evaluación inicial.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.12				HOSP	4. Se identifica a estos pacientes en las primeras 24 horas de hospitalización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.12				HOSP	5. En los pacientes identificados, se realizan las acciones orientadas a planear el alta dentro de las primeras 24 horas.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.12				HOSP	6. El personal clínico busca de manera intencionada estos criterios o características de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.13				HOSP	1. Se ha definido qué elementos del proceso de evaluación inicial deben reevaluarse.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.13				HOSP	2. Se ha establecido el intervalo de tiempo para reevaluar los elementos definidos por la organización.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.13				HOSP	3. Se ha definido el personal clínico que reevaluará al paciente.	**4**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.13				HOSP	4. Se revalúa el (los) elemento(s) definido(s) en el proceso de evaluación inicial.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.13				HOSP	5. Los elementos definidos se revalúan en el tiempo establecido por la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EVALUACIÓN	AOP.13				HOSP	6. El personal clínico reevalúa de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**7**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14	1. La organización define los criterios para determinar a qué pacientes puede brindarles la atención.	**2**		HOSP	1. La organización define los criterios para determinar a qué pacientes puede brindarles la atención.	**2**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14	2. Se analizan e integran los datos e información derivados del proceso de evaluación del paciente.	**3**		HOSP	2. Se analizan e integran los datos e información derivados del proceso de evaluación del paciente.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14	3. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.	**3**		HOSP	3. Las necesidades de los pacientes se priorizan según los resultados de la evaluación.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14	4. En el proceso participa el equipo multidisciplinario de atención del paciente.	**3**		HOSP	4. En el proceso participa el equipo multidisciplinario de atención del paciente.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14	5. Se deriva o traslada a aquellos pacientes a los cuales no se les puede brindar la atención.	**3**		HOSP	5. Se deriva o traslada a aquellos pacientes a los cuales no se les puede brindar la atención.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14.1	1. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados del proceso de evaluación inicial.	**3**		HOSP	1. Se informa al paciente y a su familia sobre los resultados del proceso de evaluación inicial.	**3**
AMB	EVALUACIÓN	AOP.14.1	2. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planeados, y ellos	**3**		HOSP	2. Se informa al paciente y a su familia sobre la atención y el tratamiento planeados, y ellos	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.				participan en las decisiones sobre las necesidades prioritarias a cubrir.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	1. Los Servicios de Laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	1. Los Servicios de Laboratorio cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	2. Hay Servicios de Laboratorio adecuados y regulares para atender las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud.	**3**		HOSP	2. Hay Servicios de Laboratorio adecuados, regulares y prácticos para atender las necesidades de los pacientes y los profesionales de la salud.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	3. Hay Servicios de Laboratorio para casos de urgencia, cuando aplique.	**3**		HOSP	3. Hay Servicios de Laboratorio para casos de urgencia.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.	**4**		HOSP	4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	5. Para cada servicio subrogado se definen las especificaciones de calidad, que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) Características y condiciones de entrega del servicio. b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente. c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, por ejemplo, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos, competencias de su personal o medidas para la prevención de infecciones. d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva si corresponde, marcaje de sitio correcto si corresponde y reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**4**		HOSP	5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluyan los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) Características y condiciones de entrega del servicio. b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente. c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, por ejemplo, verificación de pruebas de funcionamiento de los equipos, competencias de su personal o medidas para la prevención de infecciones. d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, identificar correctamente a los pacientes, comunicación efectiva si corresponde, marcaje de sitio correcto si corresponde y reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta al menos una vez al año.	**7**		HOSP	6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta al menos una vez al año.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1	7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.	**7**		HOSP	7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	1. Se ha implementado procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente:	**2**		HOSP	1. Se han implementado procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye lo siguiente:	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	1.1. Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.	**2**		HOSP	1.1. Manipulación y desecho de materiales, sustancias y residuos infecciosos y peligrosos.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	1.2. Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.	**2**		HOSP	1.2. Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas del laboratorio y los peligros identificados.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	1.3. Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.	**2**		HOSP	1.3. Orientación y/o capacitación de todo el personal del laboratorio en lo referente a procedimientos y prácticas de seguridad.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	1.4. Aplicación de las pruebas.	**2**		HOSP	1.4. Aplicación de las pruebas.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	1.5. Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.	**2**		HOSP	1.5. Educación dentro del servicio para nuevos procedimientos y materiales peligrosos adquiridos o reconocidos.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	2. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.	**3**		HOSP	2. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	3. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.	**3**		HOSP	3. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	4. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.	**3**		HOSP	4. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Laboratorio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	5. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.	**3**		HOSP	5. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	6. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.	**3**		HOSP	6. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas de laboratorio y los peligros encontrados.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	7. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a lo definido en el Programa.	**3**		HOSP	7. La manipulación y el desecho de materiales infecciosos y peligrosos se realiza conforme a lo definido en los procesos.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.	**3**		HOSP	8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.1	9. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe capacitación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.	**3**		HOSP	9. El personal de los Servicios de Laboratorio recibe capacitación sobre los nuevos procedimientos y materiales peligrosos recién adquiridos o reconocidos.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.2	1. Se identifica al personal que realiza los análisis y al que los dirige o supervisa.	**3**		HOSP	1. Se identifica al personal que realiza los análisis y al que los dirige o supervisa.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.2	2. Los análisis son realizados por personal con las competencias necesarias.	**3**		HOSP	2. Los análisis son realizados por personal con las competencias necesarias.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.2	3. Los análisis son interpretados por el personal con las competencias necesarias.	**3**		HOSP	3. Los análisis son interpretados por el personal con las competencias necesarias.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.2	4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.	**7**		HOSP	4. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.2	5. El personal de supervisión cuenta con las competencias necesarias.	**3**		HOSP	5. El personal de supervisión cuenta con las competencias necesarias.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3	1. La organización ha definido el tiempo esperado para los resultados.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido el tiempo esperado para los resultados.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3	2. Se monitoriza la puntualidad del informe de los análisis urgentes, si aplica.	**3**		HOSP	2. Se monitoriza la puntualidad del informe de los análisis urgentes.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3	3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.	**3**		HOSP	3. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3	4. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	**3**		HOSP	4. Los resultados de los Servicios de Laboratorio se documentan en un reporte que incluye: los rangos o parámetros de referencia, nombre y firma del responsable, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3.1	1. Las solicitudes para realizar análisis de laboratorio contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**		HOSP	1. Las solicitudes para realizar análisis de laboratorio contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3.1	2. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los	**3**		HOSP	2. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			dos datos de identificación definidos por la organización.				dos datos de identificación definidos por la organización.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3.1	3. Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**		HOSP	3. Los resultados de los análisis de laboratorio se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.3.1	4. Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.	**3**		HOSP	4. Cuando los resultados de laboratorio se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.4	1. Se ha definido un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Laboratorio e incluye al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.b) La selección y adquisición de todo el equipo.c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento	**2**		HOSP	1. Se ha definido un Programa de Gestión del equipo Biomédico en los Servicios de Laboratorio que, al menos, incluye los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito. a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.b) La selección y adquisición de todo el equipo.c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			(preventivo y correctivo).d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.e) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.				(preventivo y correctivo).d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.e) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.4	2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).	**2**		HOSP	2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.4	3. El programa está implementado en todos los Servicios de Laboratorio.	**3**		HOSP	3. El programa está implementado en todos los Servicios de Laboratorio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.4	4. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.	**3**		HOSP	4. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.5	1. La organización ha definido un proceso para que estén disponibles los suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para que estén disponibles los suministros necesarios para los Servicios de Laboratorio. 4	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.5	2. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.	**3**		HOSP	1. Los reactivos y suministros esenciales están identificados.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.5	3. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.	**3**		HOSP	2. Los reactivos y suministros esenciales están disponibles.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.5	4. Todos los reactivos se guardan y se dispensan acorde a los procesos definidos por la organización.	**3**		HOSP	3. Todos los reactivos se guardan y se dispensan acorde a los procesos definidos por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.5	5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.	**3**		HOSP	4. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los reactivos.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.5	6. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa acorde a lo definido por la organización	**3**		HOSP	5. Todos los reactivos y soluciones están etiquetados en forma exacta y completa acorde a lo definido por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.6	1. Se han definido procesos que guían la solicitud de análisis.	**2**		HOSP	1. Se han definido procesos que guían la solicitud de análisis.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.6	2. Se han definido procesos que guían la recolección e identificación de muestras. 4	**2**		HOSP	2. Se han definido procesos que guían la recolección e identificación de muestras. 4	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.6	3. Se han definido procesos que guían el transporte,	**2**		HOSP	3. Se han definido procesos que guían el transporte,	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			almacenamiento y conservación de muestras.				almacenamiento y conservación de muestras.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.6	4. Se han definido procesos que guían la recepción y rastreo de muestras.	**2**		HOSP	4. Se han definido procesos que guían la recepción y rastreo de muestras.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.6	5. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Laboratorio.	**3**		HOSP	5. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Laboratorio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.6	6. Se supervisan los procesos cuando se emplean servicios subrogados.	**7**		HOSP	6. Se supervisan los procesos cuando se emplean servicios subrogados.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.7	1. Se han establecido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.	**3**		HOSP	1. Se han establecido rangos o parámetros de referencia para cada análisis realizado.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.7	2. Los rangos o parámetros se incluyen en el informe de resultados del análisis realizado.	**3**		HOSP	2. Los rangos o parámetros se incluyen en el informe de resultados del análisis realizado.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.7	3. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.	**3**		HOSP	3. Se revisan y actualizan los rangos según sea necesario.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional competente.	**3**		HOSP	1. Los Servicios de Laboratorio se encuentran bajo la dirección y la supervisión de un profesional competente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Laboratorio incluyen:	**3**		HOSP	2. Las responsabilidades del personal que dirige los Servicios de Laboratorio incluyen:	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.1. La elaboración, implementación y actualización de procesos.	**3**		HOSP	2.1. La elaboración, implementación y actualización de procesos.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.2. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.	**3**		HOSP	2.2. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.3. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.	**3**		HOSP	2.3. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.4. La supervisión administrativa.	**3**		HOSP	2.4. La supervisión administrativa.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.5. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.	**3**		HOSP	2.5. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad, gestión de equipo biomédico y control de calidad.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.6. La recomendación de subrogar servicios de laboratorio.	**3**		HOSP	2.6. La recomendación de subrogar servicios de laboratorio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	2.7. El control y la revisión de todos los servicios de laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento.	**3**		HOSP	2.7. El control y la revisión de todos los servicios de laboratorio propios y subrogados dentro y fuera del establecimiento.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.8	3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.	**3**		HOSP	3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	1. Se ha implementado un programa de Control de Calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:	**3**		HOSP	1. Se ha implementado un programa de Control de Calidad para los Servicios de Laboratorio que incluye:	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	1.1. La validación de los métodos de análisis empleados,	**3**		HOSP	1.1. La validación de los métodos de análisis empleados,	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.				en cuanto a exactitud, precisión y rango a informar.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	1.2. La monitoria de las etapas preanalítica, analítica y postanalítica.	**3**		HOSP		**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	1.3. La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.	**3**		HOSP	1.2. La vigilancia diaria de los resultados por parte de personal calificado del laboratorio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	1.4. Una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.	**3**		HOSP	1.3. Una medida correctiva ante la identificación de una deficiencia.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	1.5. La prueba de los reactivos.	**3**		HOSP	1.4. La prueba de los reactivos.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.	**3**		HOSP	2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos de prueba.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9	3. Se documentan las medidas aplicadas.	**3**		HOSP	3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9.1	1. El laboratorio participa al menos en un programa externo de calidad que incluye los estudios de laboratorio que realiza.	**7**		HOSP	1. El laboratorio participa en un programa de ensayo de aptitud, o en un programa alternativo.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.9.1	2. Se lleva un registro del programa.	**7**		HOSP	2. Se lleva un registro del programa.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.10	1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.	**5**		HOSP	1. Se cuenta con una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.1.10	2. Se convoca expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.	**7**		HOSP	2. Se convocan expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	1. Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	1. Los Servicios de Radiología e Imagen, sean propios o subrogados, cumplen la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	2. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles de acuerdo al contexto de la Organización.	**3**		HOSP	2. Hay Servicios de Radiología e Imagen para casos de urgencia.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	3. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia si corresponde al contexto de la Organización.	**3**		HOSP	3. Hay Servicios de Radiología e Imagen disponibles fuera del horario habitual de atención, para casos de urgencia.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados	**4**		HOSP	4. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito: a) Características y condiciones de entrega del servicio.	**4**		HOSP	5. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que, al menos, incluya los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) Características y condiciones de entrega del servicio.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente. c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos en el manejo y uso de los medicamentos, la prevención y control de infecciones, la gestión y seguridad de las instalaciones y las competencias y capacitación del personal. d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo, la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva en manejo de información verbal, la seguridad en el manejo de medicación si se utilizan radiofármacos, los protocolos de seguridad en los procedimientos si se realiza cateterismo cardiaco, la reducción del riesgo de infecciones y del riesgo de caídas.				b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente. c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, en el manejo y uso de los medicamentos, la prevención y control de infecciones, la gestión y seguridad de las instalaciones y las competencias y capacitación del personal. d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por ejemplo la identificación correcta del paciente, la comunicación efectiva en manejo de información verbal, la seguridad en el manejo de medicación si se utilizan radiofármacos, los protocolos de seguridad en los procedimientos si se realiza cateterismo cardiaco, la reducción del riesgo de infecciones y del riesgo de caídas.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de	**7**		HOSP	6. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			cada servicio subrogado y se documenta al menos una vez al año.				cada servicio subrogado y se documenta al menos una vez al año.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2	7. Los resultados de las supervisiones se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.	**7**		HOSP	7. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2				HOSP	8. Se informa a los pacientes acerca de cualquier relación entre el médico y los servicios subrogados de radiología e imagen.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	1. Se han definido procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas, los riesgos y los peligros identificados.b) Orientación y/o capacitación de todo el personal en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.c) Seguimiento al personal ocupacionalmente expuesto.d) Manipulación, almacenamiento temporal y	**2**		HOSP	1. Se han definido procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos del a) hasta el d) definidos en el propósito. a) Uso de dispositivos de seguridad y equipo de protección personal adecuados para las prácticas, los riesgos y los peligros identificados.b) Orientación y/o capacitación de todo el personal en lo referente a procesos y prácticas de seguridad.c) Seguimiento al personal ocupacionalmente expuesto.d) Manipulación, almacenamiento temporal y	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			desecho de Residuos Peligrosos (Cuando así aplique).				desecho de Residuos Peligrosos (Cuando así aplique).	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	2. Los Procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen están implementados.	**3**		HOSP	2. Los Procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen están implementados.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	3. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.	**3**		HOSP	3. Los procesos se integran al Sistema de Gestión y Seguridad de las Instalaciones, al Sistema de Competencias y Capacitación del Personal, Sistema de Manejo y Uso de Medicamentos y la aplicación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, cuando así apliquen.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	4. Se monitorizan los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.	**3**		HOSP	4. Se monitorizan los procesos de Seguridad Radiológica en los Servicios de Radiología e Imagen.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	5. Se supervisan los procesos de Seguridad en los Servicios de Radiología e Imagen.	**3**		HOSP	5. Se supervisan los procesos de Seguridad Radiológica en todos los Servicios de Radiología e Imagen.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	6. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.	**3**		HOSP	6. Se capacita al personal en lo que se refiere a los procedimientos y prácticas de seguridad.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	7. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas que se llevan a cabo y acorde a los riesgos y peligros identificados.	**3**		HOSP	7. Hay equipo de protección personal adecuado para las prácticas que se llevan a cabo y acorde a los riesgos y peligros identificados.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles para el tipo de estudios que se llevan a cabo.	**3**		HOSP	8. Hay dispositivos de seguridad adecuados y disponibles.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.1	9. La manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos se realiza conforme a lo definido en el proceso (cuando así aplique).	**3**		HOSP	9. La manipulación, almacenamiento temporal y desecho de Residuos Peligrosos se realiza conforme a lo definido en el proceso (cuando así aplique).	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.2	1. Se han definido Procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se coordina con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**2**		HOSP	1. Se han definido procesos de Seguridad del Paciente en los Servicios de Radiología e Imagen que se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.2	2. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen.	**3**		HOSP	2. Los procesos están implementados en todos los Servicios de Radiología e Imagen.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.2	3. Los procesos se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que así apliquen.	**3**		HOSP	3. Los procesos se vinculan con las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente que así apliquen.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.2	4. Se ha definido el proceso a seguir para el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.	**3**		HOSP	4. Se ha definido el proceso a seguir para el manejo inmediato de las reacciones al medio de contraste, durante algún estudio radiológico invasivo.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.2	5. Los procesos incluyen la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.	**3**		HOSP	5. Los procesos incluyen la vigilancia de las condiciones del paciente durante su estancia en la sala de espera y/o de estudio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.2	6. Los procesos están implementados en los servicios subrogados.	**3**		HOSP	6. Los procesos están implementados en los servicios subrogados.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.3	1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.	**3**		HOSP	1. Se identifica al personal que realiza estudios de diagnóstico e imagen y los que los supervisan.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.3	2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen está a cargo de personal competente.	**3**		HOSP	2. La realización de los estudios de diagnóstico e imagen está a cargo de personal competente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.3	3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal competente.	**3**		HOSP	3. Los resultados de los estudios son interpretados por el personal competente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.3	4. El personal adecuado verifica e informa los resultados de los estudios.	**3**		HOSP	4. El personal adecuado verifica e informa los resultados de los estudios.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.3	5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.	**7**		HOSP	5. Existe una cantidad adecuada de personal para atender las necesidades de los pacientes.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.3	6. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.	**3**		HOSP	6. El personal de supervisión cuenta con la capacitación y la experiencia adecuadas.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.4	1. La organización ha definido el marco de tiempo para informar resultados. 4	**2**		HOSP	1. La organización ha definido el marco de tiempo para informar resultados. 4	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.4	2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes.	**3**		HOSP	2. Se controla la puntualidad del informe de los estudios urgentes.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.4	3. Los resultados de radiología e imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.	**3**		HOSP	3. Los resultados de radiología e imagen se informan dentro de un marco de tiempo que respeta las necesidades del paciente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.4	4. Los resultados de los estudios de radiología e imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación	**3**		HOSP	4. Los resultados de los estudios de radiología e imagen se documentan, por cualquier medio, escrito o electrónico, en un reporte que incluye: datos de identificación	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.				del paciente, nombre y firma del médico radiólogo, cédula profesional, fecha y hora de elaboración.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.5	1. Las solicitudes para realizar estudios de radiología e imagen contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**		HOSP	1. Las solicitudes para realizar estudios de radiología e imagen contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.5	2. Los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación establecidos por la organización.	**3**		HOSP	2. Los resultados de radiología e imagen se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación establecidos por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.5	3. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.	**3**		HOSP	3. Cuando los resultados se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de Escuchar, Escribir, Leer y Confirmar.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.6	1. Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito.	**2**		HOSP	1. Se ha implementado un Programa de Gestión del Equipo Biomédico en los Servicios de Radiología e Imagen que, al menos, incluye los incisos del a) al g) definidos en el propósito.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.b) La selección y adquisición de todo el equipo.c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.e) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.				a) La identificación y el análisis de las necesidades de equipo biomédico de acuerdo al tipo de pacientes y servicios de la organización.b) La selección y adquisición de todo el equipo.c) La evaluación del uso y categorización del equipo biomédico a través de inspecciones, pruebas, calibración y mantenimiento (preventivo y correctivo).d) El control y la toma de medidas ante avisos de peligro en los equipos, retiro de equipos del mercado por parte de los fabricantes, incidentes y fallas que deben de informarse.e) Las acciones por seguir ante una situación de emergencia donde se ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el uso de equipo médico.f) La definición de criterios para pensar en dar de baja, actualizar o sustituir el equipo biomédico.g) La capacitación del personal en el manejo del equipo biomédico.	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.6	2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión	**2**		HOSP	2. El Programa está integrado al Sistema de Gestión	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			y Seguridad de las Instalaciones (Equipo y Biomédico).				y Seguridad de las Instalaciones (Equipo Biomédico).	
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.6	3. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.	**3**		HOSP	3. Se documentan las pruebas, el mantenimiento y la calibración del equipo y su historia de servicio.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.7	1. La organización ha definido un proceso para el suministro de los insumos necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para el suministro de los insumos necesarios para los Servicios de Radiología e Imagen.	**2**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.7	2. Los insumos esenciales para prestar Servicios de Radiología e Imagen están identificados.	**3**		HOSP	2. Los insumos esenciales para prestar Servicios de Radiología e Imagen están identificados.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.7	3. Los insumos esenciales están disponibles.	**3**		HOSP	3. Los insumos esenciales están disponibles.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.7	4 Todos los insumos se almacenan y se dispensan según lo definido por la organización.	**3**		HOSP	4. Todos los insumos se almacenan y se dispensan según lo definido por la organización.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.7	5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.	**3**		HOSP	5. Periódicamente se evalúa la precisión y los resultados de todos los suministros.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.7	6. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.	**3**		HOSP	6. Todos los suministros están etiquetados en forma completa.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	1. Los Servicios de Radiología e Imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	1. Los Servicios de Radiología e Imagen están bajo la dirección de un médico radiólogo de conformidad con la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2. El responsable del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen tiene las funciones siguientes:	**4**		HOSP	2. El responsable del personal que dirige los Servicios de Radiología e Imagen tiene las funciones siguientes:	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.1. La elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.	**4**		HOSP	2.1. La elaboración, la implementación y actualización de políticas y procedimientos.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.2. La supervisión administrativa de las instalaciones y los servicios.	**4**		HOSP	2.2. La supervisión administrativa.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.3. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.	**4**		HOSP	2.3. El diseño, implementación y seguimiento de los programas de seguridad en el servicio, seguridad del paciente, gestión de equipo biomédico y control de calidad.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.4. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.	**4**		HOSP	2.4. La implementación de procesos consistentes con los de la organización.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.5. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.	**4**		HOSP	2.5. La integración con el sistema de gestión y seguridad de las instalaciones.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.6. La recomendación de servicios subrogados de	**4**		HOSP	2.6. La recomendación de servicios subrogados de radiología e imagen.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			radiología e imagen si corresponde.					
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	2.7. El control y la revisión de los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados.	**4**		HOSP	2.7. El control y la revisión de los servicios de radiología e imagen, sean propios o subrogados.	**4**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.8	3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.	**3**		HOSP	3. El personal lleva a cabo las responsabilidades.	**3**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.9	1. Se ha definido un Programa de Control de Calidad interno y externo para los Servicios de Radiología e Imagen.	**5**		HOSP	1. Se ha definido un Programa de Control de Calidad interno y externo para los Servicios de Radiología e Imagen.	**5**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.9	2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos.	**7**		HOSP	2. Se documentan los resultados de la validación de los métodos.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.9	3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas.	**7**		HOSP	3. Se documentan las medidas correctivas aplicadas.	**7**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.10	1. El establecimiento conserva una lista actualizada de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.	**5**		HOSP	1. El establecimiento conserva una lista de expertos en áreas de diagnóstico especializadas.	**5**
AMB	DIAGNÓSTICO	SAD.2.10	2. El establecimiento se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.	**7**		HOSP	2. El establecimiento se pone en contacto con expertos en áreas de diagnóstico especializadas cuando es necesario.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.0	1. La organización define sus procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de Salud en México y su contexto.	**4**		HOSP	1. La organización define sus procesos de atención de pacientes de acuerdo a los programas prioritarios de Salud en México y su contexto.	**4**
AMB	ATENCIÓN	COP.0	2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guias de práctica clínica y legislación aplicable vigente.	**7**		HOSP	2. Las acciones se basan en la evidencia científica, guias de práctica clínica y legislación aplicable vigente.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.0	3. 3. Se ha capacitado al personal de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre procesos de atención de pacientes de acuerdo con los programas prioritarios de Salud en México.	**7**		HOSP	3. 3. Se ha capacitado al personal de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre procesos de atención de pacientes de acuerdo con los programas prioritarios de Salud en México.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.0	4. Se realizan actividades de prevención de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre los programas prioritarios de Salud en México.	**7**		HOSP	4. Se realizan actividades de prevención de acuerdo con el contexto del establecimiento de atención médica sobre los programas prioritarios de Salud en México.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.0	5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**		HOSP	5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	1. Los líderes de la organización colaboran para definir procesos estandarizados	**4**		HOSP	1. Los líderes de la organización colaboran para definir procesos estandarizados	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			con un mismo nivel de calidad de la atención.				con un mismo nivel de calidad de la atención.	
AMB	ATENCIÓN	COP.1	2. Los procesos se definen acorde a la legislación aplicable vigente.	**4**		HOSP	2. Los procesos se definen acorde a la legislación aplicable vigente.	**4**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	3. La atención se plantea con enfoque multidisciplinario.	**3**		HOSP	3. La atención se plantea con enfoque multidisciplinario.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	4. La atención se proporciona de la siguiente manera:	**3**		HOSP	4. La atención se proporciona de la siguiente manera:	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	4.1. No depende de la condición social ni económica del paciente.	**3**		HOSP	4.1. No depende de la condición social ni económica del paciente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	4.2. No depende del día de la semana ni de la hora del día.	**3**		HOSP	4.2. No depende del día de la semana ni de la hora del día.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	4.3. Acorde al estado clínico del paciente con los recursos apropiados.	**3**		HOSP	4.3. Acorde al estado clínico del paciente con los recursos apropiados.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.1	4.4. Con un mismo nivel de calidad a los pacientes con las mismas necesidades.	**3**		HOSP	4.4. Con un mismo nivel de calidad a los pacientes con las mismas necesidades.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2	1. La planeación de la atención está integrada y coordinada entre todas las áreas, departamentos y servicios.	**3**		HOSP	1. La planeación de la atención está integrada y coordinada entre todas las áreas, departamentos y servicios.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2	2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.	**3**		HOSP	2. La atención prestada está integrada y coordinada entre entornos y servicios.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.2	3. Los resultados o conclusiones de las sesiones multidisciplinarias se anotan en el expediente clínico del paciente.	**3**		HOSP	3. Los resultados o conclusiones de las sesiones multidisciplinarias se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1	1. Se planea la atención de cada paciente de manera oportuna.	**3**		HOSP	1. Se planea la atención de cada paciente de manera oportuna.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1	2. La atención planeada está basada en los resultados del proceso de evaluación inicial, y los resultados de los servicios auxiliares de diagnóstico.	**3**		HOSP	2. La atención planeada está basada en los resultados del proceso de evaluación inicial, y la evaluación relacionada con servicios auxiliares de diagnóstico.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1				HOSP	3. La organización define la frecuencia con la que se realizarán las evaluaciones por parte del personal médico, tomando en cuenta la legislación aplicable vigente.	**4**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1				HOSP	4. Se realizan las evaluaciones de la atención con la frecuencia definida por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1	3. Las evaluaciones de la atención se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**		HOSP	5. Las evaluaciones de la atención se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1	4. La atención se actualiza o se revisa, según sea adecuado,	**3**		HOSP	6. La atención se actualiza o se revisa, según sea adecuado,	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			basándose en las evaluaciones del paciente.				basándose en las reevaluaciones del paciente.	
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1	5. Se brinda la atención planeada.	**3**		HOSP	7. Se brinda la atención planeada.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.1				HOSP	8. Se informa a los pacientes y familiares acerca de los resultados de su atención y tratamiento.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.2	1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos, los incisos del a) al e) definidos en el propósito. a) Quién está autorizado a emitir indicaciones. b) Dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico. c) Qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente para su uso racional, si corresponde. d) Las acciones por seguir en caso de indicaciones ilegibles, confusas o incompletas. e) Si corresponde, cualquier excepción o consideración especial, por ejemplo,	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para emitir una indicación que incluye, al menos los incisos del a) al e) definidos en el propósito. a) Quién está autorizado a emitir indicaciones. b) Dónde deben ubicarse las indicaciones dentro del expediente clínico. c) Qué tipo de indicaciones relacionadas con los servicios auxiliares de diagnóstico deben justificarse explícitamente. d) Las acciones por seguir en caso de indicaciones ilegibles, confusas o incompletas. e) Si corresponde, cualquier excepción o consideración especial, por ejemplo, indicaciones en situación de urgencia (MISP 2), entre otras.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			indicaciones en situación de urgencia (MISP 2), entre otras.					
AMB	ATENCIÓN	COP.2.2	2. Las indicaciones se realizan de acuerdo con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. Las indicaciones se realizan de acuerdo con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.3	1. Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**		HOSP	1. Los procedimientos realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.2.3	2. Los resultados de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**		HOSP	2. Los resultados de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados se documentan en el expediente clínico del paciente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.3	1. La organización ha definido un proceso para brindar una nutrición acorde al estado y necesidades del paciente que incluye al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. a) La planificación de las necesidades nutricionales desde la evaluación inicial y, si corresponde, la evaluación nutricional exhaustiva (AOP). b) La correcta identificación del paciente en la dotación de alimentos (MISP.1). c) Identificación de errores en las indicaciones sobre alimentación/nutrición d) Cuando se trate de un servicio subrogado considerar especificaciones de calidad (GLD.5.5). e) Cuando la familia o algún otro acompañante suministren alimentos, definir la forma en que deberá llevarse a cabo la educación al respecto (PFE).	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para brindar una nutrición acorde al estado y necesidades del paciente que incluye al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. a) La planificación de las necesidades nutricionales desde la evaluación inicial y, si corresponde, la evaluación nutricional exhaustiva (AOP). b) La correcta identificación del paciente en la dotación de alimentos (MISP.1). c) Identificación de errores en las indicaciones sobre alimentación/nutrición. d) Cuando se trate de un servicio subrogado considerar especificaciones de calidad (GLD.5.5). e) Cuando la familia o algún otro acompañante suministren alimentos, definir la forma en que deberá llevarse a cabo la educación al respecto (PFE).	**2**
AMB	ATENCIÓN	COP.3	2. Los alimentos o la nutrición adecuada para el paciente están disponibles.	**3**		HOSP	2. Los alimentos o la nutrición adecuada para el paciente están disponibles.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.3	3. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.	**3**		HOSP	3. Todos los pacientes tienen una dieta indicada en su expediente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.3	4. La indicación se basa en el estado de salud y las necesidades nutricionales del paciente.	**3**		HOSP	4. La indicación se basa en el estado de salud y las necesidades nutricionales del paciente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.3	5. Se brindan los alimentos acordes a lo definido por la organización.	**3**		HOSP	5. Se brindan los alimentos acordes a lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.3	6. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.	**3**		HOSP	6. Cuando los familiares suministran los alimentos, están educados sobre las limitaciones de la dieta del paciente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.4	1. La organización define un proceso para la atención del dolor que, al menos incluye, los incisos del a) al e) definidos en el propósito. a) Identificación de los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones (AOP). b) Cómo se llevará a cabo el manejo del dolor, de acuerdo a directrices o protocolos con evidencia científica, tomando en cuenta las necesidades del paciente y el plan de atención u	**2**		HOSP	1. La organización define un proceso que guía la atención de pacientes con dolor, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. a) Identificación de los pacientes con dolor durante la evaluación inicial y las reevaluaciones (AOP). b) Cómo se llevará a cabo el manejo del dolor, de acuerdo con directrices o protocolos con evidencia científica, tomando en cuenta las necesidades del	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			objetivos esperados, por ejemplo, pacientes en situación terminal. c) La identificación de grupos de pacientes en los cuales se deben tomar consideraciones especiales; por ejemplo, pacientes en trabajo de parto, pacientes postquirúrgicos, pacientes con dolor abdominal en estudio, pacientes neonatos, pacientes bajo sedación, entre otros. d) Cómo se brindará información a los pacientes en los que se espera que presenten dolor durante el proceso de atención (PFE). e) Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.				paciente y el plan de atención u objetivos esperados, por ejemplo, pacientes en situación terminal. c) La identificación de grupos de pacientes en los cuales se deben tomar consideraciones especiales; por ejemplo, pacientes en trabajo de parto, pacientes postquirúrgicos, pacientes con dolor abdominal en estudio, pacientes neonatos, pacientes bajo sedación, entre otros. d) Cómo se brindará información a los pacientes en los que se espera que presenten dolor durante el proceso de atención (PFE). e) Cómo se llevará a cabo la comunicación y educación de los pacientes y sus familiares respecto al manejo del dolor y de los síntomas en el contexto de sus creencias personales, culturales y religiosas.	
AMB	ATENCIÓN	COP.4	2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme al proceso definido.	**3**		HOSP	2. Los pacientes que padecen dolor reciben atención conforme al proceso definido.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de las pacientes obstétricas, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) Cómo se llevará a cabo la monitorización de la paciente obstétrica. b) La definición de las indicaciones para parto instrumentado. c) La definición de las indicaciones para practicar una cesárea dentro de la organización. d) La definición de las indicaciones para practicar un Legrado Uterino Instrumental (LUI) o una Aspiración Manual Endouterina (AMEU). e) La prevención de violencia obstétrica y/o discriminación. f) Cómo se brindará información acerca de la lactancia materna exclusiva, a excepción de casos médicamente justificados (PFE). g) Si corresponde, se define en	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							el proceso la forma de actuar ante la solicitud de una paciente para la interrupción del embarazo.	
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	3. Se documenta en el expediente clínico la justificación del parto instrumentado.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	4. Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar una cesárea.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	5. Se documenta en el expediente clínico la justificación para realizar un legrado uterino instrumental o una Aspiración Manual Endouterina.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	6. Se analiza por un equipo multidisciplinario lo siguiente:	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	6.1. La morbilidad y mortalidad materna asociada a la práctica de la operación cesárea.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	6.2. La morbilidad y mortalidad neonatal asociada a	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							la práctica de la operación cesárea.	
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	6.3. Las causas y justificaciones de las cesáreas de primera vez practicadas.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	6.4. La mortalidad y morbilidad, tanto materna como perinatal, que puedan ser causa de un mal manejo de la cesárea de primera vez.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5				HOSP	7. En hospitales con médicos residentes de ginecología y obstetricia, perinatología o medicina materno fetal, un médico especialista supervisa y valida la indicación de realizar una cesárea de primera vez por un médico residente capacitado.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.5.1	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, cómo se llevará cabo el proceso que guía la atención de las pacientes con emergencia obstétrica, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito:	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema y tomando en cuenta la legislación aplicable vigente, cómo se llevará cabo el proceso que guía la atención de las pacientes con emergencia obstétrica, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito:	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			a) La integración de un equipo con las competencias necesarias. b) La disponibilidad de los equipos de respuesta en los horarios de atención. c) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención.d) El mecanismo mediante el cual se identificarán a las pacientes con riesgo obstétrico desde su ingreso. e) Cómo se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con urgencia obstétrica. f) El mecanismo para alertar y solicitar la participación del equipo de respuesta. g) La monitorización y seguimiento de la paciente.				a) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.b) La disponibilidad de los equipos de respuesta las 24 horas, los 365 días del año.c) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la atención.d) El mecanismo mediante el cual se identificarán a las pacientes con riesgo obstétrico desde su ingreso.e) Cómo se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con urgencia obstétrica.f) El mecanismo para solicitar la participación del equipo de respuesta.g) La monitorización y seguimiento de la paciente.	
AMB	ATENCIÓN	COP.5.1	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.6	1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito: a) La atención adecuada de los síntomas (dolor, náuseas, disnea, entre otros). b) La comunicación, educación y participación de los pacientes y sus familiares respecto a la atención de las necesidades únicas del paciente terminal y su familia. c) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia, o quien cuida o acompaña al paciente, pueda descansar. d) El respeto de los valores, costumbres y creencias del paciente y su familia.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes en situación terminal con cuidados paliativos, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) La atención adecuada de los síntomas (dolor, náuseas, disnea, entre otros). b) La comunicación, educación y participación de los pacientes y sus familiares respecto a la atención de las necesidades únicas del paciente terminal y su familia. c) El estado psicosocial del paciente y de su familia; como, por ejemplo, las relaciones familiares, la idoneidad del entorno domiciliario, los mecanismos para sobrellevar la situación, las reacciones del paciente y su familia ante la enfermedad. d) La necesidad de servicios de apoyo para que la familia, o quien cuida o acompaña al paciente, pueda descansar. e) La identificación de factores	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							de riesgo en familiares o personas cercanas que potencialmente pueden presentar reacciones patológicas al duelo. f) El abordaje a temas sensibles como la donación de órganos y la autopsia. g) El respeto de los valores, costumbres y creencias del paciente y su familia.	
AMB	ATENCIÓN	COP.6	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.7	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención ambulatoria de obesidad y enfermedades metabólicas, y es especialmente importante que incluyan al menos, los incisos del a) a la f) definidos en el propósito: a) La definición de los criterios de elegibilidad para entrar al proceso. b) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias. c) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada. d) La adecuación de las directrices, protocolos y/o guías clínicas con evidencia científica para la atención de los pacientes. e) La monitorización y seguimiento del paciente.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un programa que guía la atención de los pacientes que requieren cirugía de obesidad y enfermedades metabólicas, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al e) definidos en el propósito. a) La definición de los criterios de elegibilidad para entrar al programa. b) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias. c) La disponibilidad y uso de insumos y tecnología médica especializada. d) La adecuación de las directrices, protocolos y/o guías clínicas con evidencia científica para la atención de los pacientes. e) La monitorización y seguimiento del paciente.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.7	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.7	3. La organización garantiza instalaciones y mobiliario seguro para el manejo de este grupo de pacientes.	**3**		HOSP	3. La organización garantiza instalaciones y mobiliario seguro para el manejo de este grupo de pacientes.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.7	4. Cuando corresponde se supervisan y verifican se cumplan las especificaciones de calidad definidas en el proceso.	**3**		HOSP		

AMB	ATENCIÓN	COP.8	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a pacientes que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, que incluye al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (proceso), incluidas las consideraciones especiales, por ejemplo, el grupo de pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o Hepatitis C, pacientes pediátricos, pacientes en programa de hemodiálisis que son hospitalizados por otras razones diferentes al padecimiento por el cual reciben hemodiálisis de manera crónica, entre otras. b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la primera sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. d) Cómo se llevará a cabo el	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes hospitalizados que reciben terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el g) definidos en el propósito. a) Cómo se otorgará la atención (proceso), incluidas las consideraciones especiales, por ejemplo, el grupo de pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o Hepatitis C, pacientes pediátricos, pacientes en programa de hemodiálisis que son hospitalizados por otras razones diferentes al padecimiento por el cual reciben hemodiálisis de manera crónica, entre otras. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la o las sesiones de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis (para los pacientes en el programa ambulatorio, incluye el proceso de	**2**

			proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros. e) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. f) Cuáles son las acciones por seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. g) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención, en particular del personal de medicina que indica la prescripción dialítica y el personal de enfermería que atiende a los pacientes. h) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada, por ejemplo, riñones artificiales, catéteres, agujas para fístula, filtros para hemodiálisis, entre otros.				consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros). d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. e) Cuáles son las acciones por seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis. f) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención, en particular del personal de medicina que indica la prescripción dialítica y el personal de enfermería que atiende a los pacientes. g) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada, por ejemplo, riñones artificiales, catéteres, agujas para fístula, filtros para hemodiálisis, entre otros.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.8	2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8				HOSP	3. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran los incisos del a) al g) como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).	**2**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	1. La organización ha definido un proceso que guía la monitorización integral del programa, el cual incluye, al menos, lo siguiente:	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso que guía la atención de los pacientes ambulatorios crónicos que requieren ser integrados a un programa de hemodiálisis, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el g) definidas en el propósito. a) Cómo se otorgará la atención (proceso), incluidas las consideraciones especiales, por ejemplo, el grupo de pacientes seropositivos a VIH, Hepatitis B o Hepatitis C, pacientes pediátricos, pacientes en programa de hemodiálisis que son hospitalizados por otras razones diferentes al	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							padecimiento por el cual reciben hemodiálisis de manera crónica, entre otras.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado antes de la o las sesiones de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis (para los pacientes en el programa ambulatorio, incluye el proceso de consentimiento informado cuando el paciente será incluido en el plan de reprocesamiento de filtros).d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.e) Cuáles son las acciones por seguir en caso de que se presenten complicaciones o incidentes relacionados con la terapia de reemplazo renal con hemodiálisis.f) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							atención, en particular del personal de medicina que indica la prescripción dialítica y el personal de enfermería que atiende a los pacientes.g) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada, por ejemplo, riñones artificiales, catéteres, agujas para fístula, filtros para hemodiálisis, entre otros.	
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2. Al integrar pacientes al programa de hemodiálisis, se documentan en el expediente clínico, lo siguiente:	**3**		HOSP	2. Al integrar pacientes al programa de hemodiálisis, se documentan en el expediente clínico, lo siguiente:	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.1. Historia Clínica.	**3**		HOSP	2.1. Historia Clínica.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.2. Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso del programa.	**3**		HOSP	2.2. Prescripción del acceso vascular que requerirá el paciente al ingreso del programa.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.3. Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).	**3**		HOSP	2.3. Serología Viral: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV), antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC).	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.4. Biometría Hemática completa.	**3**		HOSP	2.4. Biometría Hemática completa.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.5. Electrolitos séricos.	**3**		HOSP	2.5. Electrolitos séricos.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.6. Química sanguínea, de al menos, de tres elementos (glucosa, urea y creatinina).	**3**		HOSP	2.6. Química sanguínea, de al menos, de tres elementos (glucosa, urea y creatinina).	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.7. Depuración de creatinina, si corresponde.	**3**		HOSP	2.7. Depuración de creatinina, si corresponde.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.8. Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).	**3**		HOSP	2.8. Radiografía de tórax, para el caso de pacientes a quienes se les coloca acceso vascular tipo catéter, ya sea temporal o definitivo, para ingresar al programa de hemodiálisis. (En el caso de pacientes que ingresan al programa de hemodiálisis con fístula funcional, no se requiere dicha radiografía).	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	2.9. Electrocardiograma de 12 derivaciones.	**3**		HOSP	2.9. Electrocardiograma de 12 derivaciones.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3. Se monitorea y documenta en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos:	**3**		HOSP	3. Se monitorea y documenta en el expediente clínico durante cada sesión de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, el cual incluye, al menos:	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.1. Peso del paciente pre y post diálisis.	**3**		HOSP	3.1. Peso del paciente pre y post diálisis.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.2. Presión arterial pre, trans y post diálisis.	**3**		HOSP	3.2. Presión arterial pre, trans y post diálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.3. Temperatura pre y post diálisis.	**3**		HOSP	3.3. Temperatura pre y post diálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.4. Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis.	**3**		HOSP	3.4. Frecuencia cardíaca pre, trans y post diálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.5. Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.	**3**		HOSP	3.5. Frecuencia respiratoria pre, trans y post diálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.6. Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, entre otros.	**3**		HOSP	3.6. Signos y síntomas del paciente pre, trans y post diálisis, por ejemplo, calambres, disnea, dolor torácico, disfunción del acceso vascular, coagulación del circuito extracorpóreo, sangrado del acceso vascular, anorexia, náusea, vómito, diarrea, artralgias, entre otros.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	3.7. Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis, por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones, entre otros.	**3**		HOSP	3.7. Valoración objetiva del acceso vascular pre, trans y post diálisis, por ejemplo, funcionalidad, eritema, sangrado, presencia de secreciones, entre otros.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4. Se analiza y documenta el resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente	**3**		HOSP	4. Se analiza y documenta el resultado de las sesiones de hemodiálisis de cada paciente por medio de un resumen mensual integrado al expediente clínico del paciente	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:				por parte del personal clínico que atiende a estos pacientes, el cual incluye al menos los siguientes elementos:	
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.1. Diagnóstico nefrológico.	**3**		HOSP	4.1. Diagnóstico nefrológico.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.	**3**		HOSP	4.2. Frecuencia de las sesiones de hemodiálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.3. Tiempo en el programa de Hemodiálisis.	**3**		HOSP	4.3. Tiempo en el programa de Hemodiálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.4. Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.).	**3**		HOSP	4.4. Tipo de acceso vascular, estado de funcionalidad y situaciones particulares que hayan ocurrido durante el mes en que se informa (por ejemplo, cambios de catéter o migración a fístula arteriovenosa, disfunción de acceso vascular, etc.).	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.5. Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes.	**3**		HOSP	4.5. Tipo de hemodializador (filtro) y/o cambios que se hubiesen presentado durante el mes.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.6. Peso seco habitual.	**3**		HOSP	4.6. Peso seco habitual.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.7. Ganancia Interdialítica en el mes.	**3**		HOSP	4.7. Ganancia Interdialítica en el mes.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.8. Alergias.	**3**		HOSP	4.8. Alergias.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.9. Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente.	**3**		HOSP	4.9. Medicamentos que se han administrado durante las sesiones del mes correspondiente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.10. Problemas y/o complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis.	**3**		HOSP	4.10. Problemas y/o complicaciones durante las sesiones de hemodiálisis.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.11. Cinética de urea (Kt/V).	**3**		HOSP	4.11. Cinética de urea (Kt/V).	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.12. Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente.	**3**		HOSP	4.12. Resultados de la actualización de serología viral para antígenos contra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) tipo 1 y 2, antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg), anticuerpos contra el Virus de la Hepatitis C (anti-HVC) acorde a la legislación vigente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.13. Vacunas recibidas, si aplica.	**3**		HOSP	4.13. Vacunas recibidas, si aplica.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.14. Candidato a trasplante (Sí o No).	**3**		HOSP	4.14. Candidato a trasplante (Sí o No).	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	4.15. Otros hallazgos que se consideren importantes para el seguimiento del paciente, si aplica.	**3**		HOSP	4.15. Otros hallazgos que se consideren importantes para el seguimiento del paciente, si aplica.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	5. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.8.1	6. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran la totalidad de los elementos correspondientes descritos en el Estándar como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).	**7**		HOSP	6. Si se subroga el servicio de terapia de reemplazo renal con hemodiálisis, se integran la totalidad de los elementos correspondientes descritos en el Estándar como parte de las especificaciones de calidad para la supervisión y control de los servicios subrogados (GLD).	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.9				HOSP	1. La organización ha definido un programa de donación y trasplante de órganos y tejidos, el cual incluye, al menos, los incisos del a) hasta el e) definidos en el propósito. a) La designación de un líder para el programa. b) La integración de un equipo multidisciplinario con la experiencia en trasplante de órganos. c) La definición de criterios de elegibilidad clínica específicos para el órgano o tejido que se trasplanta, así como criterios de	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							idoneidad psicológica y social. d) Cómo se llevará a cabo la procuración, donación y/o recepción del órgano o tejido con el fin de garantizar la compatibilidad, seguridad y funcionalidad del mismo. e) Los protocolos o guías clínicas hospitalarias de acuerdo al órgano o tejido a trasplantar.	
AMB	ATENCIÓN	COP.9				HOSP	2. El personal está capacitado para llevar a cabo el programa.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.9				HOSP	3. Los pacientes reciben atención conforme al programa definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.9				HOSP	4. El personal está capacitado en lo que refiere a los problemas e inquietudes relacionados con la donación de órganos y la disponibilidad de trasplantes.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.9				HOSP	5. El hospital coopera con otras organizaciones a fin de respetar e implementar la decisión de donar.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.9.1				HOSP	1. La organización fomenta la donación de órganos y tejidos,	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							acorde a la legislación aplicable vigente.	
AMB	ATENCIÓN	COP.9.1				HOSP	2. La organización apoya las decisiones del paciente y de la familia en lo que se refiere a la donación de órganos y otros tejidos.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.9.1				HOSP	3. La organización ofrece información para respaldar la decisión y orienta respecto al proceso correspondiente.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.10	1. La organización define sus grupos de pacientes de alto riesgo o servicios de alto riesgo, acorde a su contexto y capacidad de resolución.	**4**		HOSP	1. La organización define sus grupos de pacientes de alto riesgo o servicios de alto riesgo, acorde a su contexto y capacidad de resolución.	**4**
AMB	ATENCIÓN	COP.10	2. Se ha capacitado al personal sobre el proceso de atención de los pacientes de alto riesgo.	**7**		HOSP	2. Se ha capacitado al personal sobre el proceso de atención de los pacientes de alto riesgo.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.10	3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**		HOSP	3. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.1	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes,** el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes a quienes se transfunde sangre y/o hemocomponentes, el cual incluye, al menos, los incisos de l a) al h) definidos en el propósito. a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada. g) La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes. h) La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla.				c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada. g) La priorización de situaciones críticas para la transfusión de sangre y/o hemocomponentes, por ejemplo, hemorragia vaginal de la mujer gestante. h) La existencia de sangre y hemocomponentes las 24 horas del día, los 365 días del año o los mecanismos para conseguirla. 2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.1	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.2				HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en estado de coma**. el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.2				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.3				HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en soporte vital**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.3				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.4	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes con enfermedades infectocontagiosas**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las consideraciones especiales	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes con enfermedades infectocontagiosas**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.				consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.4	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.5	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los pacientes inmunodeprimidos, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva	**4**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes inmunodeprimidos**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.				de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.5	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.6	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes con Diálisis Peritoneal**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes con diálisis peritoneal**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d)	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.				Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.6	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.7	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes que requieren contención física, mediante sujeción**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica,	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes que requieren contención física**, **mediante sujeción**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.				de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.7	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.8	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes en quienes se administra quimioterapia**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en quienes se administra quimioterapia**, el cual incluye, al menos, los incisos del a a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las consideraciones especiales para el consentimiento	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.				informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.8	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.9				HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes en quienes se administran medicamentos experimentales**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.9				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**
AMB	ATENCIÓN	COP.10.10	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso de atención para los **pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia**, el proceso incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de **los pacientes en quienes se administran radiofármacos/radioterapia**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir.b) Cuál es la documentación clínica que	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.				requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación.c) Las consideraciones especiales para el consentimiento informado, si corresponde.d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención.f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.10	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.10.11				HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los **pacientes con manejo avanzado de la vía aérea**, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica, el servicio en el que se encuentra el paciente, segmentación de la población (adulto, pediátrico, ginecológico, etc.), entre otras que puedan surgir. b) Cuál es la documentación clínica que requiere el equipo para hacer efectiva la comunicación. c) Las consideraciones	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							especiales para el consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias especiales del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos o tecnología médica especializada.	
AMB	ATENCIÓN	COP.10.11				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.11				HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de abordaje para identificar y actuar de manera rápida en los pacientes cuya condición clínica presenta signos de alarma, el cual, incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito: a) La definición de los signos de alerta temprana, basados en criterios fisiológicos, considerando las diferentes poblaciones que se atienden.b) La priorización y definición de los grupos de pacientes, en hospitalización, en los cuales, se llevará a cabo la monitorización de los signos de alerta temprana.c) La integración de Equipos de Respuesta Rápida.d) Las acciones por seguir en caso de la identificación de los signos de alerta tempranos.	**5**
AMB	ATENCIÓN	COP.11				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.12	1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes en situación de urgencia, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) Identifica las situaciones en las que fuera del servicio de urgencias pudieran presentarse estos casos, por ejemplo, paciente post-operado con sangrado activo no identificado en hospitalización, paciente inconsciente en sala de espera, paciente con shock anafiláctico por medio de contraste en radiología. b) Adaptar el proceso de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) al contexto del área así como a las habilidades y competencias del personal. c) Determinar cómo se brindará o solicitará la atención en las áreas o situaciones de riesgo.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes en situación de urgencia, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) Identifica las situaciones en las que fuera del servicio de urgencias pudieran presentarse estos casos, por ejemplo, pacientes post-operados con sangrado activo no identificado en hospitalización, paciente inconsciente en sala de espera, paciente con shock anafiláctico por medio de contraste en radiología. b) Adaptar el proceso de evaluación inicial ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) al contexto del área así como a las habilidades y competencias del personal. c) Determinar como se brindará o solicitará la atención en las áreas o situaciones de riesgo.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			d) Como se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde. e) Cuáles serán las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. f) Definir los insumos y equipos especializados así como la logística para el acceso a éstos. g) Determinar la forma en que el paciente será movilizado cuando no se encuentre en un área clínica de atención. h) Determinar la forma en que el paciente será trasladado cuando el establecimiento no cuente con la capacidad de atención así como los contactos de ambulancias y hospitales receptores.				d) Como se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde. e) Cuáles serán las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. f) Definir los Insumos y equipos especializados así como la logística para el acceso a estos. g) Determinar la forma en que el paciente será movilizado cuando no se encuentre en un área clínica de atención. h) Determinar la forma en que el paciente será trasladado cuando el establecimiento no cuente con la capacidad de atención así como los contactos de ambulancias y hospitales receptores.	
AMB	ATENCIÓN	COP.12	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	ATENCIÓN	COP.12	3. En las áreas de urgencia el proceso es adaptado e implementado acorde a su contexto de aplicación.	**3**		HOSP	3. En las áreas de urgencia el proceso es adaptado e implementado acorde a su contexto de aplicación.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.12.1	1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. a) La identificación de los equipos de reanimación las 24 horas del día, los 365 días del añob) La logística para la activación del proceso y personal del equipo de reanimación.c) Proceso mediante el cual se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con paro cardiorrespiratorio (soporte vital básico).d) Proceso mediante el cual se brindará soporte vital avanzado.e) Proceso que defina cómo se llevarán a cabo los cuidados post reanimación.f) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para la reanimación, acorde a los grupos de población que se atiende así como la logística	**2**		HOSP	1. La organización ha definido, a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso que guía la atención de pacientes que requieren reanimación, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito. a) La integración de un equipo multidisciplinario con las competencias necesarias.b) La disponibilidad de los equipos de respuesta las 24 horas, los 365 días del año.c) La logística para la activación del proceso y personal del equipo de reanimación.d) Proceso mediante el cual se brindará la atención inmediata al momento de la identificación del paciente con paro cardiorrespiratorio (soporte vital básico).e) Proceso mediante el cual se brindará soporte vital avanzado.f) Proceso que defina cómo se llevarán a cabo los cuidados post reanimación.g) Los insumos, equipamiento y medicamentos necesarios para	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			para que estos sean accesibles en el lugar del incidente.				la reanimación, acorde a los grupos de población que se atienden así como la logística para que estos sean accesibles en el lugar del incidente.	
AMB	ATENCIÓN	COP.12.1	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**

AMB	ATENCIÓN	COP.13				HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al g) definidos en el propósito: a) La forma en que se identificarán a los pacientes con riesgo de suicidio o autolesión.b) La forma en que se identificarán los riesgos del entorno físico y las medidas para minimizarlos o evitarlos.c) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva.d) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde.e) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención.f) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. g) Qué insumos y	**5**

							equipo especializado deben estar disponibles.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.13				HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**

AMB	ATENCIÓN	COP.14	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes en donde se utilizan láseres y otros dispositivos de radiación óptica, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito: a) Capacitación en prácticas y procedimientos de seguridad para todo el personal involucrado en el uso de láseres y dispositivos de radiación óptica.b) Criterios de acceso para autorizar al personal que ingresa o trabaja en las áreas (zonas de riesgo) donde se utilizan láseres y otras radiaciones ópticas; considerando a los profesionales de la salud que realizan los procedimientos con láser y a todo el personal que opera los láseres o que forma parte del equipo de atención.c) Ayudas visuales de advertencia fuera de la(s) sala(s) de procedimientos para alertar al personal, los pacientes, las	**4**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, cómo se llevará cabo el proceso, guía clínica, protocolo, vía clínica o similares que guían la atención de los pacientes en donde se utilizan láseres y otros dispositivos de radiación óptica, el cual incluye, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito: a) Capacitación en prácticas y procedimientos de seguridad para todo el personal involucrado en el uso de láseres y dispositivos de radiación óptica.b) Criterios de acceso para autorizar al personal que ingresa o trabaja en las áreas (zonas de riesgo) donde se utilizan láseres y otras radiaciones ópticas; considerando a los profesionales de la salud que realizan los procedimientos con láser y a todo el personal que opera los láseres o que forma parte del equipo de atención.c) Ayudas visuales de advertencia fuera de la(s) sala(s) de procedimientos para alertar al personal, los pacientes, las	**4**

			familias y los visitantes cuando se está realizando un tratamiento o procedimiento.d) Ventilación adecuada para ayudar a controlar las columnas de humo (jet del láser).e) Uso de instrumentos no reflectantes para evitar exposiciones a la luz reflejada.f) Uso de cortinas y otras barreras para evitar que el personal, los pacientes, las familias y los visitantes estén expuestos a luz directa o reflejada.g) Disponibilidad de equipos de protección personal para el personal y los pacientes adecuados al tipo de láser y dispositivos de radiación óptica utilizados y tipo de procedimientos realizados en el establecimiento (por ejemplo, lentes, protectores corneales, máscaras, guantes y batas, según corresponda).h) Un programa de mantenimiento para láseres y dispositivos de radiación óptica y un proceso para comprobaciones de rutina como calibración y alineación.				familias y los visitantes cuando se está realizando un tratamiento o procedimiento.d) Ventilación adecuada para ayudar a controlar las columnas de humo (jet del laser).e) Uso de instrumentos no reflectantes para evitar exposiciones a la luz reflejada.f) Uso de cortinas y otras barreras para evitar que el personal, los pacientes, las familias y los visitantes estén expuestos a luz directa o reflejada.g) Disponibilidad de equipos de protección personal para el personal y los pacientes adecuados al tipo de láser y dispositivos de radiación óptica utilizados y tipo de procedimientos realizados en el hospital (por ejemplo, lentes, protectores corneales, máscaras, guantes y batas, según corresponda). h) Un programa de mantenimiento para láseres y dispositivos de radiación óptica y un proceso para comprobaciones de rutina como calibración y alineación.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	ATENCIÓN	COP.14	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**7**
AMB	CIRUGÍA	ASC.1	1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente, si corresponde.	**3**		HOSP	1. Se proporcionan servicios de anestesia y sedación adecuados para atender las necesidades del paciente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.1	2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	2. Los servicios de anestesia y sedación cumplen con la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.1	3. Se definen y se supervisan las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación, si corresponde.	**3**		HOSP	3. Hay servicios de anestesia y sedación para casos de urgencia.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.2	1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.	**3**		HOSP	1. Los servicios de anestesia y sedación se coordinan y gestionan por personal competente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.2	2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de los procesos.	**3**		HOSP	2. Las responsabilidades incluyen la elaboración, implementación y actualización de los procesos.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.2	3. Las responsabilidades incluyen la gestión administrativa.	**3**		HOSP	3. Las responsabilidades incluyen la gestión administrativa.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.3	1. Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación.	**5**		HOSP	1. Se define un programa de control de la calidad de los servicios de anestesia y sedación.	**5**
AMB	CIRUGÍA	ASC.3	2. Se define las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.	**5**		HOSP	2. Se define las especificaciones de calidad de los servicios subrogados de anestesia y sedación.	**5**
AMB	CIRUGÍA	ASC.3	3. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.	**7**		HOSP	3. Las responsabilidades incluyen la implementación de un programa de control de calidad.	**7**
AMB	CIRUGÍA	ASC.3	4. Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.	**7**		HOSP	4. Las responsabilidades incluyen la supervisión de las especificaciones de calidad de los servicios subrogados.	**7**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda los pacientes a quienes se administra **anestesia**, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la	**2**		HOSP	1. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario, con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda los pacientes a quienes se administra anestesia, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente. b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. c) El proceso de consentimiento informado, si corresponde. d) La monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.				identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente. b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.	

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.4	2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.	**3**		HOSP	2. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4	3. La organización define qué servicios y qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación.	**3**		HOSP	3. La organización define qué servicios y qué médicos no anestesiólogos están autorizados para administrar sedación.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4	4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra **sedación**, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito: a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la	**2**		HOSP	4. La organización define a partir de un análisis multidisciplinario y con enfoque de sistema, el proceso de atención que se brinda a los pacientes a quienes se administra sedación, y es especialmente importante que el proceso describa, al menos, los incisos del a) al f) definidos en el propósito. a) Cómo se otorgará la atención (Proceso), incluida la identificación de consideraciones especiales; por ejemplo, la capacidad resolutiva de la organización, diferencias respecto a la condición clínica o el servicio donde se encuentra el paciente, diferencias entre poblaciones adultas y pediátricas, la valoración de la	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente. b) La documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. c) El proceso de consentimiento informado, si corresponde. d) La monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.				vía aérea, o el servicio en el que se encuentra el paciente. b) Cuál es la documentación necesaria para que el equipo de atención trabaje y se comunique de manera efectiva. c) Cómo se llevará a cabo el proceso de consentimiento informado, si corresponde. d) Cómo se llevará a cabo la monitorización del paciente durante el proceso de atención. e) Cuáles son las competencias del personal involucrado en el proceso de atención. f) La disponibilidad y el uso de insumos, medicamentos o tecnología médica especializada.	
AMB	CIRUGÍA	ASC.4	5. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.	**3**		HOSP	5. Los pacientes reciben atención conforme al proceso definido por la organización.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4.1	1. Se define el alcance y contenido de la evaluación presedación.	**2**		HOSP	1. Se define el alcance y contenido de la evaluación presedación.	**2**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4.1	2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un anestesiólogo o médico autorizado.	**3**		HOSP	2. Se realiza una evaluación previa a la sedación por un anestesiólogo o médico autorizado.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.4.1	3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación presedación.	**3**		HOSP	3. Se documentan en el expediente clínico los resultados de la evaluación presedación.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4.2	1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.	**3**		HOSP	1. Los pacientes son monitorizados durante la sedación.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4.2	2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.	**3**		HOSP	2. Los pacientes son monitorizados durante el periodo de recuperación.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.4.2	3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.	**3**		HOSP	3. Los resultados de la monitorización se registran en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.5	1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente antes de la intervención al paciente.	**3**		HOSP	1. Se realiza una valoración preanestésica a cada paciente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.5	2. La valoración preanestésica la realiza un médico anestesiólogo.	**3**		HOSP	2. La valoración preanestésica la realiza un médico anestesiólogo.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.5	3. La valoración preanestésica se documenta en el expediente clínico.	**3**		HOSP	3. La valoración preanestésica se documenta en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.5	4. Se realiza una valoración inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.	**3**		HOSP	4. Se realiza una valoración inmediatamente antes de la inducción de la anestesia.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.5	5. La valoración previa a la inducción la realiza un médico anestesiólogo.	**3**		HOSP	5. La valoración previa a la inducción la realiza un médico anestesiólogo.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.5	6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.	**3**		HOSP	6. La valoración previa a la inducción de la anestesia se documenta en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6	1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.	**3**		HOSP	1. Se planifica la atención anestésica de cada paciente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6	2. El plan se documenta en la nota preanestésica del expediente clínico.	**3**		HOSP	2. El plan se documenta en la nota preanestésica.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.1	1. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la sedación y se documenta.	**3**		HOSP	1. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la sedación y se documenta.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.1	2. La información la brinda un médico anestesiólogo o el médico autorizado por la organización para brindar sedación.	**3**		HOSP	2. La información la brinda un médico anestesiólogo o el médico autorizado por la organización para brindar sedación.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.1	3. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia planeada y se documenta.	**3**		HOSP	3. Se informa al paciente, la familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios y alternativas de la anestesia planeada y se documenta.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.1	4. La información la brinda un médico anestesiólogo.	**3**		HOSP	4. La información la brinda un médico anestesiólogo.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.2	1. Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia utilizada.	**3**		HOSP	1. Se documenta en el expediente clínico el tipo de anestesia utilizada.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.2	2. Se documenta en el expediente clínico la técnica anestésica utilizada.	**3**		HOSP	2. Se documenta en el expediente clínico la técnica anestésica utilizada.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.3	1. Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico durante la administración de la anestesia.	**3**		HOSP	1. Se monitoriza de manera continua el estado fisiológico durante la administración de la anestesia.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.6.3	2. Se documentan los resultados de la monitorización continua en el expediente clínico.	**3**		HOSP	2. Se documentan los resultados de la monitorización continua en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.7	1. Se monitoriza a los pacientes durante el periodo postanestésico.	**3**		HOSP	1. Se monitoriza a los pacientes durante el periodo postanestésico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.7	2. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.	**3**		HOSP	2. Los resultados de la monitorización se documentan en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.7	3. Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésico.	**3**		HOSP	3. Un médico anestesiólogo indica el alta del paciente conforme a los criterios establecidos para la atención postanestésico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.7	4. Se documentan la hora de inicio y terminación de la	**3**		HOSP	4. Se documentan la hora de inicio y terminación de la	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			recuperación en el expediente clínico.				recuperación en el expediente clínico.	
AMB	CIRUGÍA	ASC.8	1. Se planea la atención quirúrgica ambulatoria de cada paciente.	**3**		HOSP	1. Se planea la atención quirúrgica de cada paciente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8	2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación.	**3**		HOSP	2. El proceso de planeación tiene en cuenta toda la información de la evaluación.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8	3. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico un diagnóstico preoperatorio.	**3**		HOSP	3. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico un diagnóstico preoperatorio.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8	4. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico la atención quirúrgica ambulatoria planeada.	**3**		HOSP	4. Previo al procedimiento, se documenta en el expediente clínico la atención quirúrgica planeada.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.1	1. Se informa al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico ambulatorio planeado.	**3**		HOSP	1. Se informa al paciente, a su familia o a las personas responsables de tomar decisiones respecto a los riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas relacionadas con el procedimiento quirúrgico planeado.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.1	2. La información incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y/o hemocomponentes.	**3**		HOSP	2. La información incluye la necesidad, el riesgo, los beneficios y las alternativas en lo que respecta al uso de sangre y/o hemocomponentes.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.1	3. El cirujano u otra persona con las competencias necesarias, brinda la información.	**3**		HOSP	3. El cirujano u otra persona con las competencias necesarias, brinda la información.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.2				HOSP	1. La Organización ha definido un proceso que se ocupa del manejo y preparación de las biopsias transoperatorios.	**2**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.2				HOSP	2. Las solicitudes para realizar análisis de biopsias transoperatorios contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.2				HOSP	3. Las muestras biológicas (contenedores) contienen los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.2				HOSP	4. Los resultados finales de la biopsia se reportan por escrito utilizando los dos datos de identificación definidos por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.2				HOSP	5. Cuando los resultados de la biopsia se informan de manera verbal o telefónica, se realiza el proceso de escuchar, escribir, leer y confirmar.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.3	1. Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico.	**3**		HOSP	1. Se documenta una nota postquirúrgica en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.3	2. La nota postquirúrgica incluye, al menos, los incisos del a) al q) definidos en el propósito: a) Diagnóstico preoperatorio.b) Cirugía ambulatoria planeada.c) Cirugía ambulatoria realizada.d) Diagnóstico postoperatorio.e) Descripción de la técnica quirúrgica.f) Hallazgos transoperatorios.g) Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.h) Incidentes y accidentes.i) Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones.j) Resultados e interpretación de estudios de	**3**		HOSP	2. La nota postquirúrgica incluye, al menos, los incisos del a) al q) definidos en el propósito: a) Diagnóstico preoperatorio.b) Operación (cirugía) planeada.c) Operación (cirugía) realizada.d) Diagnóstico postoperatorio.e) Descripción de la técnica quirúrgica.f) Hallazgos transoperatorios.g) Reporte del conteo de gasas, compresas y de instrumental quirúrgico.h) Incidentes y accidentes.i) Cuantificación de sangrado, si lo hubo y en su caso transfusiones.j) Resultados e interpretación de estudios de	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.k) Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante, si corresponde,l) Estado postquirúrgico inmediato.m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.n) Pronóstico.o) Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.p) Otros hallazgos de importancia para el paciente.q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.				servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios.k) Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante.l) Estado postquirúrgico inmediato.m) Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato.n) Pronóstico.o) Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico.p) Otros hallazgos de importancia para el paciente.q) Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.	
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.3	3. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésico.	**3**		HOSP	3. La nota postquirúrgica está disponible antes de que el paciente sea dado de alta del área de recuperación postanestésico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.4	1. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante la cirugía ambulatoria.	**3**		HOSP	1. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante la cirugía.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.4	2. Los resultados se documentan en el expediente clínico.	**3**		HOSP	2. Los resultados se documentan en el expediente clínico.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.4	3. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante el período postoperatorio inmediato.	**3**		HOSP	3. Se monitoriza el estado fisiológico del paciente de manera continua durante el período postoperatorio inmediato.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.4	4. Los resultados se documentan en el expediente clínico.	**3**		HOSP	4. Los resultados se documentan en el expediente clínico.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.5	1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.	**3**		HOSP	1. Se planea la atención médica, de enfermería y demás atención postquirúrgica de cada paciente.	**3**
AMB	CIRUGÍA	ASC.8.5	2. Los planes de atención quirúrgica se documentan en el expediente clínico.	**3**		HOSP	2. Los planes de atención quirúrgica se documentan en el expediente clínico	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	1. La organización ha definido un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considera las siguientes cuatro perspectivas:	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un proceso para educar al paciente y su familia durante todas las fases de la atención, que considera las siguientes cuatro perspectivas:	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	1.1. Basada en las necesidades específicas de cada paciente.			HOSP	1.1. Basada en las necesidades específicas de cada paciente.	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	1.2. Basada en la condición clínica y los programas de prevención y promoción a la salud.			HOSP	1.2. Basada en la condición clínica del paciente.	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	1.3. Organizacional.			HOSP	1.3. Organizacional.	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	1.4. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad.			HOSP	1.4. Acorde al Modelo Único de Evaluación de la Calidad.	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	2. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	3. La educación se proporciona de manera coordinada con un enfoque multidisciplinario.	**3**		HOSP	3. La educación se proporciona de manera coordinada con un enfoque multidisciplinario.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	4. La organización ha definido la manera y el lugar en que la educación proporcionada deberá documentarse.	**4**		HOSP	4. La organización ha definido la manera y el lugar en que la educación proporcionada deberá documentarse.	**4**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.1	5. Se documenta la educación proporcionada tal como lo definió la organización.	**3**		HOSP	5. Se documenta la educación proporcionada tal como lo definió la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	1. La organización define los elementos de la evaluación de barreras para el aprendizaje. 4	**2**		HOSP	1. La organización define los elementos de la evaluación de barreras para el aprendizaje. 4	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.	**2**		HOSP	2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	3. A cada paciente se le realiza una evaluación de las barreras para el aprendizaje.	**3**		HOSP	3. A cada paciente se le realiza una evaluación de las barreras para el aprendizaje como parte del proceso de evaluación inicial en las primeras 24 horas de hospitalización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	4. Se completa la evaluación de barreras para el aprendizaje de acuerdo a lo definido por la organización.	**3**		HOSP		**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	5. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.	**3**		HOSP	4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	6. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.	**3**		HOSP	5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2	7. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**		HOSP	6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	1. La organización define los elementos de la evaluación de necesidades específicas de educación de cada paciente.	**2**		HOSP	1. La organización define los elementos de la evaluación de necesidades específicas de educación de cada paciente.	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.	**2**		HOSP	2. La organización define el proceso de revaluación, si corresponde.	**2**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	3. A cada paciente se le realiza una evaluación de sus necesidades específicas de educación.	**3**		HOSP	3. A cada paciente se le realiza una evaluación de sus necesidades específicas de educación como parte del proceso de evaluación inicial (primeras 24 horas de hospitalización).	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.	**3**		HOSP	4. Si corresponde, se revalúa acorde a lo definido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.	**3**		HOSP	5. Se documentan los resultados de la evaluación en el expediente clínico.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**		HOSP	6. El personal clínico realiza esta evaluación de acuerdo a las funciones específicas que se le han asignado.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	7. A cada paciente se le proporciona educación basada en sus necesidades específicas.	**3**		HOSP	7. A cada paciente se le proporciona educación basada en sus necesidades específicas.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.2.1	8. Se documenta en el expediente clínico esta educación.	**3**		HOSP	8. Se documenta en el expediente clínico esta educación.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3	1. Acorde a la condición clínica de cada paciente, el personal clínico involucrado en el proceso de atención identifica la educación que debe de proporcionarse.	**3**		HOSP	1. Acorde a la condición clínica de cada paciente, el personal clínico involucrado en el proceso de atención identifica la educación que debe de proporcionarse.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3	2. Se proporciona la educación acorde a lo identificado por el personal clínico.	**3**		HOSP	2. Se proporciona la educación acorde a lo identificado por el personal clínico.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3	3. El personal clínico documenta en el expediente	**3**		HOSP	3. El personal clínico documenta en el expediente	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			clínico la educación que proporciona al paciente.				clínico la educación que proporciona al paciente.	
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.1	1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de los medicamentos.	**3**		HOSP	1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo de los medicamentos.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.1	2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.	**3**		HOSP	2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el uso seguro y efectivo del equipo médico.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.1	3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta y la nutrición adecuadas.	**3**		HOSP	3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre la dieta.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.1	4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor.	**3**		HOSP	4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre el manejo del dolor.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.1	5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.	**3**		HOSP	5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre las técnicas de rehabilitación.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.2	1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planeación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería	**3**		HOSP	1. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre planeación familiar, Anticoncepción Pos-Evento Obstétrico (APEO), consejería	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			para adolescentes, violencia familiar, violencia de género y Acoso sexual.				para adolescentes, violencia familiar, violencia de género y Acoso sexual.	
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.2	2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, autocuidado, detección y atención temprana especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardiológicos y cerebrovasculares.	**3**		HOSP	2. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, autocuidado, detección y atención temprana especialmente en grupos con obesidad, diabetes mellitus, padecimientos cardiológicos y cerebrovasculares.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.2	3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervicouterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.	**3**		HOSP	3. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de patologías oncológicas como cáncer cervicouterino, cáncer de mama o cáncer de próstata.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.2	4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.	**3**		HOSP	4. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre prevención, detección y atención temprana de adicciones causadas por el abuso en el consumo del alcohol, tabaco, drogas ilegales y médicas no prescritas.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.2	5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación.	**3**		HOSP	5. Si corresponde, los pacientes y sus familiares reciben educación sobre enfermedades prevenibles por vacunación.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.3.2	6. Si corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma durante el embarazo para solicitar atención en forma inmediata.	**3**		HOSP	6. Si corresponde, las pacientes embarazadas y sus familiares reciben educación para identificar datos de alarma durante el embarazo para solicitar atención en forma inmediata.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.4	1. Se proporciona educación a los pacientes, con base en lo establecido por la organización.	**3**		HOSP	1. Se proporciona educación a los pacientes, con base en lo establecido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.4	2. Se documenta la educación organizacional que se proporciona al paciente, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**		HOSP	2. Se documenta la educación organizacional que se proporciona al paciente, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	1. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con la Higiene de manos.	**3**		HOSP	1. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con la Higiene de manos.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	2. Se documenta la educación relacionada con la higiene de manos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**		HOSP	2. Se documenta la educación relacionada con la Higiene de manos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	3. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el riesgo de caídas.	**3**		HOSP	3. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el riesgo de caídas.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	4. Se documenta la educación relacionada con el riesgo de caídas, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**		HOSP	4. Se documenta la educación relacionada con el riesgo de caídas, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	5. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el dolor.	**3**		HOSP	5. A todos los pacientes se les proporciona educación relacionada con el dolor.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	6. Se documenta la educación relacionada con el dolor, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**		HOSP	6. Se documenta la educación relacionada con el dolor, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5	7. En las organizaciones que brindan servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, se proporciona educación relacionada al Fomento a la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas y puérperas.	**3**		HOSP	7. En las organizaciones que brindan servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, se proporciona educación relacionada al Fomento a la lactancia materna a todas las mujeres embarazadas y puérperas.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5				HOSP	8. Se documenta la educación relacionada al Fomento a la lactancia materna, acorde a la manera y	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							al lugar establecido por la organización.	
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5				HOSP	9. Cuando corresponda, se proporciona educación relacionada al manejo integral de cuidados paliativos.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.5				HOSP	10. Se documenta la educación relacionada al manejo integral de cuidados paliativos, acorde a la manera y al lugar establecido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.6	1. Se alienta a los pacientes a hacer preguntas y a decir lo que piensan, para confirmar que se comprendió la información.	**3**		HOSP	1. Se alienta a los pacientes a hacer preguntas y a decir lo que piensan, para confirmar que se comprendió la información.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.6	2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado acorde a las barreras para el aprendizaje y las preferencias del paciente.	**3**		HOSP	2. La información verbal se refuerza con material escrito, según sea adecuado acorde a las barreras para el aprendizaje y las preferencias del paciente.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.7	1. La organización incluye dentro de su proceso educativo el proporcionar educación a terceros.	**3**		HOSP	1. La organización incluye dentro de su proceso educativo el proporcionar educación a terceros.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.7	2. Se proporciona educación a terceros en las situaciones definidas por la organización.	**3**		HOSP	2. Se proporciona educación a terceros en las situaciones definidas por la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	EDUCACIÓN	PFE.7	3. Se proporciona educación a terceros de la manera definida por la organización.	**3**		HOSP	3. Se proporciona educación a terceros de la manera definida por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.7	4. Se documenta la educación proporcionada a terceros acorde a lo definido por la organización.	**3**		HOSP	4. Se documenta la educación proporcionada a terceros acorde a lo definido por la organización.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.7	5. Si corresponde, se proporciona educación a terceros.	**3**		HOSP	5. Si corresponde, se proporciona educación a terceros.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.8	1. El proceso educativo se proporciona de manera coordinada.	**3**		HOSP	1. El proceso educativo se proporciona de manera coordinada.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.8	2. Quienes imparten educación cuentan con el conocimiento del tema para hacerlo.	**3**		HOSP	2. Quienes imparten educación cuentan con el conocimiento del tema para hacerlo.	**3**
AMB	EDUCACIÓN	PFE.8	3. Quienes imparten educación cuentan con las competencias para hacerlo.	**3**		HOSP	3. Quienes imparten educación cuentan con las competencias para hacerlo	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	1. La organización define qué datos e información deberán manejarse de manera estandarizada.	**4**		HOSP	1. La organización define qué datos e información deberán manejarse de manera estandarizada.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	2. La organización define un proceso para la gestión de datos e información.	**4**		HOSP	2. La organización define un proceso para la gestión de datos e información.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	3. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de	**4**		HOSP	3. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			quienes prestan servicios clínicos.				quienes prestan servicios clínicos.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	4. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.	**4**		HOSP	4. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades de información de quienes hacen la gestión del establecimiento.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	5. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.	**4**		HOSP	5. El proceso para manejar información toma en cuenta las necesidades y requisitos de información de las personas y organismos ajenos a la organización.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	6. El proceso para manejar información es adecuado para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.	**4**		HOSP	6. El proceso para manejar información es adecuado para el tipo, tamaño y complejidad del establecimiento.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.1	7. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**		HOSP	7. La práctica es consistente con lo definido por la organización.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.2	1. La organización ha determinado qué datos e información clínica y no clínica son considerados confidenciales.	**2**		HOSP	1. La organización ha determinado qué datos e información clínica y no clínica son considerados confidenciales.	**2**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.2	2. Se define un proceso en el cual se ocupa la confidencialidad de la información de acuerdo con el contexto de la organización y	**2**		HOSP	2. Se define un proceso en el cual se ocupa la confidencialidad de la información de acuerdo al contexto de la organización y	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			conforme a la legislación aplicable vigente.				conforme a la legislación aplicable vigente.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.2	3. El proceso está implementado.	**3**		HOSP	3. El proceso está implementado.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.2	4. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.	**3**		HOSP	4. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.2	5. La organización define un proceso, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información. 4	**2**		HOSP	5. La organización define un proceso, conforme a la legislación aplicable vigente, que establece los requisitos para que el paciente acceda a su información. 4	**2**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.3	1. Se definen procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización.	**2**		HOSP	1. Se definen procesos para manejar la seguridad y la integridad de todos los datos e información generados por la organización.	**2**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.3	2. El proceso incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada.	**3**		HOSP	2. El proceso incluye niveles de seguridad para cada categoría de datos e información clasificada.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.3	3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información.	**3**		HOSP	3. Se identifican las personas que pueden acceder a cada categoría de datos e información.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.3	4. El proceso está implementado.	**3**		HOSP	4. El proceso está implementado.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.3	5. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.	**3**		HOSP	5. Se supervisa que se lleve a cabo el proceso.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.4	1. Se define un proceso para la conservación de todos los datos e información que genera la organización acorde a la legislación aplicable vigente.	**2**		HOSP	1. Se define un proceso para la conservación de todos los datos e información que genera la organización.	**2**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.4	2. El proceso establece el tiempo de conservación de los datos y la información acorde al contexto de la organización y a la legislación aplicable vigente.	**4**		HOSP	2. El proceso establece el tiempo de conservación de los datos y la información acorde al contexto de la organización y a la legislación aplicable vigente.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.4	3. El proceso de conservación establece la confidencialidad y seguridad esperadas.	**4**		HOSP	3. El proceso de conservación establece la confidencialidad y seguridad esperadas.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.4	4. Los datos y la información se destruyen debidamente.	**3**		HOSP	4. Los datos y la información se destruyen debidamente.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.5	1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios.	**3**		HOSP	1. La difusión de datos e información satisface las necesidades de los usuarios.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.5	2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.	**3**		HOSP	2. Los usuarios reciben los datos y la información de manera oportuna.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.5	3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que colabora con su uso deseado.	**3**		HOSP	3. Los usuarios reciben los datos y la información en un formato que colabora con su uso deseado.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.5	4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesaria para cumplir las responsabilidades de su trabajo.	**3**		HOSP	4. El personal tiene acceso a los datos y la información necesaria para cumplir las responsabilidades de su trabajo.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.6	1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.	**3**		HOSP	1. El personal clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.6	2. El personal no clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.	**3**		HOSP	2. El personal no clínico participa en las decisiones de tecnología de la información.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.6	3. El personal directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.	**3**		HOSP	3. El personal directivo participa en las decisiones de tecnología de la información.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.7	1. Los datos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.	**3**		HOSP	1. Los datos y la información están protegidos contra pérdidas o destrucción.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.7	2. Los datos y la información están protegidos contra	**3**		HOSP	2. Los datos y la información están protegidos contra	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			alteraciones y acceso o uso no autorizados.				alteraciones y acceso o uso no autorizados.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.7	3. El expediente clínico forma parte de este proceso contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.	**3**		HOSP	3. El expediente clínico forma parte de este proceso contra pérdidas, destrucción, alteración y acceso o uso no autorizado.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.8	1. El personal recibe capacitación acerca de la gestión de la información.	**3**		HOSP	1. El personal recibe capacitación acerca de la gestión de la información.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.8	2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.	**3**		HOSP	2. La educación se adecua a las necesidades y responsabilidades del trabajo.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.8	3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para respaldar la toma de decisiones.	**3**		HOSP	3. Los datos y la información clínica y de gestión se integran según sea necesario para respaldar la toma de decisiones.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.9	1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación. b) El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos. c) Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen. d) La identificación de los cambios en los documentos. e) El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento. f) El control de los documentos originados fuera del establecimiento. g) La retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente,	**2**		HOSP	1. Se ha definido un proceso que establece la elaboración y actualización de documentos, en el cual se describen, al menos, los incisos del a) al h) definidos en el propósito. a) La revisión y aprobación de todos los documentos por parte de personal autorizado, antes de su publicación. b) El proceso y la frecuencia de la revisión y la aprobación continua de los documentos. c) Los controles para asegurar que sólo las versiones actuales y relevantes de los documentos estén disponibles dondequiera que se utilicen. d) La identificación de los cambios en los documentos. e) El mantenimiento de la identidad y el carácter legible del documento. f) El control de los documentos originados fuera del establecimiento. g) La retención de documentos obsoletos durante, al menos, el tiempo exigido por la legislación aplicable vigente,	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			mientras se asegura que no se utilicen por error. h) La identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación.				mientras se asegura que no se utilicen por error. h) La identificación y el seguimiento de todos los documentos en circulación.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.9	2. El proceso está implementado.	**3**		HOSP	2. El proceso está implementado.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.9	3. Todos los documentos relacionados con el Modelo se encuentran vigentes y acordes a lo definido en el proceso.	**3**		HOSP	3. Todos los documentos relacionados con el Modelo se encuentran vigentes y acordes a lo definido en el proceso.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.9	4. Los documentos que se manejan en la organización son resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración.	**3**		HOSP	4. Los documentos que se manejan en la organización son resultado de un trabajo multidisciplinario en colaboración.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10	1. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos.	**7**		HOSP	1. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos clínicos.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10	2. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos de gestión.	**7**		HOSP	2. La agrupación, categorización y análisis de los datos y la información respaldan los procesos de gestión.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10	3. La agrupación, categorización y análisis respaldan el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	3. La agrupación, categorización y análisis respaldan el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.1	1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.	**5**		HOSP	1. La organización define un proceso para agrupar, categorizar y analizar datos e información.	**5**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.1	1.1. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con los sistemas críticos.	**7**		HOSP	1.1. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con los sistemas críticos.	**5**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.1	1.2. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con la supervisión de los procesos.	**7**		HOSP	1.2. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con la supervisión de los procesos.	**5**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.1	1.3. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	1.3. Se agrupan, categorizan y analizan los datos e información relacionada con el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.2	1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de estas.	**6**		HOSP	1. La organización cuenta con un proceso para participar en bases de datos externas o usar información de estas.	**6**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.2	2. La organización contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a la legislación aplicable vigente.	**9**		HOSP	2. La organización contribuye brindando datos o información a bases de datos externas, conforme a la legislación aplicable vigente.	**9**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.10.2	3. La organización compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.	**9**		HOSP	3. La organización compara su desempeño utilizando como referencia bases de datos externas. Al contribuir con bases de datos externas, o al usarlas, se mantienen la seguridad y la confidencialidad de la información.	**9**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.11	1. La organización ha identificado la comunidad y la población de interés.	**5**		HOSP	1. La organización ha identificado la comunidad y la población de interés.	**5**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.11	2. La organización implementa una estrategia de comunicación con la comunidad y población de interés, acorde a sus condiciones socioculturales.	**7**		HOSP	2. La organización implementa una estrategia de comunicación con la comunidad y población de interés, acorde a sus condiciones socioculturales.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.11	3. La organización brinda información, de manera efectiva, sobre sus servicios,	**3**		HOSP	3. La organización brinda información, de manera efectiva, sobre sus servicios,	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			horarios de atención y el proceso para acceder a la atención.				horarios de atención y el proceso para acceder a la atención.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.11	4. La organización brinda información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.	**3**		HOSP	4. La organización brinda información, de manera sistemática y continua, sobre la calidad de sus servicios.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.12	1. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.	**3**		HOSP	1. Los pacientes y sus familiares reciben información completa y acorde a sus condiciones socioculturales sobre cómo acceder a los servicios del establecimiento.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.12	2. Los pacientes y sus familiares reciben información sobre los procesos de atención.	**3**		HOSP	2. Los pacientes y sus familiares reciben información sobre los procesos de atención.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.12	3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.	**3**		HOSP	3. La información sobre alternativas de atención y servicios se proporciona cuando el establecimiento no puede prestar la atención o los servicios.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.12.1	1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.	**3**		HOSP	1. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un formato comprensible.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.12.1	2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensibles.	**3**		HOSP	2. La comunicación y la educación del paciente y de su familia se dan en un lenguaje e idioma comprensibles.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.13	1. Los líderes se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.	**3**		HOSP	1. Los líderes se aseguran de que haya procesos implementados para comunicar información relevante en toda la organización, de manera oportuna.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.13	2. Hay una comunicación efectiva en la organización, entre sus profesionales, áreas y servicios.	**3**		HOSP	2. Hay una comunicación efectiva en la organización, entre sus profesionales, áreas y servicios.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.13	3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.	**7**		HOSP	3. Se da una comunicación efectiva con las otras organizaciones.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.13	4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.	**3**		HOSP	4. Se da una comunicación efectiva con los pacientes y sus familiares.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.13	5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.	**3**		HOSP	5. Las autoridades comunican la misión del establecimiento y las políticas, planes y objetivos adecuados a todo el personal.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.14	1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.	**3**		HOSP	1. Los líderes aseguran una comunicación efectiva tanto entre los servicios clínicos y no clínicos, como entre los individuos.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.14	2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.	**3**		HOSP	2. Los líderes fomentan la comunicación durante la prestación de servicios clínicos.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.15				HOSP	1. La organización proporciona dirección, apoyo y recursos para la tecnología de la información del cuidado de la salud en el hospital.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.15				HOSP	2. La organización identifica a una persona calificada para supervisar los sistemas de tecnología de la información del cuidado de la salud en el hospital con la responsabilidad de al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) Recomendar espacio, equipo, tecnología y otros recursos al liderazgo del hospital para apoyar los sistemas de tecnología de la información en el hospital. b) Coordinar y realizar actividades de evaluación de riesgos para evaluar los riesgos de seguridad de la información, priorizar riesgos e identificar mejoras. c) Asegurar que el personal y otros tengan la formación y capacitación sobre seguridad de la información y políticas y procedimientos aplicables.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							d) Identificar métricas para evaluar como los sistemas, están funcionando y afectando al personal y a los pacientes.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.15				HOSP	3. Las partes interesadas, como el personal clínico y no clínico y los líderes de departamentos/servicios, participan en procesos como la selección, pruebas, implementación y evaluación de sistemas de tecnología de información del cuidado de la salud nuevos y en evolución.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.15				HOSP	4. Los sistemas de tecnología de la información del cuidado de la salud nuevos y en evolución se monitorean y evalúan para determinar su usabilidad, efectividad, resultados del personal y seguridad del paciente, y las mejoras se identifican e implementan en función de los resultados.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.16				HOSP	1. La organización define un proceso para garantizar la calidad de la atención al paciente manteniendo la	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
							seguridad y confidencialidad de la información.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.16				HOSP	2. Cuando se transmite información del paciente a través de mensajes de texto, correo electrónico u otras comunicaciones de datos, la organización se asegura de que el proceso mantenga la confidencialidad de la información del paciente.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.16				HOSP	3. La organización implementa un proceso en donde el paciente autoriza por escrito la transmisión de su información, a través de mensajes de texto, correo electrónico u otras comunicaciones de datos.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.16				HOSP	4. La organización implementa procesos para monitorizar el cumplimiento a las políticas establecidas.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	1. La organización define un programa para responder al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos y la práctica es consistente con ello.	**6**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	2. El hospital desarrolla y mantiene, y prueba al menos una vez al año, un programa de respuesta al tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	3. El hospital identifica el impacto probable que tendrá el tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos en todos los aspectos de la atención y los servicios.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	4. El programa incluye estrategias de continuidad para la prestación de servicios y atención al paciente seguros y de alta calidad, incluidos los servicios proporcionados por proveedores externos, durante el tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	5. El programa identifica estrategias de comunicación internas y, cuando corresponda, externas para el tiempo de inactividad planificado y no planificado.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	6. El hospital identifica e implementa tácticas de recuperación de tiempo de inactividad y procesos de respaldo de datos continuos para recuperar y mantener los datos y garantizar la integridad de los datos y mantener la confidencialidad y seguridad de la información del paciente.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.17				HOSP	7. El personal está capacitado en las estrategias y tácticas utilizadas para el tiempo de inactividad planificado y no planificado de los sistemas de datos.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.18	1. La organización determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico.	**3**		HOSP	1. La organización determina qué prestadores de atención tienen acceso al expediente clínico.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.18	2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.	**3**		HOSP	2. El expediente está a disposición de dichos prestadores.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.18	3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.	**3**		HOSP	3. El expediente está actualizado para asegurar la comunicación de la información más reciente.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19	1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.	**3**		HOSP	1. Se abre un expediente clínico para cada paciente que la organización evalúe o trate.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19	2. Los expedientes clínicos se controlan mediante el uso de un identificador, número de expediente o algún otro método efectivo.	**3**		HOSP	2. Los expedientes clínicos se controlan mediante el uso de un identificador, número de expediente o algún otro método efectivo.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.1	1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.	**3**		HOSP	1. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para identificar al paciente.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.1	2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.	**3**		HOSP	2. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para apoyar el diagnóstico.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.1	3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.	**3**		HOSP	3. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para justificar la atención y el tratamiento.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.1	4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento.	**3**		HOSP	4. Los expedientes clínicos contienen la información adecuada para documentar el curso y los resultados del tratamiento.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.2	1. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	1. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.2	2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.	**3**		HOSP	2. Los expedientes clínicos dan cumplimiento a los registros solicitados por el Modelo Único de Evaluación de la Calidad.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.2	3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.	**7**		HOSP	3. Se documentan todas las evaluaciones realizadas por los distintos profesionales de la salud.	**7**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.3	1. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen la hora de llegada.	**3**		HOSP	1. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen la hora de llegada.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.3	2. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.	**3**		HOSP	2. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen las conclusiones al terminar el tratamiento.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.3	3. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen el estado del paciente al alta.	**3**		HOSP	3. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen el estado del paciente al alta.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.3	4. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen todas las instrucciones	**3**		HOSP	4. Los expedientes de los pacientes que reciben atención en el Servicio de Urgencias incluyen todas las instrucciones	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			para la atención de seguimiento.				para la atención de seguimiento.	
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	1. Se realiza un resumen de la atención brindada cuando el paciente cambia de área o servicio.	**3**		HOSP	1. Se realiza un resumen de la atención brindada cuando el paciente cambia de área o servicio.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	2. El resumen incluye el motivo de la transferencia.	**3**		HOSP	2. El resumen incluye el motivo de la transferencia.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.	**3**		HOSP	3. El resumen incluye los hallazgos relevantes.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	4. El resumen incluye los diagnósticos realizados.	**3**		HOSP	4. El resumen incluye los diagnósticos realizados.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.	**3**		HOSP	5. El resumen incluye todos los procedimientos realizados.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.	**3**		HOSP	6. El resumen incluye todos los medicamentos y demás tratamientos administrados.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.19.4	7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.	**3**		HOSP	7. El resumen incluye el estado del paciente al momento de la transferencia.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.20	1. La organización definió el personal que está autorizado para ingresar información en el expediente clínico.	**4**		HOSP	1. La organización definió el personal que está autorizado para ingresar información en el expediente clínico.	**4**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.20	2. La organización definió el formato y la ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.	**4**		HOSP	2. La organización definió el formato y la ubicación de la información que se documenta en el expediente clínico.	**4**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.20	3. Sólo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos.	**3**		HOSP	3. Sólo las personas autorizadas ingresan información en los expedientes clínicos.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.20.1	1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico y se consigna el nombre y la firma.	**3**		HOSP	1. Se puede identificar al autor de cada ingreso de información en el expediente clínico y se consigna el nombre y la firma.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.20.1	2. Se identifica la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico.	**3**		HOSP	2. Se identifica la fecha de cada ingreso de información en el expediente clínico.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.20.1	3. Se identifica la hora de ingreso de la información en el expediente clínico.	**3**		HOSP	3. Se identifica la hora de ingreso de la información en el expediente clínico.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.	**3**		HOSP	1. Los expedientes clínicos de los pacientes se revisan periódicamente.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	2. La revisión emplea una muestra representativa.	**3**		HOSP	2. La revisión emplea una muestra representativa.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.	**3**		HOSP	3. La revisión la realizan médicos, enfermeras y demás personas autorizadas a ingresar información en los expedientes clínicos o a manejar los mismos.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	4. El Comité del Expediente Clínico o grupo de trabajo coordina la revisión de expedientes clínicos.	**3**		HOSP	4. El Comité del Expediente Clínico o grupo de trabajo coordina la revisión de expedientes clínicos.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.	**3**		HOSP	5. La revisión se centra en lo oportuno, legible y completo de la información clínica, así como en la coherencia del manejo del paciente y la continuidad de las acciones propuestas.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	6. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	6. El contenido de los expedientes se revisa y analiza de acuerdo a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.	**3**		HOSP	7. Los expedientes clínicos de los pacientes activos y dados de alta se incluyen en el proceso de revisión.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	8. Los resultados del proceso de revisión se analizan y se identifican patrones y tendencias.	**3**		HOSP	8. Los resultados del proceso de revisión se analizan y se identifican patrones y tendencias.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	9. Se implementan acciones para mejorar la documentación de los expedientes clínicos.	**3**		HOSP	9. Se implementan acciones para mejorar la documentación de los expedientes clínicos.	**3**
AMB	INFORMACIÓN	MCI.21	10. La información generada se incluye en la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	10. La información generada se incluye en la identificación de riesgos y problemas del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.1				HOSP	1. Se cuenta con un Plan estratégico de la Organización. 4	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.1				HOSP	2. Los líderes han establecido objetivos a partir del análisis del contexto y las partes interesadas de la organización.	**6**
AMB	LIDERAZGO	GLD.1				HOSP	3. Los objetivos de la organización incluyen objetivos e indicadores relacionados con la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**6**
AMB	LIDERAZGO	GLD.1				HOSP	4. Se implementan actividades operativas para cubrir los objetivos del plan estratégico, los mecanismos de monitoria (indicadores), los responsables y plazos de cumplimiento.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2	1. El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.	**7**		HOSP	1. El gobierno de la organización se involucra, participa, se responsabiliza y valida el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.2	2. El gobierno de la organización valida una estructura y un proceso en toda la organización para evaluar los datos, planificar el cambio y sostener las mejoras de calidad y seguridad de los pacientes y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.	**6**		HOSP	2. El gobierno de la organización valida una estructura y un proceso en toda la organización para evaluar los datos, planificar el cambio y sostener las mejoras de calidad y seguridad de los pacientes y facilita la educación al personal sobre el proceso de mejora de la calidad.	**6**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2	3. El gobierno de la organización revisa al menos semestralmente la siguiente información:	**7**		HOSP	3. El gobierno de la organización revisa al menos semestralmente la siguiente información:	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2	3.1. La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos.	**7**		HOSP	3.1. La cantidad y el tipo de eventos centinela y eventos adversos.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2	3.2. Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.	**7**		HOSP	3.2. Las acciones emprendidas para mejorar la seguridad en respuesta a los eventos centinela y adversos.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2	**4.** La información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes se comunica regularmente al personal.	**7**		HOSP	4. La información sobre el programa de mejora de la calidad y la seguridad de los pacientes se comunica regularmente al personal.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.	**4**		HOSP	1. Se ha diseñado un proceso para medir y analizar la cultura de la seguridad del paciente de la organización.	**4**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	2. Se ha definido el cuestionario que la organización utilizará para evaluarla.	**4**		HOSP	2. Se ha definido el cuestionario que la organización utilizará para evaluarla.	**4**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.	**4**		HOSP	3. Se ha definido la muestra de personal (con enfoque multidisciplinario y de sistema) que responderá el cuestionario.	**4**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	4. El cuestionario se aplica al menos cada año a la muestra seleccionada.	**3**		HOSP	4. El cuestionario se aplica al menos cada año a la muestra seleccionada.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	5. 5. Los resultados de la medición se miden y se analizan al menos cada año.	**7**		HOSP	5. 5. Los resultados de la medición se miden y se analizan al menos cada año.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	6. Se identifican prioridades a través del análisis, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.	**7**		HOSP	6. La información se analiza para identificar prioridades, con el propósito de mejorar la cultura de seguridad del paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	7. Se diseñan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.	**7**		HOSP	7. Se diseñan acciones y estrategias para mejorar las prioridades identificadas.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.2.1/ AESP 8	8. La información obtenida se vincula con los sistemas críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del paciente.	**7**		HOSP	8. La información obtenida se vincula con los sistemas críticos y el Plan de Calidad y Seguridad del paciente.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.3	1. Se han definido las responsabilidades del gobierno de la organización, incluyendo la responsabilidad con la mejora de la calidad y seguridad. 4	**2**		HOSP	1. Se han definido las responsabilidades del gobierno de la organización, incluyendo la responsabilidad con la mejora de la calidad y seguridad. 4	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3	2. Se cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada del desempeño de los directivos de la organización.	**3**		HOSP	2. Se cuenta con, al menos, una evaluación anual documentada del desempeño de los directivos de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3	3. Se incluyen para la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la calidad y seguridad.	**3**		HOSP	3. Se incluyen para la evaluación del desempeño aspectos relacionados con la calidad y seguridad hospitalaria.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.1	1. El gobierno de la organización aprueba la misión, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.	**2**		HOSP	1. El gobierno de la organización aprueba la misión, la cual incluye su compromiso con la calidad y seguridad.	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.1	2. El gobierno de la organización aprueba el manual de Organización del establecimiento.	**2**		HOSP		
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.1	3. El gobierno de la organización garantiza la revisión de la misión de la organización, cuando corresponda.	**3**		HOSP	2. El gobierno de la organización garantiza la revisión de la misión de la organización, cuando corresponda.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.1	4. Los responsables del gobierno de la organización hacen pública la misión de la organización.	**3**		HOSP	3. Los responsables del gobierno de la organización hacen pública la misión de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.2	1. El gobierno de la organización aprueba los programas de gestión, así como procesos para el funcionamiento de la organización.	**3**		HOSP	1. El gobierno de la organización aprueba los programas de gestión, así como procesos para el funcionamiento de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.2				HOSP	2. El gobierno de la organización aprueba el manual de Organización del establecimiento.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.2	2. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en los procesos de la organización.	**3**		HOSP	3. Cuando la autoridad de aprobación se delega, se encuentra definida en los procesos de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.2	3. El gobierno de la organización aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo se supervisa la calidad de dichos programas.	**3**		HOSP	4. El gobierno de la organización aprueba los programas relacionados con la educación a profesionales de la salud y con la investigación; asimismo se supervisa la calidad de dichos programas.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.3	1. El gobierno de la organización aprueba el presupuesto para el funcionamiento de la organización.	**3**		HOSP	1. El gobierno de la organización aprueba el presupuesto para el funcionamiento de la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.3	2. El gobierno de la organización asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión de la organización.	**3**		HOSP	2. El gobierno de la organización asigna los recursos necesarios para cumplir con la misión de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.4	1. El gobierno de la organización designa al director o gerente general de la organización.	**3**		HOSP	1. El gobierno de la organización designa al director o gerente general de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.4	2. El gobierno de la organización evalúa el desempeño del director o gerente general de la organización	**3**		HOSP	2. El gobierno de la organización evalúa el desempeño del director o gerente general de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.5	1. El gobierno de la organización aprueba el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	1. El gobierno de la organización aprueba el diseño y la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.5	2. El gobierno de la organización supervisa la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**		HOSP	2. El gobierno de la organización supervisa la implementación del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.5	3. El gobierno de la organización recibe informes sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, y toma	**7**		HOSP	3. El gobierno de la organización recibe informes sobre el Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, y toma	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			medidas basándose en los mismos.				medidas basándose en los mismos.	
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.6				HOSP	1. La organización integra un proceso compartido para la toma de decisiones.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.6				HOSP	2. Un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud participa en la toma de decisiones.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.6				HOSP	3. La toma de decisiones se realiza de manera autónoma y descentralizada.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.7	1. Se identifica de manera permanente en la estructura de la organización la función de calidad y seguridad en la atención y se cuenta con un responsable.	**7**		HOSP	1. Se identifica de manera permanente en la estructura de la organización la función de calidad y seguridad en la atención y se cuenta con un responsable.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.7	2. El responsable de calidad en la organización depende directamente de la alta dirección y tiene el respaldo necesario para llevar a cabo sus funciones en conjunto con los líderes de la organización.	**7**		HOSP	2. El responsable de calidad en la organización depende directamente de la alta dirección y tiene el respaldo necesario para llevar a cabo sus funciones en conjunto con los líderes de la organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.7	3. Las funciones y responsabilidades de calidad y seguridad en la atención se coordinan por el responsable de calidad.	**7**		HOSP	3. Las funciones y responsabilidades de calidad y seguridad en la atención se coordinan por el responsable de calidad.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.3.7	4. La persona responsable del área de calidad cumple con las competencias establecidas por la organización.	**7**		HOSP	4. La persona responsable del área de calidad cumple con las competencias establecidas por la organización.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del establecimiento.	**3**		HOSP	1. El director o gerente general maneja el funcionamiento diario del hospital.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.	**3**		HOSP	2. El director o gerente general posee la capacitación, educación y experiencia necesarias para cumplir con sus responsabilidades, de acuerdo al perfil del puesto y a la legislación aplicable vigente.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno de la organización.	**3**		HOSP	3. El director o gerente general recomienda políticas al gobierno de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas y procesos aprobados.	**3**		HOSP	4. El director o gerente general asegura el cumplimiento de las políticas y procesos aprobados.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	5. El director o gerente general asegura el	**3**		HOSP	5. El director o gerente general asegura el	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			cumplimiento de la legislación aplicable vigente.				cumplimiento de la legislación aplicable vigente.	
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.	**3**		HOSP	6. El director o gerente general responde todos los informes de los organismos de inspección y regulación.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4	7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.	**3**		HOSP	7. El director o gerente general administra los recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4.1				HOSP	1. Los líderes actuales de la organización se encuentran identificados.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4.1				HOSP	2. Se han desarrollado programas de capacitación para el desarrollo de habilidades directivas dirigida a los líderes actuales de la Organización.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4.1				HOSP	3. Se ha definido una metodología para identificar a los líderes potenciales.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.4.1				HOSP	4. Se han desarrollado programas de capacitación para el desarrollo de habilidades directivas dirigida a los líderes potenciales.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5	1. Los líderes trabajan en colaboración para cumplir con la misión de la organización.	**3**		HOSP	1. Los líderes trabajan en colaboración para cumplir con la misión de la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.5	2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de elaborar los planes, políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.	**3**		HOSP	2. Los líderes son responsables, en forma colectiva, de elaborar los planes, políticas y procedimientos necesarios para llevar a cabo la misión.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5	3. Los líderes se aseguran del cumplimiento a las políticas y los procedimientos aprobados.	**3**		HOSP	3. Los líderes se aseguran del cumplimiento a las políticas y los procedimientos aprobados.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.1	1. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán.	**2**		HOSP	1. Los planes de la organización describen la atención y los servicios que se proporcionarán.	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.1	2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión de la organización.	**3**		HOSP	2. La atención y los servicios que se ofrecerán coinciden con la misión de la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.1	3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará la organización.	**3**		HOSP	3. Los directivos y responsables de áreas determinan el tipo de atención y servicios que prestará la organización.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.2	1. La organización de atención médica ha diseñado un programa de cultura justa cuyo propósito sea mejorar la seguridad en la atención. 4	**5**		HOSP	1. La organización de atención médica ha diseñado un programa de cultura justa cuyo propósito sea mejorar la seguridad en la atención. 4	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.2	2. El programa de cultura justa esta implementado en la Organización.	**7**		HOSP	2. El programa de cultura justa esta implementado en la Organización.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.3	1. La organización define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes. 4	**5**		HOSP	1. La organización define e implementa un proceso para evaluar la experiencia de los pacientes. 4	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.3	2. Se mide la experiencia del paciente mediante una herramienta estandarizada de manera regular durante todo el año.	**7**		HOSP	2. Se mide la experiencia del paciente mediante una herramienta estandarizada de manera regular durante todo el año.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.3	3. La organización define e implementa una estrategia sistemática para el levantamiento de encuestas por un ente externo que evalúe la experiencia de los pacientes, al menos una vez al año.	**7**		HOSP	3. La organización define e implementa una estrategia sistemática para el levantamiento de encuestas por un ente externo que evalúe la experiencia de los pacientes, al menos una vez al año.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.3	4. La información de ambas evaluaciones se analiza para mejorar los procesos y por lo tanto la experiencia del paciente en la organización.	**7**		HOSP	4. La información de ambas evaluaciones se analiza para mejorar los procesos y por lo tanto la experiencia del paciente en la organización.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.3	5. Como resultado del análisis de la información se implementan estrategias para mejorar la experiencia del paciente.	**7**		HOSP	5. Como resultado del análisis de la información se implementan estrategias para mejorar la experiencia del paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.4	1. La organización identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en	**2**		HOSP	1. La organización identifica las recomendaciones de organismos gubernamentales y demás fuentes de autoridad en	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planeados.				relación con el equipo y los insumos que se necesitarán para proporcionar los servicios planeados.	
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.4	2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.	**3**		HOSP	2. Los equipos, insumos y medicamentos recomendados se obtienen según sea adecuado.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.4	3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.	**3**		HOSP	3. Se utilizan el equipo, los insumos y los medicamentos recomendados.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.4	4. La organización ha definido un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.	**4**		HOSP	4. La organización ha definido un proceso para revisar y aprobar, antes de que sean utilizados en la atención del paciente, aquellos procedimientos, tecnologías y productos farmacéuticos considerados como experimentales.	**4**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.5	1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.	**5**		HOSP	1. La organización define un proceso para la supervisión de servicios subrogados.	**5**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.5	2. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito: a) Características y condiciones de entrega del servicio. b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente. c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, si corresponde. d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, si corresponde.	**5**		HOSP	2. Para cada servicio subrogado, se definen las especificaciones de calidad que incluye, al menos, los incisos del a) al d) definidos en el propósito. a) Características y condiciones de entrega del servicio. b) Cumplimiento de la legislación aplicable vigente. c) Aspectos relevantes de los sistemas críticos, si corresponde. d) Aspectos relevantes de Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, si corresponde.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.5	3. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.	**7**		HOSP	3. Se supervisa periódicamente el cumplimiento de las especificaciones de calidad de cada servicio subrogado y se documenta, al menos, una vez al año.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.5	4. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.	**7**		HOSP	4. Los resultados se comunican a los líderes y proveedores y se toman acciones, si corresponde.	**7**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.6	1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos básicos de la calidad y la seguridad del paciente.	**7**		HOSP	1. Los líderes médicos, de enfermería y otros recibieron educación o están familiarizados con los conceptos básicos de la calidad y la seguridad del paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.6	2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.	**7**		HOSP	2. Los líderes médicos, de enfermería y otros participan en procesos relevantes de mejora de la calidad y seguridad del paciente.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.7	1. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.	**3**		HOSP	1. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el reclutamiento del personal.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.7	2. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para la retención del personal.	**7**		HOSP	2. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para la retención del personal.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.5.7	3. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el desarrollo individual y la educación continua del personal.	**3**		HOSP	3. El liderazgo de la organización colabora en la planeación del proceso para el desarrollo individual y la educación continua del personal.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus	**2**		HOSP	1. Existe una estructura organizacional efectiva que incluye líderes médicos, de enfermería y demás líderes para llevar a cabo sus	**2**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			responsabilidades y su autoridad.				responsabilidades y su autoridad.	
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.	**2**		HOSP	2. La estructura es adecuada para el tamaño y la complejidad de la organización.	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	3. La estructura organizacional se encuentra representada en un organigrama.	**2**		HOSP	3. La estructura organizacional se encuentra representada en un organigrama.	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.	**3**		HOSP	4. La estructura y procesos organizacionales respaldan la comunicación entre los profesionales.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planeación clínica y la elaboración de políticas.	**3**		HOSP	5. La estructura y procesos organizacionales respaldan la planeación clínica y la elaboración de políticas.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.	**3**		HOSP	6. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de cuestiones de ética profesional.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6	7. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.	**3**		HOSP	7. La estructura y procesos organizacionales respaldan la supervisión de la calidad de los servicios clínicos.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.1				HOSP	1. Se han definido criterios para identificar los puestos críticos de la Organización.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.1				HOSP	2. Se han identificado los puestos críticos de la Organización.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.1				HOSP	3. Se cuenta con mecanismos para la retención de los puestos identificados como críticos.	**5**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.2				HOSP	1. Se cuenta con un proceso para evaluar el Clima Organizacional.	**6**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.2				HOSP	2. Se mide el clima Organizacional mediante una herramienta estandarizada por lo menos cada dos años.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.2				HOSP	3. Se lleva a cabo el análisis de los resultados y se toman acciones de acuerdo a los resultados.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.3				HOSP	1. La organización ha identificado los principales residuos que genera y que ocasionan deterioro del medio ambiente.	**6**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.3				HOSP	2. La organización identifica sus principales fuentes de desperdicio de energía.	**6**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.3				HOSP	3. Se implementan estrategias para generar conciencia en el personal sobre la importancia y participación en el cuidado ambiental.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.3				HOSP	4. Se implementan estrategias para limitar el impacto al medio ambiente, acorde al contexto y recursos de la organización.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.4				HOSP	1. Se promueve entre todos los líderes de la organización la actividad de innovación en sus diferentes niveles y departamentos.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.4				HOSP	2. La organización cuenta con un mecanismo que promueve la innovación y facilita al personal presentar sus innovaciones a la alta dirección para apoyar su implementación.	**6**
AMB	LIDERAZGO	GLD.6.4				HOSP	3. En la organización se desarrollan proyectos de innovación en los procesos clínicos y/o de Gestión.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7	1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio de la organización.	**3**		HOSP	1. Una persona con la debida capacitación, educación y experiencia dirige cada área o servicio de la organización.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.7	2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.	**3**		HOSP	2. Cuando hay más de una persona a cargo del área o servicio, se definen por escrito las responsabilidades de cada una.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.1	1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.	**3**		HOSP	1. Existe una coordinación y una integración de servicios dentro de cada área.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.1	2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.	**3**		HOSP	2. Existe una coordinación y una integración de servicios con otras áreas o servicios.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.2	1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.	**3**		HOSP	1. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el espacio necesario para prestar servicios.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.2	2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.	**3**		HOSP	2. Los responsables de cada área o servicio recomiendan el equipo necesario para prestar servicios.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.2	3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.	**3**		HOSP	3. Los responsables de cada área o servicio recomiendan la cantidad y las competencias del personal necesarias para prestar servicios.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.2	4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.	**3**		HOSP	4. Los responsables de cada área o servicio recomiendan otros recursos especiales necesarios para prestar servicios.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.2	5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.	**4**		HOSP	5. Los responsables de cada área o servicio cuentan con un proceso para responder ante una escasez de recursos.	**4**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.3	1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de los requisitos de educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas o área a su cargo.	**3**		HOSP	1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de los requisitos de educación, destrezas, conocimiento y experiencia necesarios del personal profesional de las áreas o área a su cargo.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.3	2. La organización emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.	**3**		HOSP	2. La organización emplea tales criterios para seleccionar o recomendar personal profesional.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.4	1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.	**2**		HOSP	1. Los responsables de cada área o servicio establecieron un programa de inducción.	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.4	2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.	**3**		HOSP	2. Todo el personal de las áreas o servicios cumplieron el programa.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.4	3. La inducción del personal de nuevo ingreso incluye aspectos relevantes relacionados con la calidad y seguridad acorde a sus funciones y nivel de responsabilidad.	**3**		HOSP	3. La inducción del personal de nuevo ingreso incluye aspectos relevantes relacionados con la calidad y seguridad acorde a sus funciones y nivel de responsabilidad.	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.5	1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.	**7**		HOSP	1. Los responsables de cada área o servicio participan en la identificación de riesgos y problemas, según corresponda.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.5	2. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, experiencia del paciente, entre otros.	**7**		HOSP	2. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación de los procesos de atención a través del análisis de los resultados de indicadores, quejas, experiencia del paciente, entre otros.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.5	3. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación del personal que brinda los procesos de atención.	**7**		HOSP	3. Los responsables de cada área o servicio participan en la evaluación del personal que brinda los procesos de atención.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.7.5	4. Los responsables de cada área o servicio participan en la supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.	**7**		HOSP	4. Los responsables de cada área o servicio participan en la supervisión de los servicios subrogados cuando corresponda.	**7**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8	1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos.	**2**		HOSP	1. La organización ha definido un marco para el manejo ético de la organización que protege a los pacientes y sus derechos.	**2**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8	2. El equipo responsable de analizar y dar seguimiento a los problemas éticos está conformado por un equipo	**3**		HOSP	2. El Comité Hospitalario de Bioética está conformado según la legislación aplicable	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			multidisciplinario y lleva a cabo sus funciones.				vigente y lleva a cabo sus funciones.	
AMB	LIDERAZGO	GLD.8				HOSP	3. El Comité Hospitalario de Bioseguridad está conformado según la legislación aplicable vigente y lleva a cabo sus funciones.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.1	1. La organización resuelve todo conflicto de interés.	**3**		HOSP	1. La organización resuelve todo conflicto de interés.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.1	2. La organización describe honestamente sus servicios a los pacientes.	**3**		HOSP	2. La organización describe honestamente sus servicios a los pacientes.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.1	3. La organización ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.	**3**		HOSP	3. La organización ofrece políticas claras de admisión, transferencia y alta.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.1	4. La organización factura sus servicios con precisión.	**3**		HOSP	4. La organización factura sus servicios con precisión.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.1	5. La organización resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.	**3**		HOSP	5. La organización resuelve conflictos cuando los incentivos económicos y los convenios de pago pudieran comprometer la atención del paciente.	**3**
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.2	1. El marco de la organización para el manejo	**3**		HOSP	1. El marco de la organización para el manejo	**3**

Segmento	APARTADO	ESTÁNDAR	Elemento Medible	MUEC Etapa		Segmento	Elemento Medible	MUEC Etapa
			ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.				ético respalda a quienes se enfrentan a dilemas éticos en la atención al paciente.	
AMB	LIDERAZGO	GLD.8.2	2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.	**3**		HOSP	2. El apoyo se encuentra inmediatamente disponible.	**3**

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CSG
CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL

2023 Año de Francisco VILLA

Consejo de Salubridad General

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

JUNIO, 2023

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente

Las propuestas, comentarios y sugerencias que se han definido están basadas en recomendaciones que se han hecho en la literatura, a partir de buenas prácticas y de lo que implementadores, acreditadores, evaluadores han observado, así como de las aportaciones de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud.

La intención de todas ellas es contribuir a mejorar la redacción del texto para que sea entendible y con ello puedan aplicarse en los establecimientos de atención médica en el marco del contexto nacional.

Las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente están vinculadas a las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente, por lo que su aplicación y evaluación debe ser integral en cada uno de los Establecimientos de Atención Médica en el Sistema Nacional de Salud.

DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Consejo de Salubridad General

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela

Secretario de Salud y Presidente del Consejo de Salubridad General

Vacante
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Marcos Cantero Cortés
Secretario del Consejo de Salubridad General

Dr. José Luis García Ceja
Director General de Calidad y Educación en Salud

Vocales Titulares Pleno del Consejo de Salubridad General:
Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Secretaría de Desarrollo Social
Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales
Secretaría de Economía
Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación
Secretaría de Comunicaciones y Transportes
Secretaría de Educación Pública
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Academia Nacional de Medicina de México, A. C.
Academia Mexicana de Cirugía, A. C.
Universidad Nacional Autónoma de México

Colaboración Consejo de Salubridad General/ Dirección General de Calidad y Educación en Salud:
Mtra. Direy Esly Perdigón Bejar. CSG
Lic. Marcela Sánchez Zavala. DGCES
Mtra. María de Lourdes Dávalos Rodríguez. CSG
Dr. Ricardo Viguri Uribe. CSG
Dr. Marco Antonio Bonilla Pasos. DGCES
Lic. en Psicología Patricia Vázquez Guerrero. DGCES
CD. Jorge Iván López Romero. DGCES
Dr. Antonio de Jesús González Sánchez. DGCES
Mtra. Sandra Oyuki del Carmen Ayala Casas. Evaluadora CSG/ DGCES
Dr. Jorge Castro Bravo. Evaluador CSG/ DGCES
Integrantes de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica

Contenido

Presentación 7
Contexto 10
Reto-Desafío 13
Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente / Metas Internacionales de Seguridad del Paciente 16
Acciones Esenciales / Metas Internacionales para la seguridad del paciente en Establecimiento de Atención Médica con hospitalización 23
Acción Esencial 1 /Meta Internacional 1 23
Identificación correcta de los pacientes 23
Objetivo general: 23
Acción Esencial 1 A 23
Acción Esencial 1 B 24
Acción Esencial 1 C 25
Acción Esencial 1 D 26
Acción Esencial 1 E 26
Acción Esencial 1 F 27
Acción Esencial 2 / Meta internacional 2 27
Comunicación Efectiva 27
Objetivo general: 27
Acción Esencial 2 A 27
Acción Esencial 2 B 28
Acción Esencial 2 D 30
Acción Esencial 2 E 31
Acción Esencial 2 F 31
Acción Esencial 2 G 31
Acción Esencial 3 / Meta Internacional 3 32
Seguridad en el proceso de medicación 32
Objetivo general: 32
Acción Esencial 3 A 32
Acción Esencial 3 C 33
Acción Esencial 3 D 34
Acción Esencial 3 E 35
Acción Esencial 3 F 35
Acción Esencial 3 G 35
Acción Esencial 3 H 36
Acción Esencial 3 I 37
Acción Esencial 3 J 38
Acción Esencial 3 K 38
Acción Esencial 3 L 39
Acción Esencial 4 / Meta internacional 4 39
Seguridad en los procedimientos 39
Objetivo general: 39
Acción Esencial 4 A 40
Acción Esencial 4 B 43
Acción Esencial 4 C 44

Acción Esencial 5 / Meta Internacional 5 45
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) 45
Objetivo general: 45
Acción Esencial 5 A 45
Acción Esencial 5 B 47
Acción Esencial 6 / Meta internacional 6 48
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas 48
Objetivo general: 48
Acción Esencial 6 A 48
Acción Esencial 6 B 48
Acción Esencial 6 C 50
Acción Esencial 7 51
Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela. 51
Objetivo general: 51
Acción Esencial 7 A 51
Acción Esencial 7 B 52
Acción Esencial 7 C 53
Acción Esencial 8 54
Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención 54
Objetivo general: 54
Acción Esencial 8 A 54
Acciones Esenciales / Metas Internacionales para la seguridad del paciente en Establecimientos de Atención Médica sin hospitalización 55
Acción Esencial 1 / Meta Internacional 1 55
Identificación correcta de los pacientes 55
Objetivo general: 55
Acción Esencial 1 A 55
Acción Esencial 1 B 56
Acción Esencial 1 C 56
Acción Esencial 2 / Meta internacional 2 57
Comunicación Efectiva 57
Objetivo general: 57
Acción Esencial 2 A 57
Acción Esencial 2 B 58
Acción Esencial 2 C 58
Acción Esencial 3 / Meta Internacional 3 59
Seguridad en el proceso de medicación 59
Objetivo general: 59
Acción Esencial 3 A 59
Acción Esencial 3 B 59
Acción Esencial 3 C 60
Acción Esencial 3 D 60
Acción Esencial 3 E 60
Acción Esencial 3 F 62
Acción Esencial 3 G 63

Acción Esencial 3 H 64
Acción Esencial 3 I 64
Acción Esencial 4 / Meta internacional 4 64
Seguridad en los procedimientos 64
Objetivo general: 64
Acción Esencial 4 A 64
Acción Esencial 5 / Meta Internacional 5 65
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS) 65
Acción Esencial 5 A 66
Acción Esencial 5 B 67
Acción Esencial 6 / Meta internacional 6 68
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas 68
Objetivo general: 68
Acción Esencial 6 A 68
Acción Esencial 6 B 68
Acción Esencial 7 69
Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela. 69
Objetivo general: 69
Acción Esencial 7 A 70
Acción Esencial 7 B 70
Acción Esencial 7 C 71
Acción Esencial 8 72
Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención 72
Objetivo general: 72
Acción Esencial 8 A 72
Glosario 73

Presentación

El Sistema Nacional de Salud (SNS) en México, caracterizado como fragmentado y segmentado, enfrenta el desafío de lograr el acceso y cobertura universal de servicios, con gratuidad en la atención y en la entrega de medicamentos, tanto a la población no derechohabiente, como la que se otorga a los beneficiarios de la seguridad social, condición que solo será una realidad en la medida en que se logre el acceso efectivo a los servicios con los menores riesgos posibles para las personas, así como el fortalecimiento de las redes de atención.

En este sentido, el objetivo 2.4 del eje general de bienestar del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, [1] plantea "Promover y garantizar el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio" y se plantea como una de sus estrategias centrales "mejorar y ampliar la infraestructura de salud, equipamiento y abasto de medicamentos en las unidades médicas y de rehabilitación, generando condiciones adecuadas y accesibles para brindar servicios de salud de calidad a toda la población".

La calidad es, entonces, una condición fundamental en el esquema de prestación de servicios planteado por el Gobierno de la República y un elemento central en el actual proceso de transformación del sistema de salud.

En relación al Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR) se acota: "otorgar servicios de salud a toda la población del país, con énfasis en las personas sin seguridad social, bajo los principios de gratuidad, cobertura universal, accesibilidad, oportunidad, continuidad, y calidad e incluye tanto los servicios personales como la atención colectiva, y que la implementación del Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar, permitirá la prestación de servicios de salud y de atención médica en las redes integradas de servicios de salud para asegurar su equidad, efectividad y eficiencia. [2]

En México utilizamos diversos modelos de gestión de calidad basados en estándares de aceptación internacional, que pueden ser o no de agencias específicas en materia de salud y otros desarrollados desde la sociedad civil o la academia; así mismo tenemos dos

[1] DOF: 12/07/2019. PLAN Nacional de Desarrollo 2019-2024. Documento en internet 19 pp. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019#gsc.tab=0
[2] DOF: 25/10/2022 ACUERDO por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-BIENESTAR). Documento en Internet 120 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0

procesos: acreditación y certificación para los Establecimientos de Atención Médica (EAM).

En un esfuerzo conjunto, el Consejo de Salubridad General y la Secretaría de Salud por medio de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, han llevado a cabo la revisión y actualización del documento "Acciones Esenciales de Seguridad del Paciente (AESP)", a fin de alinearlas al momento y contexto actual nacional e internacional particularmente a las medidas mundiales en materia de seguridad definidas en la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud [3] y con ello continuar contribuyendo a mejorar la calidad y seguridad en la atención médica que se brinda en los Establecimientos de Atención Médica (EAM) del Sistema Nacional de Salud (SNS) Mexicano.

En el año 2002, la resolución WHA55.18 (2002),[4] insta a los estados miembros a que «prestaran la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente y a que establecieran y consolidaran sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de salud»; reconociendo que la seguridad de los pacientes es un elemento fundamental y la base de la prestación de una atención a la salud de calidad. A partir de este momento se ha reconocido que, para mejorar y garantizar la seguridad del paciente, es necesario subsanar los déficits en materia de conocimientos, políticas, diseño, prestación y comunicación a todos los niveles. Cada país miembro a definido estrategias para ello. México no es la excepción, quien desde la década de los 50´s ha definido e implementado estrategias de mejora.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de salvar vidas y evitar daños, lanza las "nueve soluciones de seguridad del paciente" que posteriormente se convierten en las seis "Metas Internacionales de Seguridad del Paciente" que definen acciones específicas que previenen los riesgos y, por lo tanto, la probabilidad de que ocurran eventos adversos.

En el 2017, un grupo multidisciplinario a partir de un consenso definen las AESP, con la finalidad de contribuir a la implementación en los EAM del SNS, de las seis Metas Internacionales de Seguridad del Paciente[5], integrando dos acciones más, con la finalidad de contar con información sobre la ocurrencia de cuasifallas, eventos adversos y

[3] 72.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD WHA72.6 Punto 12.5 del orden del día 28 de mayo de 2019 Acción mundial en pro de la seguridad del paciente. Documento en internet 6 pp. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-sp.pdf?ua=1
[4] 55a Asamblea Mundial de la Salud Ginebra, 13-18 de mayo de 2002 resoluciones y decisiones anexos. Página 24 y 25. Documento en internet 79 pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258955/WHA55-2002-REC-1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
[5] Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. Informe del Director General. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 25 marzo de 2019. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf

centinelas y sobre la percepción de la cultura de seguridad en la atención de los pacientes, permitiendo con ello tomar mejores decisiones, así como consolidar la cultura de calidad en los EAM, siendo :

- Acción Esencial 7, denominada "Prevención, notificación, registro y análisis de eventos adversos" con la finalidad de contar con información sobre cuasifallas, eventos adversos y centinelas, obtenida por medio de una herramienta para el registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones. De tal manera que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan estos eventos en los EAM. Esto debe ser una prioridad del SNS.
- Acción Esencial 8, denominada "Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención" con la finalidad de medir está cultura en los EAM, y así favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad.

En este marco el 8 de septiembre de 2017, se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. [6]
A cinco años de la implementación de estas AESP y como parte de la propuesta de estructurar un modelo que permita estandarizar la metodología de evaluación y articular los actuales procesos de acreditación y certificación, se realiza una revisión y análisis a partir de:

- Seguimiento al Acuerdo de la Comisión para la Certificación de Establecimientos de Atención Médica "llevar a cabo la revisión del documento "Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente", (Acuerdo CCEAM 139/12.11.2018/4SO).
- Identificación de la necesidad de actualización de las AESP, por parte de la DGCES.
- Recomendaciones, comentarios, y sugerencias referidas por instituciones y personas que colaboran como implementadores, acreditadores y evaluadores para los procesos de acreditación y certificación.

De esta revisión y análisis se integra el presente documento.

[6] DOF: 08/09/2017. ACUERDO por el que se declara la obligatoriedad de la implementación, para todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud, del documento denominado Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente. Documento en internet 50 pp. Disponible en:
https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5496728&fecha=08/09/2017#gsc.tab=0

Contexto

El Programa Estratégico de Salud para el Bienestar [7] deriva del Plan Nacional de Desarrollo (PND) [8] y del Programa Sectorial de Salud (PSS) 2020-2024 [9], su naturaleza jurídica es la de un programa especial, que atiende una de las prioridades del desarrollo integral en materia de salud pública del país, y en él se expresan los objetivos, estrategias y acciones que definirán la actuación de las entidades coordinadas del sector y de los organismos federales que participan en la implementación de la estrategia de federalización de los servicios de salud; comprendiendo que, en esta tarea, es imprescindible reivindicar el derecho a la salud de toda la población para acceder a una atención a la salud digna.

El PSS establece en su Objetivo prioritario 2. el "Incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos del SNS para corresponder a una atención integral de salud pública y asistencia social que garantice los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio, digno y humano. Particularmente en su Estrategia prioritaria 2.4 refiere "Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y la Acción Puntual 2.4.2 acota "Promover el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud.

En la consolidación del Sistema de Salud para el Bienestar fomentará que las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud colaboren de manera articulada y armónica, bajo un enfoque de derechos humanos, para garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud y el fortalecimiento de los planes y programas prioritarios impulsados por el Gobierno Federal, así como en la creación y sostenimiento de entornos saludables y seguros, y de otras políticas que incidan sobre los determinantes sociales de la salud que propician desigualdades. Asimismo, identifica la necesidad de generar una transición de los procesos actuales y burocratizados, hacia "una lógica integral centrada en las personas y en la capacidad resolutiva de sus problemas de salud, es decir, una visión centrada en la calidad".

[7] DOF: 07/09/2022. ACUERDO por el que se emite el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar. Documento en Internet 37 PP. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663700&fecha=07/09/2022#gsc.tab=0
[8] IDEM Referencia 1. DOF: 12/07/2019. Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024
[9] DOF: 17/08/2020 PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. Documento en internet 43 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0

Para ello, la reestructuración institucional basada en una mejor coordinación intersectorial y la construcción del andamiaje legal para la consolidación de este Sistema buscará que la federalización de los servicios de atención médica dirigidos a la población sin seguridad social, por medio del Programa IMSS-BIENESTAR en las entidades federativas que adopten libremente esta estrategia, fortalezca la rectoría de la Secretaría de Salud sobre el Sistema Nacional de Salud con un enfoque de salud pública que permita que cualquier persona, sin importar su condición económica, social o cultural, se atienda de manera digna, bajo cuidados integrales y eficientes, de tal forma que la salud deje de ser, en definitiva, un privilegio y se garantice el derecho de todas y todos.

En este marco el SNS en México enfrenta el reto de lograr la cobertura universal de servicios con gratuidad en la atención y que garantice el acceso efectivo a los servicios y medicamentos asociados a éstos, con los menores riesgos posibles, lo que hace de la calidad una condición fundamental en el esquema de prestación de servicios planteado por el Gobierno de la República y un elemento central en el actual proceso de transformación del sistema de salud.

En México se cuentan con múltiples abordajes e intervenciones en torno a la calidad y la seguridad de la atención, luego entonces la coparticipación es fundamental para el consenso en torno al posicionamiento nacional con respecto a un tema fundamental en la construcción del modelo de atención a la salud para las y los mexicanos: la calidad de la atención y en ese marco, de manera destacada, la seguridad del paciente.

De acuerdo con la OMS[10], [11] en el informe presentado por su Secretaría, en la 109ª. reunión del Consejo Ejecutivo, celebrada el 5 de diciembre de 2001, “las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnologías e interacciones humanas que constituye el sistema moderno de prestación de atención de salud puede aportar beneficios importantes; sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia.”

[10] OMS. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025. 57° CONSEJO DIRECTIVO. 71ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2019. Documento en internet 34 pp. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
[11] OMS. Seguridad del paciente. Medidas mundiales de seguridad del paciente. Informe del Director General. 72ª. Asamblea Mundial de la Salud. A72/26, 25/03/2019, p. 1 Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-sp.pdf

La frecuencia y magnitud de los eventos adversos representan un enorme reto en términos de pérdida de vidas, además, significa una gran carga financiera para las organizaciones prestadoras de servicios de salud, situación a la que se añaden factores como la pérdida de confianza tanto por los usuarios como por los prestadores de los servicios.

Frente a estos hechos, la OMS estableció la necesidad de generar estrategias que permitieran, de manera inmediata, aumentar la seguridad de los pacientes y se plantearon interrogantes fundamentales en torno a temas como el liderazgo, la necesidad de investigación y generación de instrumentos para conocer la situación de la seguridad de los pacientes, particularmente a partir de la identificación y registro de los eventos adversos. De manera complementaria se identificó la necesidad de explorar sobre los costos de las medidas de seguridad, los niveles aceptables de riesgo y las mejores prácticas como referentes para la prestación de la atención.

A 18 años de estas reflexiones, en el informe del Director General presentado en la 72ª. Asamblea Mundial de la Salud, el 25 de marzo de 2019, denominado Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente, existe un reconocimiento creciente de que la seguridad del paciente es un problema que va en aumento y que "los esfuerzos mundiales por reducir la carga de daños al paciente no han logrado cambios sustanciales en los últimos 15 años, de manera tal, que estos daños pueden figurar entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad.

El informe destacó prácticas y riesgos relacionados con la atención sanitaria que contribuyen a la carga de daño y que sin duda han sido objeto de reflexión, estudio e intervención, sin embargo, no han logrado ser resueltos. Destacan entre estos: errores de medicación, las infecciones contraídas en los establecimientos de atención, la falta de seguridad en procedimientos quirúrgicos, prácticas de inyección y de transfusión poco seguras, errores diagnósticos, septicemias, tromboembolias, entre otras. Dos elementos deben destacarse, por una parte, el valor que debe conferirse a la atención poco segura en salud mental, pero, de manera muy importante, las deficiencias en la atención primaria, que según estimaciones puede llegar a representar el 50% de la carga mundial de los daños.

En este contexto también, los ministros de salud de los estados miembros de la OPS aprobaron, en octubre de 2019, la Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025.[12]

[12] OMS Estrategia y plan de acción. Documento en internet 34 pp. Disponible en:

Reto-Desafío

De acuerdo con la Estrategia y Plan de Acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de Servicios de Salud 2020-2025, es necesario:

- Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención a las personas, las familias y las comunidades en la prestación de servicios integrales de salud;
- Fortalecer la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud para desarrollar una cultura de calidad y promover la mejora sostenida de la calidad; y
- Establecer estrategias de financiamiento que promuevan la mejora de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud integrales.

Estas tres aproximaciones teóricas dejan claro que en términos generales una adecuada atención, en el momento oportuno, atendiendo a las necesidades de las personas, con la mejor combinación de recursos y evitando al máximo posible los riesgos, son premisas para poder lograr un sistema de salud universal de calidad, eficiente y efectivo. [13]

Sin embargo, tal como lo ha señalado The Lancet Global Health Commission [14], esta condición requiere, un sistema de salud con una búsqueda permanente de los más altos estándares de actuación, que optimice la atención de la salud de acuerdo con cada contexto, generador de servicios consistentes y continuos que promuevan y/o mantengan la salud, evaluados permanentemente por la gente y que respondan de manera regular a los cambios sufridos por la población y sus necesidades. Para ello, la medición es fundamental, particularmente de parámetros como: los impactos del sistema en la salud de la población, la confianza de las personas, su nivel de equidad, sus beneficios económicos y los procesos de atención. La capacidad de medir y usar los datos como base del aprendizaje y la mejora se torna, entonces, en una acción necesaria. Asimismo, es fundamental la humanización de la atención médica, a partir de articular los principios, valores, derechos y deberes del usuario, de manera que se conviertan en referentes para garantizar durante el proceso de atención, un trato amable, respeto por

https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49721-cd57-12-s-strategia-pda-calidad-atencion&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es

13 OMS, OECD and BID/WB. Delivering quality Health services: a global imperative for universal Health coverage. 2018. Documento en internet 100 pp. Disponible en:
https://www.oecd.org/health/delivering-quality-health-services-a-global-imperative-9789264300309-en.htm

14 The Lancet Global Health Commission. High-quality Health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. LancetGlobHealth 2018; Volume 6 Issue 11 Pages e1196-e1252 (November 2018). Disponible en :
https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext
https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930386-3

la dignidad, privacidad y confidencialidad [15], con perspectiva de género, incluyente y a los grupos vulnerables.

En nuestro país en materia de calidad en salud, existen grandes contrastes ya que mientras hay EAM en el sector público y privado que ofrecen servicios de gran calidad comparables con instituciones de otros países, hay otros que tienen grandes carencias y la calidad de atención es sensiblemente menor. Actualmente, existe un gran interés por la calidad en todos los ámbitos, el compromiso que se tiene por la calidad va más allá de solo hacer las cosas bien, esto incluye una serie de procedimientos realizados bajo ciertas normativas que permitan que el producto o servicio que se brinde al cliente cumpla con las exigencias de calidad que la sociedad de hoy demanda.

En los últimos 20 años las Instituciones de Salud en México han mostrado un gran compromiso con la Calidad en la Atención Médica, lo que ha dado la pauta para la creación de diferentes modelos, estrategias y acciones para mejorar esta calidad, para incrementar la seguridad en la atención a los pacientes y para contribuir a la satisfacción de personal y usuarios, lo que ha fortalecido los servicios de atención médica y los sistemas de gestión de la calidad institucional. Múltiples abordajes e intervenciones en torno a la calidad y seguridad de la atención encontramos en el país: modelos institucionales, abordajes integrales de aplicación general como la acreditación y la certificación de establecimientos, modelos de gestión de calidad basados en estándares de aceptación internacional, sean o no agencias específicas en materia de salud, desarrollos desde la sociedad civil o la academia, entre otros.

Por lo que se hace necesario contar con intervenciones que permitan minimizar la heterogeneidad y contribuyan a homologar criterios para la implementación y evaluación de la calidad en la atención médica y se constituyan en la línea de actuación acordada por todos los actores del sistema.

Es también importante considerar la seguridad del personal de salud adscrito a los EAM, ya que es una población con un alto riesgo de contraer enfermedades infecciosas o sufrir accidentes laborales, especialmente durante las epidemias de enfermedades altamente contagiosas. De tal forma que otro de los retos-desafíos en nuestro país, es contribuir en esta seguridad, a partir de generar capacitaciones entre este personal, con énfasis en el uso adecuado de los Equipos de Protección Personal (EPP), elemento que resulta fundamental en la prevención y protección del personal de salud.

[15] Política de atención humanizada. Clínica Antioquia. Medellín. Disponible en: https://www.clinicantioquia.com.co/politica-de-atencion-humanizada/

En este contexto y en concordancia con el Programa Estratégico de Salud para el Bienestar y las estrategias definidas por la Organización Mundial de la Salud, las Acciones actualizadas contribuirán a reafirmar el principio de «ante todo no hacer daño» y se suman al reconocimiento de los beneficios que se obtienen con su implementación en el marco de las Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente , así como a la necesidad de promover y mejorar la seguridad del paciente en los EAM del SNS, en todos los niveles, sectores y entornos pertinentes para la salud física y mental, con énfasis en la atención primaria de la salud, así como en la atención médica con y sin hospitalización y en los servicios de urgencia, atención comunitaria y rehabilitación.

Cada una de las ocho acciones, al implementarse en el Sistema Nacional de Salud Mexicano, tanto en establecimiento con o sin hospitalización conllevarán a lo definido en el Objetivo prioritario 2 del Programa Sectorial de Salud que es incrementar la eficiencia, efectividad y calidad en los procesos de atención médica, particularmente en su Estrategia prioritaria 2.4 que es “Consolidar un sistema de seguimiento y evaluación de políticas y programas que determine el impacto real en las condiciones de salud y la Acción Puntual 2.4.2 que es “Promover el uso de las evaluaciones en la toma de decisiones para el mejoramiento de los programas en salud.

Por otra parte, estas acciones coadyuvarán en las pautas del Sistema de Salud para el bienestar que es la colaboración articulada centrada en las personas y en la capacidad resolutiva de sus problemas de salud, es decir, una “visión centrada en la calidad”.

Identifiquemos las características del entorno, capacidades clave, factores de riesgo, factores críticos y de satisfacción de usuarios y el personal de salud

Implementemos las **barreras de seguridad** para minimizar que sucedan cuasifallas, eventos adversos y centinelas

“La manera correcta y en el momento oportuno por personas con las competencias necesarias”

Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente / Metas Internacionales de Seguridad del Paciente

Cada EAM tiene que incorporar en sus reglamentos internos lo referente a las AESP, para que de acuerdo con su contexto y características se apliquen, así como para que, todo el personal lleve a cabo lo que le corresponda acorde a su función y al área de adscripción.

Por otra parte, es indispensable llevar a cabo y mantener estrategias de difusión, capacitación y seguimiento sobre dichos reglamentos.

ACCIÓN ESENCIAL / META INTERNACIONAL	CONTEXTO
Acción Esencial 1 **Meta Internacional 1** Identificación correcta de los pacientes	En un entorno donde se busca una práctica segura tanto para el paciente como para el profesional responsable de su cuidado, es indispensable la identificación correcta de los pacientes, como medida que favorezca la disminución de la probabilidad de errores médicos durante el proceso de atención a la salud. La adopción de un sistema de identificación estandarizado en las instituciones de salud evita exponer a los pacientes a riesgos innecesarios o a procedimientos no programados, que tienen consecuencias para el paciente, que van desde cuasifallas, eventos adversos o centinela. [16]
Acción Esencial 2 **Meta Internacional 2** Comunicación Efectiva	Las brechas en la comunicación durante el proceso de atención médica pueden provocar graves interrupciones en la continuidad de la atención, al proporcionar un tratamiento inadecuado y potencialmente generar daño. Las órdenes verbales o telefónicas presentan un mayor margen de error que las órdenes escritas o las que se envían

[16] Sistema de Identificación del Paciente en el Honadomani "San Bartolomé" Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé". Oficina de Gestión de Calidad, Unidad de Seguridad del Paciente. Lima, Perú, 2008. Documento en internet 17 pp. Disponible en: https://docplayer.es/43716142-Sistema-de-identificacion-del-paciente-en-elhonadomani.html

	electrónicamente. La interpretación de las órdenes verbales es problemática, debido al ruido de fondo, las interrupciones, y los nombres de los medicamentos desconocidos y la terminología a menudo agravan el problema. Una vez recibida una orden verbal debe ser transcrita como una orden por escrito, lo que añade complejidad y riesgo para el proceso de la instrucción. El único registro real de una orden verbal es en el recuerdo de los involucrados. [17]
Acción Esencial 3 **Meta Internacional 3** Seguridad en el proceso de medicación	La gestión de la medicación es un componente importante de los tratamientos preventivos, diagnósticos, sintomáticos y paliativos. La gestión de la medicación abarca el sistema y los procesos que emplea una organización para administrar farmacoterapias a sus pacientes. Esto es, generalmente, un esfuerzo multidisciplinario y coordinado del personal de una organización sanitaria, que aplica los principios de diseño, implementación y mejora del proceso para seleccionar y adquirir, almacenar, prescribir, transcribir, dispensar, preparar y administrar. Si bien los roles de los profesionales sanitarios en la gestión de la medicación varían mucho de un país a otro, los procesos sólidos de gestión de la medicación para la seguridad del paciente son universales. [18]
Acción Esencial 4 **Meta Internacional 4**	La Alianza Mundial para la Seguridad de la Cirugía [19] refiere que el propósito de la cirugía es salvar vidas, sin embargo, la falta de seguridad en este tipo de atención puede provocar complicaciones postoperatorias. Por otra parte, la tasa bruta

[17] Pennsylvania Patient Safety Advisory. Improving the Safety of Telephone or Verbal Orders. PA PSRS Patient Saf Advis 2006 Jun;3(2):1,3-7. Disponible en: http://patientsafety.pa.gov/ADVISORIES/Pages/200606_01b.aspx
[18] Estándares para la acreditación de Hospitales de la Joint Commission International. 6th edición, julio 2017. Disponible en: https://medic.usm.my/anaest/images/JCI6thEd15012017_1.pdf
[19] Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Estrategia de la OMS en Seguridad del Paciente. 27 octubre 2014. Documento en internet 18 pp. Disponible en: https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/III_Conferencia/23_oms_larizgoitia.pdf

Seguridad en los procedimientos	de mortalidad registrada tras la cirugía mayor es del 0.5 al 5.0%; y en los países industrializados, casi la mitad de los eventos adversos en pacientes hospitalizados están relacionados con la atención quirúrgica y el daño ocasionado por la cirugía se considera evitable al menos en la mitad de los casos.[20] En este contexto esta Alianza, publicó en 2008, la "Lista de Verificación para una Cirugía Segura"[21], con el propósito de apoyar a los equipos quirúrgicos a reducir el número de eventos adversos o centinela debido a errores quirúrgicos. La Alianza, con el asesoramiento de cirujanos, anestesiólogos, personal de enfermería, expertos en seguridad del paciente y pacientes de todo el mundo, identificó una serie de controles de seguridad que aplican en cualquier quirófano. Con esta Lista de Verificación, se refuerzan las prácticas de seguridad ya aceptadas y se fomenta la comunicación y el trabajo en equipo entre las distintas disciplinas clínicas. [22] En 2012, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), realizó los ajustes a la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC), publicada por la OMS, y en ese mismo año fue publicada en la página electrónica de la DGCES. En 2015 se revisó y publicó la LVSC actualizada. [23]
Acción Esencial 5 **Meta Internacional 5** Reducción del riesgo de infecciones	Las infecciones asociadas con la atención de la salud (IAAS), han sido reconocidas por más de un siglo como un problema crítico que afecta la calidad del cuidado de la salud de los pacientes atendidos en los establecimientos de atención médica, asimismo, los resultados de diversos estudios han

[20] Organización Mundial de la Salud. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 2008 La Cirugía Segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf
[21] La cirugía segura salva vidas. Segundo reto mundial por la seguridad del paciente. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. OMS (2008) Documento en internet 32 pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70084/WHO_IER_PSP_2008.07_spa.pdf?sequence=1
[22] Manual de implementación: lista de verificación de seguridad quirúrgica de la OMS (primera edición). Página Web. Disponible en : https://apps.who.int/iris/handle/10665/70046
[23] Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. México 2015. Disponible en: http://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29526/seguridadPaciente_02.pdf

asociadas a la atención de la salud (IAAS)	demostrado que aproximadamente hasta una tercera parte de las IAAS pueden ser evitadas. [24] La OMS en 2005 lanzó el primer reto mundial "Una atención limpia es una atención más segura", encaminado a que todos los profesionales de la salud realicen la higiene de manos como parte de los procesos de atención a la salud, constituyéndolo como una medida primordial para disminuir las infecciones asociadas a ellos. [25] En 2008 México se une a este reto, mediante la Campaña Sectorial "Está en tus manos", tomando en cuenta los lineamientos propuestos por la OMS, que consisten en difundir las técnicas de higiene de manos.[26]
Acción Esencial 6 **Meta Internacional 6** Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas.	Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios. Se calcula que anualmente fallecen en todo el mundo unas 684, 000 personas debido a caídas y que más de un 80% de ellas se registran en países de ingresos medianos y bajos. Los mayores de 60 años son quienes sufren más caídas mortales. Cada año se producen 37,3 millones de caídas cuya gravedad requiere atención médica. Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos. [27] En México, la Comisión Permanente de Enfermería, coordinó la colaboración con representantes de diversas instituciones del Sistema Nacional de Salud, para la integración del "Protocolo para la prevención de caídas en pacientes

[24] Didier Pittet. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach [en línea]. 2001 Mar-Arp; 7(2): [7 p.]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631736/pdf/11294714.pdf
[25] Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Reto Mundial en Pro de la Seguridad del Paciente 2005-2006. Una atención Limpia es una atención más segura. OMS. Documento en internet 18 pp. Disponible en: http://www.aesculapseguridaddelpaciente.org.mx/docs/seguridad-del-paciente/accionesencial5/1er-Reto-Global-OMS.pdf
[26] Instrucción 175. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. 2009. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/instruccion/instruccion_175.pdf
[27] Caídas. Datos y cifras. Temas de salud. OMS. 26 de abril 2021. Página Web. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls

	hospitalizados" [28] , validado en otros establecimientos de salud, mostrando un alto grado de confiabilidad y equivalencia con otras escalas internacionales para la prevención de caídas. [29], [30] Dicha escala está basada en los siguientes criterios: I. Limitación física. II. Estado mental alterado. III. Tratamiento farmacológico que implique riesgo. IV. Problemas de idioma o socioculturales. V. Pacientes sin factores de riesgo evidentes.
Acción Esencial 7 Prevención, notificación, registro y análisis de eventos adversos	La Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que, para emprender iniciativas de seguridad adecuadamente orientadas, es fundamental comprender los problemas y los factores que contribuyen a crearlos. En la 59ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS exhorto a los Estados Miembros para que establecieran y perfeccionaran los sistemas de notificación y aprendizaje sobre la seguridad del paciente. [31] Los sistemas de notificación y registro de eventos adversos fueron creados en el ámbito no sanitario, con el objetivo de poder agrupar datos referentes a incidentes (sin daño) o accidentes (con daño) y poder establecer un perfil de los problemas más frecuentes en la organización, y generar una fuente de aprendizaje de los errores. [32] En 2013, la Organización Panamericana de la Salud refirió que aún no se disponía de información contrastada para definir cómo debe implantarse un sistema de reporte, sin embargo,

[28] Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Documento en internet 51 pp. Disponible en: http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/publicaciones/docs/protocolo_prevencion_caidas.pdf
[29] Almazán-Castillo, M. & Jiménez-Sánchez, J. (2013). Escala de valoración de riesgo de caídas en pacientes hospitalizados. Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, 21 (1), pp. 9-14. Documento en internet 6 pp. Disponible en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/169/257
[30] Santillana-Hernández SP. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Rev. Med. IMSS 2002; 40(6): pp. 489-493. Documento en internet. 5 pp. Disponible en: https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im026f.pdf
[31] 59ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra 22-27 mayo 2006. Seguridad del paciente A59/22. Punto 11.16 del orden del día páginas 261- 266. Documento en internet 302 pp. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59-REC3/A59REC3_sp.pdf
[32] Joaquim Bañeres, Carola Orrego, Rosa Suñol, Victoria Ureña. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Fundación Avedis Donabedian. Barcelona, España. Revista de Calidad Asistencial Vol. 20. Núm. 4, páginas 216-22 (junio 2006). Documento en internet 7 pp. Disponible en: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-los-sistemas-registro-notificacion-efectos-13075840

	refiere algunas recomendaciones básicas, que los sistemas de notificación o reporte deben favorecer el aprendizaje de la propia experiencia y tener como objetivo mejorar los resultados en materia de seguridad del paciente. Asimismo, plantea que los sistemas de notificación implantados en la Región han sido útiles para establecer barreras a la ocurrencia de eventos adversos. [33] La Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente reconoce que los incidentes y los eventos adversos constituyen la parte más visible de la inseguridad del paciente, haciendo hincapié en la identificación y reducción de riesgos, la prevención, la detección, la recuperación de los incidentes y la evaluación del sistema. A partir de este contenido se estructura mediante conceptos clave organizados en los siguientes rubros: [34] ➢ Tipo de incidente. ➢ Resultados para el paciente. ➢ Características del paciente. ➢ Características del incidente. ➢ Factores/peligros contribuyentes. ➢ Resultados para la organización. ➢ Detección. ➢ Factores atenuantes. ➢ Medidas de mejora. ➢ Medidas adoptadas para reducir el riesgo. La DGCES en 2004 inicia el Sistema de Registro y Aprendizaje de Eventos Centinela "SiNRAECe" y en 2106 hace el relanzamiento de este, ampliándolo a todos los incidentes de seguridad y se refuerza en 2017 el reporte las unidades de primer nivel.
Acción Esencial 8	La Agencia para la Investigación Sanitaria y la Calidad (AHRQ) de Estados Unidos, refiere que la cultura de seguridad de una organización es el producto de los valores individuales y de

[33] Sistema de notificación de incidentes en América Latina. OPS. Documento en internet 80 pp. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/HSS-HS-SistemasIncidentes-2013.pdf
[34] Fernández, C.S. Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. Boletín CONAMED-OPS septiembre-octubre 2015. Documento en internet 8 pp. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin2/clasificacion_internacional.pdf

Cultura de seguridad del paciente para la mejora de la calidad en la atención	grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso y el tipo de gestión de una organización de salud y la seguridad de la organización. [35] En el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, dentro del "Conjunto de Prácticas Seguras para Mejorar la Atención a la Salud", se refiere como punto de partida la creación y sostenimiento de la cultura de seguridad en la atención, con elementos que incluyen liderazgo, medición de la cultura, trabajo en equipo y sistematización en la identificación y mitigación de los riesgos asociados a la atención. [36] La AHRQ reconoció la necesidad de una herramienta de medición para evaluar la cultura de seguridad del paciente en las organizaciones de atención de la salud, por lo que en 2004 desarrolló una encuesta hospitalaria centrada en la cultura de seguridad del paciente, para medir las actitudes y comportamientos relacionados con la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, así como para analizar los factores sociodemográficos y laborales relacionados con una actitud y un comportamiento favorable para la seguridad del usuario. [37] En México durante 2009, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), realizó la adaptación del cuestionario denominado Hospital Survey on Patient Safety Culture, realizado por la AHRQ y en 2011 la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), realizó una nueva adaptación para medir las 12 dimensiones que integran el cuestionario aplicándose en hospitales a partir del 2013 y en unidades de primer nivel a partir del 2018.

[35] Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. To err is human: Building a safer health system. Committee on Health Care in America. Institute of Medicine. Washington (DC): National Academy Press; 1999. Documento en internet 312 pp. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/pdf/Bookshelf_NBK225182.pdf
[36] Reporte sobre seguridad del National Quality Forum. Documento en internet pp. Disponible en: https://boletindeanestesiologia.wordpress.com/2013/09/01/reporte-de-seguridad/.
[37] Organización Mundial de la Salud. 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/22. Punto 11.16 del orden del día provisional 4 de mayo de 2006. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_22-sp.pdf

Acciones Esenciales / Metas Internacionales para la seguridad del paciente en Establecimiento de Atención Médica con hospitalización

Acción Esencial 1 /Meta Internacional 1
Identificación correcta de los pacientes

Objetivo general:

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los EAM del Sector Salud, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Acción Esencial 1 A

De la identificación general del paciente

Entre las acciones que se tiene que implementar para una adecuada identificación de los pacientes se encuentran:

- El personal de salud tiene que identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención, con al menos dos identificadores estandarizados en toda la organización (nombre completo y fecha de nacimiento).
- En su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa del EAM, que no sean padecimiento, especialidad, disciplina, nombre del médico tratante, número de cama, habitación o servicio, horario de atención, ni diagnóstico.
- En caso de nacimientos múltiples, adicionalmente utilizar un identificador numérico según corresponda al orden progresivo de nacimiento.
- Los EAM contarán con un procedimiento de identificación para pacientes que ingresen como desconocidos y que por su estado de conciencia no puedan proporcionar sus datos, se recomienda que se incluyan los siguientes datos como identificadores: utilizar la palabra desconocido, género del paciente, edad aparente, si tiene alguna seña particular, fecha y hora de ingreso y algún dato sobre la forma en que ingresó (Ministerio Público, patrulla, Averiguación Previa, etc.). Para el caso de arribo masivo de pacientes desconocidos utilizar un identificador numérico según corresponda el orden progresivo de ingreso luego de la palabra desconocido.

- Es importante que el EAM diseñe el proceso de identificación del paciente y se asegure que se realiza de manera correcta, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de incidentes de seguridad relacionado con el paciente equivocado.
- Es necesario escribir los dos identificadores del paciente, en todos los documentos que se generen durante el proceso de atención.
- El personal que registre los identificadores confirma con el paciente. En caso de que el paciente no esté en condiciones de responder o se trate de un menor de edad, verificar los datos con algún familiar, cuidador o acompañante, o de no poder hacer esta verificación, tendrá que cotejarse en el expediente clínico o algún otro documento generado en el EAM.
- Informa al paciente y a su familiar, cuidador o acompañante la importancia de portarlo y no retirar el medio de identificación, así como el proceso de identificación, a fin de que colaboré en la implementación de esta acción.

Acción Esencial 1 B

De la estandarización en pacientes encamados/hospitalizados

Como elementos útiles para estandarizar la identificación al paciente se encuentran:

Tarjeta de cabecera o a pie de cama

- Colocar en la cabecera o a pie de cama de los pacientes hospitalizados, así como en los lugares donde se administren tratamientos de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia, recuperación quirúrgica y cirugía de corta estancia.
- Colocar los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Además de los datos de identificación del paciente, en este documento es recomendable anotar: grupo sanguíneo y el factor Rh, alergias, edad, riesgo de trasmisión, en su caso adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa del EAM,
- La escala de Valoración de Riesgo de Caídas se sugiere que se incluya en un formato dinámico, dado que pueden cambiar durante la atención del paciente.

Brazalete o pulsera.

- Colocar a los pacientes hospitalizados, así como aquellos que acudan para tratamiento en unidades de hemodiálisis, quimioterapia, radioterapia, medicina nuclear y cirugía de corta estancia.

- Colocar en la extremidad, que no dificulte su atención. Cuando las condiciones del paciente no lo permitan, este medio de identificación se coloca en la tarjeta de cabecera o a pie de cama.
- Colocar al menos dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
- Reemplazar el brazalete o pulsera, cuando exista cualquier duda respecto de la información contenida o legibilidad de la misma.
- Cuando exista cualquier duda respecto de los dos identificadores NO se realizará ningún procedimiento o intervención, hasta corroborar dichos datos.
- En situaciones en que la vida del paciente se pueda ver afectada, se tiene que priorizar la atención antes de la identificación del paciente.
- En la persona recién nacida tiene que colocarse inmediatamente después del parto/cesárea dos brazaletes, pulseras o su equivalente, una en la muñeca derecha y otro en el tobillo izquierdo, con los datos de identificación de la madre (apellidos), la fecha de nacimiento y sexo del recién nacido. Esta información tiene que confirmarse con la madre, sus medios de identificación y/o en el expediente clínico.

Acción Esencial 1 C

De la identificación del paciente previo a los momentos críticos de la atención

El personal de salud tiene que comprobar los datos de identificación del paciente **justo antes** de al menos los siguientes momentos críticos:

- Administración de todo tipo de medicamentos.
- Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Realización de estudios de gabinete, laboratorio clínico y patología.
- Traslados dentro o fuera del EAM.
- Dotación de dietas.
- Inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
- Aplicación de biológicos.
- Realización de cualquier otro procedimiento o tratamiento invasivo de alto riesgo que defina el EAM.
- Cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconscientes o con cualquier tipo de condición que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o

acompañante; sin embargo, de no contar con familiar, cuidador o acompañante es estrictamente necesario confirmar los datos de identificación a través de los medios de verificación previamente referidos.

- Cuando se retire el medio para identificar al paciente, por la realización de algún procedimiento, es necesario volver a colocarlo de manera inmediata al concluir.
- Los cadáveres se identifican usando al menos los datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento). En caso de defunciones de productos múltiples (gemelares, trillizos, etc.,) adicionalmente utilizar un identificador numérico según corresponda al orden progresivo de nacimiento.

Acción Esencial 1 D

De la identificación de soluciones intravenosas y dispositivos utilizados en el paciente

- El personal de salud tiene que registrar en los membretes de las soluciones intravenosas los datos de identificación del paciente, además del nombre de la solución y/o componentes (incluidos fármacos), duración de solución, fecha y hora de instalación.
- Al colocar sondas y catéteres en los pacientes, el personal de salud tiene que colocar un membrete con los datos de identificación del dispositivo, (calibre para accesos vasculares), fecha y hora de instalación.
- Para el caso de soluciones intravenosas, sondas y catéteres, deben existir registros en el expediente clínico que identifiquen quién preparó y administró o instaló.

Acción Esencial 1 E

De la identificación en estudios de imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología

- Las solicitudes contarán con los datos de identificación de paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.
- Las placas radiográficas tienen que contener los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha y hora del estudio, identificación del establecimiento, así como otros que defina en su normativa el EAM.
- El personal del laboratorio y patología tiene que cotejar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coinciden con los datos de las solicitudes.

Acción Esencial 1 F

De la identificación de piezas anatómicas y cadáveres

- Es indispensable la identificación de piezas anatómicas y cadáveres al menos con los dos identificadores (nombre completo y fecha de nacimiento) y cualquier otro definido por el EAM.

Acción Esencial 2 / Meta internacional 2
Comunicación Efectiva

Objetivo general:

Mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, paciente, familiar, cuidador o acompañante; a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la emisión de indicaciones verbales y/o telefónicas, mediante el uso del protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar.

De igual manera, reducir los errores durante el traspaso de pacientes, cambios de turno y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud, de forma que proporcione información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al paciente mediante el uso de una herramienta validada de comunicación entre profesionales de la salud, por ejemplo, Técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, (SBAR por sus siglas en inglés Situation-Background-Assessment-Recommendation) o la herramienta validada que determine el EAM.

Acción Esencial 2 A

Acciones para mejorar la comunicación entre el equipo médico

- Implementar el protocolo Escuchar-Escribir-Leer-Confirmar, para recibir órdenes/indicaciones clínicas o resultados de laboratorio o gabinete, verbales o telefónicos.
- Implementar el proceso estructurado y estandarizado de comunicación que permita entre el equipo médico llevar a cabo una entrega clara, precisa, completa y oportuna de la información del paciente durante las transiciones; ya sea en cambio de turno y guardia, o cambios de área, servicio o de establecimiento.

Acción Esencial 2 B

De la emisión y recepción de las indicaciones verbales y/ o telefónicas relacionadas con la atención de los pacientes, resultados de laboratorio o gabinete

Acción Esencial 2 B 1

Del proceso de escuchar-escribir-leer-confirmar

El personal de salud que reciba vía verbal o telefónica cualquier indicación, resultado de laboratorio o gabinete, tiene que anotar dicha información recibida en el formato o documento estandarizado del expediente clínico que defina el EAM, como se indica a continuación:

- Los datos a registrar son: identificación del paciente, nombre, cargo y firma de la persona que emitió la indicación o resultado, quien recibe la indicación o resultado, fecha y hora en la que se recibió.

El personal de salud que emita o reciba cualquier indicación o resultado de manera verbal o telefónica, tiene que cumplir el siguiente proceso:

- La persona que recibe las indicaciones o resultados tiene que escuchar atentamente.
- La persona que recibe las indicaciones tiene que escribirlas en la hoja de indicaciones. Si se trata de un resultado de laboratorio o gabinete tiene que registrarse en el formato del expediente clínico que determine el EAM.
- La persona que recibe las indicaciones clínicas o resultados tiene que leerlos, a la persona que los emitió.
- La persona que emitió las indicaciones clínicas o resultados tiene que confirmar que la información es correcta.
- Es indispensable que la información se valide por el médico tratante que emite la indicación, colocando su nombre completo y firma autógrafa en el tiempo que establezca el EAM.

Acción Esencial 2 B 2

De la emisión y recepción de las órdenes verbales y/o telefónicas en urgencias y servicios críticos con el proceso de escuchar-repetir y confirmar

- La persona que recibe las indicaciones tiene que escucharla atentamente.
- La persona que recibe las indicaciones tiene que repetirla en voz alta.
- La persona que emitió las indicaciones tiene que confirmar que la información es correcta.
- Es indispensable que la información se transcriba en el expediente clínico y sea firmada por el médico responsable.

Acción Esencial 2 C

De la comunicación durante la trasferencia de pacientes

El personal de salud utilizará herramientas de comunicación validadas entre profesionales de la salud, por ejemplo: Técnica SAER por sus siglas en español: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación, (SBAR por sus siglas en inglés Situation-Background-Assessment-Recommendation) u otra que determine el EAM durante la transferencia de pacientes de un servicio a otro, durante los cambios de turno o cuando sea referido a otra unidad con al menos los siguientes datos:

Situación:

- Referir los datos de identificación del paciente y el servicio en que se encuentra /encontraba hospitalizado.
- Describir brevemente el problema del paciente, su condición actual, aspectos clínicos relevantes incluyendo signos vitales.

Antecedentes:

- Motivo y fecha de ingreso.
- Datos significativos de la historia clínica.
- Diagnóstico principal de ingreso.
- Procedimientos realizados.
- Medicación administrada.
- Líquidos administrados y/o soluciones parenterales.
- Alergias.

- Resultados de laboratorio o de imágenes relevantes.
- Dispositivos invasivos.
- Cualquier otra información clínica útil.

Evaluación:

- El personal de salud tiene que comunicar cómo considera el problema y cuál puede ser la causa subyacente de la condición del paciente.
- Dentro de la evaluación se recomienda tomar en cuenta en caso necesario el estado de conciencia, la evolución durante la jornada o turno y escalas de valoración como son las de riesgo de caídas, úlceras por presión y de dolor, entre otras.

Recomendación:

- El personal de salud tiene que sugerir o recomendar los pasos a seguir con el paciente, así como establecer el tiempo para realizar las acciones sugeridas, sobre todo en caso de haberse presentado algún incidente o algún pendiente para la continuidad de la atención.

Acción Esencial 2 D

De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos

De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas, o cualquier documento relacionado con la atención del paciente, tanto manuscritos o en medios electrónicos:

- Escribir con letra legible.
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación “–ol” se tiene que mantener un espacio visible entre este y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números “01”.
- Cuando la dosis es un número entero, nunca tiene que escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis. (ej. correcto 0.50, incorrecto .50).

- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre tiene que utilizar “comas” (,) para separar los millares, o utilizar las palabras “Mil” o “1 millón”. (ej. correcto 1,000, incorrecto 1000).
- Nunca tiene que abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, intravenoso, intramuscular, más, durante y por.

Acción Esencial 2 E

De la notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete

- Los responsables del laboratorio, patología o gabinete notifican de manera inmediata al personal clínico responsable del paciente, utilizando el protocolo escuchar-escribir-leer y confirmar, quien registrará en el expediente clínico.
- En pacientes de consulta externa, cada EAM tiene que contar con un procedimiento para comunicar los resultados críticos a los pacientes.

Acción Esencial 2 F

De la referencia y/o contra referencia del paciente

Tiene que elaborarla un médico del EAM y contener:

a. Contar con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
b. Resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.
c. Datos de identificación del EAM que envía y del EAM receptor.
d. Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
e. Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe.

El EAM tiene que disponer de un directorio de unidades a las que puede referir pacientes, que incluya el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto.

Acción Esencial 2 G

Del egreso del paciente

Tiene que elaborarlo el médico y contener:

- Datos de identificación del paciente.

- Fecha de ingreso/egreso.
- Motivo del egreso.
- Diagnósticos finales.
- Resumen de la evolución y el estado actual.
- Manejo durante la estancia hospitalaria, incluyendo la medicación relevante administrada durante el proceso de atención.
- Problemas clínicos pendientes.
- Plan de manejo y tratamiento.
- Recomendaciones para la vigilancia ambulatoria.
- Atención de factores de riesgo.
- Pronóstico.

Acción Esencial 3 / Meta Internacional 3
Seguridad en el proceso de medicación

Objetivo general:

Fortalecer las acciones relacionadas con la selección y adquisición, el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos, para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en los EAM del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 3 A

De la adquisición electrolitos concentrados

La adquisición de los electrolitos concentrados tiene que cumplir con lo estipulado para el etiquetado de los mismos de acuerdo a la NOM-072-SSA1-2012, Etiquetado de medicamentos y remedios herbolarios.

a) Color azul para bicarbonato de Sodio 7.5%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
b) Color verde para sulfato de magnesio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
c) Color amarillo para gluconato de calcio 10%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
d) Color rojo para cloruro de potasio 14.9%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.
e) Color naranja para fosfato de potasio 15%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

f) Color blanco para cloruro de sodio 17.7%. Solución para uso inyectable en ampolleta con 10 ml.

Acción Esencial 3 B

Del almacenamiento de medicamentos

- El personal responsable del almacenamiento llevará un control de lotes y fechas de caducidad de todos los medicamentos a su cargo.
- Los medicamentos y electrolitos concentrados tienen que ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
- El EAM identifica las áreas críticas para el resguardo y almacenamiento permanente de los medicamentos de alto riesgo.
- El personal responsable del almacenamiento colocará una alerta visual de color rojo en los medicamentos de alto riesgo y de color azul los medicamentos LASA.
- En el caso del etiquetado de caducidad u otra semaforización, no utilizar el color rojo.
- Todo medicamento anestésico que se utilice en la atención de los pacientes debe estar consignado en todos los registros de la farmacia hospitalaria.

Acción Esencial 3 C

De la prescripción

- Los médicos del EAM tienen que anotar la prescripción médica en el expediente y en la receta médica, con letra clara, legible sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.
- La receta y las indicaciones médicas deben contener:
  a) Nombre y domicilio del EAM de forma impresa.
  b) Nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
  c) Fecha de elaboración.
  d) Nombre completo del paciente.
  e) Nombre genérico del medicamento.
  f) Dosis y presentación farmacéutica del medicamento.
  g) Frecuencia y vía de administración.
  h) Duración del tratamiento.

- La receta y las indicaciones médicas deben considerar lo siguiente:

a) Deben contener indicaciones completas y claras para su administración.
b) No tener correcciones que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
c) No utilizar abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones.

- Las solicitudes de Nutrición Parenteral Total (NPT), tienen que contar por lo menos con los siguientes datos:

a) Nombre completo del paciente y fecha de nacimiento.
b) Peso del paciente.
c) Número de expediente.
d) Servicio que solicita.
e) Fecha y hora de solicitud.
f) Componentes de la mezcla.
g) Glucosa kilo minuto.
h) Concentración de la mezcla.
i) Calorías Totales.
j) Kilocalorías.
k) Nombre del médico solicitante.
l) Cédula profesional de quien la solicita.

Acción Esencial 3 D

Los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y los medicamentos de alto riesgo

A los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y los medicamentos de alto riesgo se les coloca alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos, que hagan evidente la diferencia entre ellos:

a) Medicamentos de alto riesgo: Utilización de “letras mayúsculas”.
Ejemplo: BICARBONATO DE SODIO

b) Medicamentos LASA: Subrayado.
Ejemplo: Digoxina – Dorixina
Amikacina solución inyectable 100 mg
Amikacina solución inyectable 500 mg

c) Medicamentos de alto riesgo y LASA: Utilizar ambas barreras.

Ejemplo: ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 20 mg
ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 60 mg

INSULINA HUMANA ACCIÓN INTERMEDIA NPH
INSULINA HUMANA ACCIÓN RÁPIDA REGULAR

Estas barreras pueden fortalecerse aún más utilizando letra negrita, color, color de fondo o mediante otros recursos tipográficos, según lo defina el EAM.

Acción Esencial 3 E

De la transcripción

- El personal de salud que realice transcripción en otros documentos trascribirá sin modificar la prescripción original, conservando las barreras de seguridad de la prescripción. En caso de duda tiene que aclarar y validar con el médico tratante.
- La solicitud de los medicamentos tiene que ser clara, legible, sin tachaduras ni enmendaduras.

Acción Esencial 3 F

De la dispensación

- El personal de la farmacia verificará la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no entregará el medicamento y se pondrá en contacto con el personal pertinente.
- Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes, tiene que contener fecha de caducidad y lote, así como estar registrado en el control de inventario de la farmacia hospitalaria.

Acción Esencial 3 G

De la recepción de los medicamentos

- El personal de enfermería verificará que los medicamentos correspondan a los prescritos por el personal médico.

- El medicamento tiene que rotularse con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).

Acción Esencial 3 H

De la preparación

- Solo el personal autorizado para ello podrá preparar los medicamentos y productos biológicos.
- La preparación de los medicamentos debe realizarse en un entorno higiénico y seguro destinado para tal fin, que tome en cuenta la legislación aplicable vigente, con equipo y los suministros adecuados.
- Para la preparación de medicamentos que requieren de un ambiente estéril se utiliza equipo de protección personal y se emplean las técnicas asépticas adecuadas.
- El personal debe estar capacitado en técnicas asépticas para la preparación de los medicamentos.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales, deberá preferirse la presentación unidosis o la presentación más pequeña garantizando:
    - La apertura de un frasco nuevo durante la preparación,
    - El desecho del sobrante o remanente al término de la preparación.

  Esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.
- La preparación segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes correctos de la preparación de medicamentos:
  a) Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
  b) Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta.
  c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta.
  e) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- Etiquetar los medicamentos inmediatamente después de su preparación con los siguientes datos:
  a) Datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).

b) Nombre del medicamento
c) Dosis
d) Concentración, si corresponde.
e) Vía.
f) Dilución, si corresponde.
g) Fecha/ hora de preparación y caducidad una vez preparado, si corresponde.

- En el caso de la preparación de medicamentos anestésicos se debe etiquetar como se indica en el punto anterior.
- Se puede omitir el etiquetado si es un único medicamento y se administra inmediatamente después de prepararlo para un solo paciente: por ejemplo, en el caso de reanimación cardiopulmonar.

Acción Esencial 3 I

De la administración

- Solo el personal autorizado para ello podrá administrar los medicamentos.
- No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- Los electrólitos concentrados, insulinas o anticoagulantes parenterales se tienen que preparar justo antes de su administración.
- El personal de salud antes de la administración de algún medicamento o hemocomponente, tiene que corroborar, con el paciente, cuidador o acompañante, si tiene alergias y verificará los datos de identificación del paciente.
- El personal de salud que administre los medicamentos tiene que verificar, al menos los siguientes correctos:
  a) Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
  b) Medicamento correcto, verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería.
  c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería.
  e) Velocidad de infusión correcta.
  f) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
  g) Caducidad correcta una vez preparado, si corresponde.

h) Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, en la hoja de enfermería registrar el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.

- Los medicamentos que el paciente trae consigo, tienen que ser resguardados por el personal de enfermería y en su caso solicitar indicaciones del médico para aplicarlos.
- Los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración, tienen que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada EAM defina de acuerdo con lo estipulado por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.

- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales deberán garantizarse las condiciones de esterilidad al momento de la administración, utilizando un frasco nuevo por paciente y desechando el sobrante o remanente, esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.

Acción Esencial 3 J

Doble verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo

Es importante que cada organización implemente la doble verificación con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, tiene que realizarse por dos personas competentes y se realizará durante la preparación y administración de anestésicos, opioides y medicamentos de alto riesgo: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

Acción Esencial 3 K

De la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas relacionados con la medicación

- Cuando se presente un evento adverso por medicamentos o hemocomponentes tiene que darse prioridad a la estabilización del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.

- Realizar análisis causa raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y hemocomponentes.

Acción Esencial 3 L

Del control de todos los medicamentos, equipos, dispositivos e insumos

- El EAM establecerá un protocolo para el control de todos los medicamentos, equipo biomédico e insumos que ingresan al establecimiento en apego a la normatividad vigente.
- El EAM establecerá un protocolo para inactivación y/o destino final de los medicamentos que no son utilizados, en apego a la normatividad vigente y a las instrucciones del fabricante.
- El EAM establecerá un protocolo para la reutilización y/o destino final del equipamiento e insumos que no son utilizados, en apego a la normatividad vigente y a las instrucciones del fabricante.
- Fortalecer el sistema de uso por primeras caducidades primeras salidas y posteriormente primeras entradas primeras salidas (PCPS-PEPS) y queda estrictamente prohibido utilizar medicamentos y cualquier otro insumo para la salud con fecha de caducidad vencida.
- Se prohíbe el trasvase (acción y resultado de trasladar un líquido de un recipiente a otro) de medicamentos o sustancias que se pretenda administrar al paciente por cualquier vía.
- Se prohíbe introducir en la organización, medicamentos, equipos, dispositivos e insumos ajenos a la misma, que no hayan sido aprobados por algún mecanismo de control interno del establecimiento, en apego a la normatividad vigente.
- Crear y/o fortalecer los mecanismos y controles que faciliten la trazabilidad de los medicamentos, equipos, dispositivos e insumos entre otros, utilizados dentro del EAM.
- El EAM establecerá un protocolo para el uso de medicamentos multidosis.
- En el caso de medicamentos y vacunas multidosis, se deberá colocar la fecha y hora de apertura y caducidad, el uso será en estricto apego a la ficha técnica del fabricante y con apego a la normatividad vigente.

Acción Esencial 4 / Meta internacional 4
Seguridad en los procedimientos

Objetivo general:

Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y reducir los eventos adversos y centinela derivados de la práctica quirúrgica y procedimientos de alto riesgo fuera del quirófano por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los EAM del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 4 A

Acciones para mejorar la seguridad en los procedimientos dentro del quirófano

Acción Esencial 4 A 1

Del marcado del sitio quirúrgico

- El marcado tiene que realizarse sobre la piel del paciente y de manera que permanezca después de la asepsia y antisepsia.
- Previo al ingreso a la sala de cirugía, el cirujano responsable que participará en dicha cirugía marcará el sitio quirúrgico, cuando la cirugía se realice en órganos bilaterales o estructuras que contengan niveles múltiples.
- Para minimizar errores de sitio quirúrgico, en el marcaje, se involucra la participación del paciente.
- En caso de que sea menor de edad, esté inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad, este marcaje se realizará en presencia del familiar, cuidador o acompañante.
- Se tiene que utilizar una marca estandarizada por la organización para señalar el sitio quirúrgico. NO tiene que utilizarse como marcaje una “x” ya que genera confusión. En cirugía oftalmológica el marcado se realizará por arriba de la ceja del lado correspondiente.
- Deberá realizar el marcaje documental cuando el procedimiento sea en mucosas o sitios anatómicos difíciles, en procedimientos dentales, recién nacidos prematuros o cuando el paciente no acepte que se marque la piel.
- Se puede omitir en situaciones de urgencias y en lesiones visibles, como las fracturas expuestas o tumoraciones evidentes.

Acción Esencial 4 A 2

De la Lista de Verificación para la Seguridad de la Cirugía (LVSC)

- Se nombrará a un integrante del equipo quirúrgico como el coordinador para su llenado, se recomienda que sea el circulante.
- Se aplicará en todos los pacientes a los que se realicen cualquier procedimiento quirúrgico dentro o fuera de la sala de operaciones, así como en los procedimientos invasivos y de alto riesgo que el EAM defina.
- Cada EAM podrá incluir la verificación de cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente durante el procedimiento, siempre y cuando al menos se verifique lo establecido en cada una de las fases.

Se tiene que seguir las siguientes fases de la LVSC:

FASE 1. Entrada

Antes de la inducción de la anestesia

El anestesiólogo, el cirujano y el personal de enfermería:

- Confirman verbalmente con el paciente (si es posible), su identidad preguntando los dos datos de identificación, el sitio quirúrgico, el procedimiento quirúrgico y su consentimiento.

El anestesiólogo:

- Durante la realización de procedimientos con técnica aséptica tiene que utilizar el equipo completo de protección incluyendo gorro, guantes, bata quirúrgica y cubre bocas bien posicionado.
- Confirma con el cirujano el marcaje del sitio quirúrgico.
- Realiza el control de la seguridad de la anestesia al revisar: medicamentos, anotando la fecha de caducidad y el lote de los mismos, así mismo como la aplicación de los correctos para la administración de medicamentos, funcionalidad y condiciones óptimas del equipo, así como el riesgo anestésico del paciente.
- Coloca y comprueba que funcione el oxímetro de pulso correctamente.
- Confirma si el paciente tiene alergias conocidas, vía aérea difícil y riesgo de aspiración. En el caso de que sí exista este riesgo, tiene que verificar que cuente con el material, equipo y ayuda disponibles.
- Identifica el riesgo de hemorragias: en adultos mayor a 500 ml y en niños mayor a 7ml/kg.
- Prevé la disponibilidad de soluciones parenterales, vías centrales y/o periféricas permeables con el calibre de catéter adecuado, de acuerdo con el procedimiento a realizar.
- Identifica la necesidad de hemocomponentes y en su caso, verificar que se haya realizado el cruce de sangre previamente.

El cirujano confirma:

- Realización de asepsia en el sitio quirúrgico.
- Disponibilidad de todos los documentos, imágenes y estudios relevantes, y que estén debidamente identificados.

- Disponibilidad de los productos sanguíneos necesarios, especialmente en procedimientos con riesgo de presentar una hemorragia masiva.
- Funcionamiento adecuado de implantes, dispositivos y/o equipo especial necesarios.
- Participa en la prevención de eventos críticos informando los pasos críticos o no sistematizados, la duración de la operación y la pérdida de sangre prevista.

FASE 2. Tiempo fuera o Pausa quirúrgica

Antes de la incisión

El circulante o persona designada ha identificado a cada uno de los miembros del equipo quirúrgico que pueden ser cirujano, anestesiólogo, ayudante de cirujano, instrumentista y cualquier otro tipo de personal, para que se presenten por su nombre y función, sin omisiones (lista de verificación de la seguridad de la cirugía).

El cirujano:

- Confirma que cada uno de los miembros del equipo quirúrgico se hayan presentado por su nombre y función (sin omisiones).
- Confirma de manera verbal con el anestesiólogo y el personal de enfermería (instrumentista y circulante) la identidad del paciente, el procedimiento que se va a realizar, el sitio quirúrgico (en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, en caso de estructura múltiple el nivel a operar) y la posición del paciente.

El anestesiólogo:

- En cualquier procedimiento de anestesia, realizar protocolo de manejo que incluyan la correcta técnica de asepsia y antisepsia, así como evitar al máximo los factores que incrementan el riesgo de infección.
- Verifica en el caso que proceda, que se haya aplicado la profilaxis antibiótica conforme a las indicaciones médicas.
- Informa la existencia o riesgo de enfermedad en el paciente que pueda complicar la cirugía.

Enfermería:

- Verifica la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.

- Informa si hubo algún problema con el instrumental, equipos y material, así como con el conteo del mismo.

FASE 3. Salida

Antes de que el paciente salga del quirófano

El cirujano, en presencia del anestesiólogo y el personal de enfermería, confirma que se ha aplicado la LVSC, a partir de confirmar verbalmente:

- El nombre del procedimiento realizado.
- El recuento completo del instrumental, textiles y agujas.
- El etiquetado de las muestras con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha de la cirugía y descripción general de la muestra.
- Si hay problemas que resolver, relacionados con el instrumental y los equipos que tiene que ser notificados y resueltos.
- Reportar si ocurrieron eventos adversos. En caso afirmativo registrarlos.
- Principales aspectos críticos de la recuperación y el tratamiento.

Todos los integrantes del equipo quirúrgico anotan su nombre y firmar la LVSC, en la parte que les corresponde.

La LVSC debidamente llenada y firmada por todos los integrantes del equipo quirúrgico, se integra al expediente clínico del paciente.

Acción Esencial 4 B

Del Tiempo Fuera para procedimientos fuera de quirófano

La realización del Tiempo Fuera, con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, tiene que realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- Transfusión de sangre y hemocomponentes; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo y Rh y hemocomponente correcto.

- Radioterapia, tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta.
- Terapia de remplazo renal con hemodiálisis; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto, evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular.
- Toma de biopsia.
- Procedimientos odontológicos que requieran de anestesia y sedación.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas pleurales, urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, catéteres para hemodiálisis, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Terapia electroconvulsiva.
- Colocación y manejo de accesos vasculares centrales.

El médico responsable de la atención:

- Confirma que es el paciente correcto, procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, en caso de órgano bilateral, marcaje derecho o izquierdo, según corresponda, en caso de estructura múltiple especificar el nivel a operar y la posición correcta del paciente.
- Verifica que se cuenta con los estudios de imagen, en caso de que se requieran.
- Prevé eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Promueve que el paciente, familiar, cuidador o acompañante reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva.

Acción Esencial 4 C

Insumos reutilizables

- El procedimiento de insumos reutilizables se apegará a las instrucciones del fabricante.

Acción Esencial 5 / Meta Internacional 5
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Objetivo general:

Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, por medio de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Acción Esencial 5 A

De las acciones generales del EAM para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Las áreas responsables de la capacitación del personal y las acciones de educación a la comunidad tienen que:

- Implementan programas de capacitación continua para todo el personal de los EAM, estudiantes, pacientes, familiares, cuidadores o acompañantes y visitantes, en temas de higiene de manos, prevención de IAAS y uso racional de antimicrobianos.

El Área Administrativa de los EAM aseguran el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos y la calidad del agua.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o su equivalente, fomenta el trabajo en equipo a fin de:

- Coadyuvar a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las IAAS con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente.
- Contribuir a las acciones y propuestas de mejora planteadas por la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH) y el Comité para la Detección y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención a la Salud (CODECIN).
- Coadyuvar a la evaluación y análisis junto con el CODECIN, de la implementación de los paquetes de acciones para la prevención de las IAAS y su monitoreo a través de la Cédula Única de Gestión de Paquetes de Acciones para la prevención de las IAAS.

El CODECIN es el órgano consultor técnico del EAM en los aspectos relacionados con la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las IAAS, así como de la evaluación de la información que presente el Comité de Vigilancia y Control del Uso de Antimicrobianos.

Este Comité lleva a cabo las funciones señaladas en la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2015, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. [38]

- Coadyuva a la evaluación y análisis junto con el COCASEP, de la implementación de los paquetes de acciones para la prevención de las IAAS y su monitoreo a través de la Cédula Única de Gestión de Paquetes de Acciones para la prevención de las IAAS.

A la Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria (UVEH), le corresponderá:

- Observar y analizar la ocurrencia y distribución de las IAAS, así como los factores de riesgo asociados a estas.
- Identificar áreas de oportunidad y tomar decisiones con el propósito de estandarizar los procesos relacionados con las IAAS y el uso racional de antimicrobianos, en conjunto con el COCASEP y el CODECIN, con el personal de la UVEH y los jefes de servicio.
- Realizar mensualmente el informe del análisis que describe el comportamiento de las infecciones asociadas a la atención de la salud, que será expuesto ante el CODECIN.
- Coordinar las actividades de Prevención y Control de Infecciones que ejecutan las diferentes áreas y departamentos clínicos y administrativos del EAM.

Es importante que cada organización implemente este programa, en donde la acción prioritaria es la higiene de manos por el personal clínico con la técnica establecida por la OMS y en los cinco momentos.[39]

[38] NORMA Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2005, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. DOF 20/11/2009. Documento en internet pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5120943&fecha=20/11/2009#gsc.tab=0
[39] Los cinco momentos para la higiene de las manos. Página Web DGCES. Disponible en: http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/higiene_manos_profesionales_salud.html

Acción Esencial 5 B

Programa Integral de Higiene de Manos

Implementar los componentes de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos:[40]

- Cambios del sistema: contar con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales de salud llevar a cabo la higiene de manos.
- Formación y capacitación del personal de salud con respecto a la importancia de la higiene de manos basada en los cinco momentos y los procedimientos adecuados para la fricción y lavado de manos.
- Evaluación y retroalimentación: hacer seguimiento de la infraestructura y de la observancia de estas prácticas y retroalimentar al respecto.
- Colocar recordatorios visuales en los puntos de atención en el lugar de trabajo.
- Fomentar una cultura de seguridad de la atención al paciente y del personal sanitario en las instituciones.

En todos los EAM de atención médica es necesario designar a una persona que se encargue de:

- Coordinar las acciones del Programa.
- Difundir material.
- Realizar supervisiones periódicas y anualmente autoevaluaciones.

Aplicar una herramienta validada para la prevención y reducción de las IAAS, por ejemplo, la Cédula Única de Gestión para los Paquetes de Acciones para la Prevención de las IAAS.[41]

Durante las sesiones del COCASEP o su equivalente analizar la información obtenida por medio de la herramienta validada para definir estrategias de mejora y estandarizar los procesos relacionados con las infecciones asociadas a la atención de la salud y el uso racional de antimicrobianos.

[40] Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos. Documento en internet 49 pp. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102536/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf;jsessionid=8940796D5F9F113A53D59BDAFDE3FC0B?sequence=1

[41] Manual para la implementación de los Paquetes de Acciones para Prevenir y Vigilar las Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS). Secretaria de Salud (2019). Documento en Internet 68 pp. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/manual_IAAS.pdf

Informar de los resultados del apego de las acciones de higiene de mano a los directivos y personal del EAM.

Acción Esencial 6 / Meta internacional 6
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Objetivo general:

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los EAM del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Acciones para reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas

Acción Esencial 6 A

De la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas

El personal de salud:

- Tiene que evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando un instrumento o herramienta validada, acorde a las características y necesidades de los pacientes atendidos en el EAM.
- La evaluación del riesgo de caídas tiene que realizarse en todos los pacientes.
- Tiene que reevaluarse en:
    a. Cada cambio de turno.
    b. Cambio de área o servicio.
    c. Cambio en el estado de salud.
    d. Cambio o modificación del tratamiento farmacológico.
    e. Informar a paciente, familiar, cuidador o acompañante sobre el riesgo de caída y las medidas de seguridad que se aplican para prevenirla, entre ellas, solicitar la ayuda del personal para la movilización del paciente.

Acción Esencial 6 B

De las acciones de seguridad para prevención de caídas

Tienen que realizarse las siguientes acciones de seguridad para la prevención de caídas en todos los pacientes:

- En caso de que el paciente se encuentre en cama o camilla, el personal de salud debe levantar siempre los barandales.

- Verificar el funcionamiento de los barandales de las camas, camillas y de los descansabrazos y descansa pies de las sillas de ruedas.
- Informar a familiar, cuidador o acompañante que, si el paciente debe permanecer en su cama o cuna, debe tener los barandales en posición elevada y los frenos colocados.
- Trasladar al paciente en camilla con barandales en posición elevada o en sillas de ruedas, ambos con frenos funcionales.
- Cuando sea necesario trasladar al menor fuera de la cuna, tiene que permanecer en compañía de personal de salud o un familiar, cuidador o acompañante.
- De acuerdo con la condición clínica y edad del paciente tiene que ir siempre acompañado al baño.
- Realizar la sujeción del paciente en caso de ser necesario y de acuerdo con el protocolo establecido en el EAM.
- Identificar el riesgo de caídas en la tarjeta de cabecera o a pie de cama u otros medios que permitan la identificación del riesgo durante los traslados.
- Acercar al paciente los aditamentos de ayuda como bastones, andadera, silla de ruedas y lentes, entre otros.
- Es recomendable colocar interruptor de timbre y de luz al alcance del paciente.
- Mantener alguna iluminación nocturna dentro de la habitación del paciente.
- Mantener las puertas abiertas de la habitación, sin cortinas que impidan su vigilancia.
- Colocar banco de altura para uso inmediato cerca de la cama del paciente.
- Se recomienda el calzado cerrado antiderrapante.
- Colocar en la regadera una silla de baño para el paciente, en caso de ser necesario.
- Evitar realizar cambios bruscos de postura y/o incorporar al paciente de forma rápida sobre todo si ha permanecido mucho tiempo postrado.
- Explicar al paciente y familiar, cuidador o acompañante, el proceso de incorporación desde la posición en decúbito o sentado.
- Informar al familiar, cuidador o acompañante que para movilizar al paciente requiere la ayuda de un miembro del equipo de salud o de otro familiar, cuidador o acompañante.
- Informar al familiar, cuidador o acompañante que no se separen de su paciente y en su caso, si requieren separarse tiene que avisar al personal de enfermería.
- El personal de salud tiene que reportar inmediatamente las fallas, descomposturas o falta de equipo que se encuentre relacionado con la seguridad del paciente.

- En pacientes con agitación psicomotora y/o alteraciones psiquiátricas, tiene que elevar los barandales y siempre tiene que permanecer un familiar, cuidador o acompañante con ellos.
- Solicitar el retiro de equipo o mobiliario que no esté en uso en la habitación.
- En caso de caída de paciente, se deberá realizar el seguimiento clínico del paciente durante su estancia hospitalaria, hasta su egreso.
- En caso de que el paciente sufra una caída se tiene que registrar y notificar inmediatamente, siguiendo el protocolo del EAM para el reporte de eventos señalado en la AESP 7.

Acción Esencial 6 C

De las acciones de la organización

En el EAM se designará a una persona para que verifique los siguientes factores del entorno arquitectónico y que están asociados a riesgo de caídas de pacientes hospitalizados:

- El área de baños y regaderas tienen que contar con barras de sujeción.
- El área de regaderas tiene que contar con piso y tapetes antiderrapantes.
- Tiene que existir señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo, etc.
- Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- Las escaleras o rampas tienen que contar con material antiderrapante y barandales.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- El área de tránsito tiene que estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en silla de ruedas y camillas.
- El mobiliario como el buró, banco de altura, sillón, camillas, sillas de ruedas, entre otros, y los cables en general tiene que colocarse en el lugar asignados para estos.
- Los dispositivos específicos para la deambulación, como bastones, muletas y andaderas tiene que contar siempre con las gomas en los puntos de apoyo.
- Todas las áreas de atención al paciente y la central de enfermeras tienen que contar con adecuada iluminación.

Del personal de limpieza:

- Debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

Es importante que cada organización implemente la evaluación y reevaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada EAM en función de las características de sus pacientes con el fin de implementar las medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas.

Acción Esencial 7

Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.

Objetivo general:

Generar información sobre cuasifallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en los EAM, tiene que ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.

Es importante que cada organización implemente el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas, que además se alinee con las actividades de evaluación de riesgos de la organización y que juntos formen la base del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

Acción Esencial 7 A

Registro y Análisis de Cuasifallas y Eventos Adversos

- Los EAM utilizarán el Sistema de Registro de Eventos Adversos desarrollado para tal efecto, el cual se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCES o la definida por el EAM.

- El registro de eventos adversos se hará de acuerdo con el "Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos" establecido por la DGCES o por el definido por el EAM.
- El EAM debe realizar el registro y análisis cuando exista riesgo potencial o inminente de muerte imprevista, pérdida temporal o permanente de una función que no estén relacionadas con el curso natural de la enfermedad, problema subyacente del paciente o resultado de una intervención.
- El registro de eventos adversos se tiene que realizar inmediatamente cuando ocurra el evento adverso o tan pronto cuando sean identificados, priorizando la atención del paciente.
- Es un registro anónimo, voluntario, confidencial y no punitivo.
- La participación del EAM en el registro de eventos adversos, tiene que ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalentes.
- Los eventos adversos y cuasifallas tienen que analizarse mediante Patrones y Tendencias al menos cada 6 meses.
- Reportar al servicio de inmunizaciones durante las primeras 24 horas las cuasifallas y eventos adversos derivados del proceso de vacunación, así como los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización.

Acción Esencial 7 B

Registro y análisis de eventos centinela.

Al menos tiene que registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

a. Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.
b. Pérdida temporal o permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad, el problema subyacente del paciente o como resultado de una intervención.
c. Cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto o al paciente equivocado.
d. Muerte materna.
e. Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
f. Suicidio.

g. Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente.

h. Entrega de menor de edad equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

i. Entrega de cadáver equivocado a familiar, cuidador, acompañante o representante legal.

En todos los eventos centinela se tiene que realizar el análisis causa-raíz en un período no mayor a 45 días.

Acción Esencial 7 C

Recopilación, análisis y comunicación de datos

- Los resultados del registro de cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalente, con el fin de establecer las acciones de mejora.
- Los resultados del análisis de las cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentarán al cuerpo directivo y al personal del EAM en una de sus sesiones generales.
- Los resultados del registro de cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o equivalente, con el fin de identificar patrones y tendencias, costos y para el diseño e implementación de las acciones de mejora.
- El COCASEP o equivalente deberá monitorear las estrategias de mejora definidas a partir de los resultados analizados. Cambio de lugar.
- A través del COCASEP o equivalente se realizará retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

Acción Esencial 8
Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención

Objetivo general:

Medir la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los EAM del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 8 A

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente

- Para el proceso de medición se recomienda utilizar el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [42]
- La medición de la cultura de seguridad del paciente se podrá realizar en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin. La cual se encuentra en este documento: Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos en Hospitales de México.
- La participación del EAM en la medición de la cultura de seguridad del paciente, tiene que ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalente.
- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- Participa de manera anónima el personal de todos los turnos del EAM.
- Los resultados de la medición se presentarán en el COCASEP o su equivalente, para identificar patrones y tendencias y para el diseño e implementación de acciones de mejora.
- Los resultados de este análisis y las acciones de mejora implementadas se presentarán al cuerpo directivo y al personal del EAM.

[42] AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality. Página Web. Disponible en: https://www.ahrq.gov/
Adaptación transcultural al castellano del cuestionario Nursing Home Survey on Patient Safety Culture,. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X13001553

Acciones Esenciales / Metas Internacionales para la seguridad del paciente en Establecimientos de Atención Médica sin hospitalización

Acción Esencial 1 / Meta Internacional 1
Identificación correcta de los pacientes

Objetivo general:

Mejorar la precisión de la identificación de pacientes, unificando este proceso en los EAM del Sector Salud, utilizando al menos dos datos para identificar al paciente (nombre completo y fecha de nacimiento) que permitan prevenir errores que involucran al paciente equivocado.

Acción Esencial 1 A

De la identificación general del paciente

Entre las acciones que se tienen que implementar para una adecuada identificación de los pacientes se encuentran:

- El personal de salud tiene que identificar al paciente desde el momento en que este solicita la atención, con al menos dos identificadores estandarizados en toda la organización (nombre completo y fecha de nacimiento), y se tiene que escribir en todos los documentos que se generen durante el proceso de atención.
- En su caso, adicionalmente podrán agregarse otros determinados en la normativa del EAM, que no sean padecimiento, especialidad, disciplina, nombre del médico tratante, servicio, horario de atención, ni diagnóstico.
- Es importante que el EAM diseñe el proceso de identificación del paciente y se asegure que las acciones se realizan de manera correcta, es decir, utilizar los datos definidos de identificación en el momento oportuno para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento adverso o centinela relacionado con el paciente equivocado.
- Es necesario escribir los dos identificadores del paciente, en todos los documentos que se generen durante el proceso de atención.
- Antes de realizar cualquier procedimiento a pacientes que sean menores de edad, estén inconsciente o con cualquier tipo de discapacidad que impida la comunicación, los datos de identificación se tienen que validar con su familiar, cuidador o acompañante; de no contar con familiar, cuidador o acompañante es

estrictamente necesario aplicar otras barreras como las utilizadas en medicamentos y procedimientos seguros.

Acción Esencial 1 B

De la identificación del paciente previo a los momentos críticos de la atención

El personal de salud tiene que comprobar los datos de identificación del paciente **justo antes** de al menos los siguientes momentos críticos:

El personal de salud verifica los datos de identificación, preguntando al paciente. En caso de que presenten algún tipo de discapacidad que impida la comunicación, o en menores de edad, estos datos tienen que validarse con su familiar, cuidador o acompañante; al menos en los siguientes casos:

- Administración de todo tipo de medicamentos.
- Administración de infusiones intravenosas con fin profiláctico, diagnóstico o terapéutico.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes.
- Realizar procedimientos médicos o quirúrgicos.
- Realización de estudios de gabinete, laboratorio clínico y patología.
- Traslados dentro o fuera el EAM.
- Dotación de dietas.
- Inicio de la terapia de remplazo renal con hemodiálisis.
- Aplicación de biológicos.
- Realización de cualquier otro procedimiento o tratamiento invasivo de alto riesgo que el EAM defina.

Acción Esencial 1 C

De la identificación en estudios de imagenología físicos o digitales, laboratorio clínico y patología

- Las solicitudes contarán con los datos de identificación de paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha, identificación del solicitante, estudio solicitado y diagnóstico probable.
- Las placas radiográficas tienen que contener los datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento), fecha y hora del estudio, identificación del EAM, así como otros que defina en su normatividad el EAM.

- El personal del laboratorio y patología tiene que cotejar que los datos de la etiqueta del recipiente de la muestra biológica coinciden con los datos de las solicitudes.

Acción Esencial 2 / Meta internacional 2
Comunicación Efectiva

Objetivo general:

Mejorar la comunicación entre los profesionales de salud, paciente, familiar, cuidador o acompañante, a fin de obtener información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención y así, reducir los errores relacionados con la prescripción de medicamentos y la referencia de pacientes, de forma que proporcione información correcta, oportuna y completa durante el proceso de atención al paciente.

Acción Esencial 2 A

De la referencia y/o contra referencia del paciente

Tiene que elaborarla un médico del EAM y contener:

a. Contar con los dos datos de identificación del paciente (nombre completo y fecha de nacimiento).
b. Resumen clínico, que contenga motivo del envío, diagnóstico y tratamiento aplicado.
c. Datos de identificación del EAM que envía y del EAM receptor.
d. Fecha y hora que fue referido y en la que se recibió el paciente.
e. Nombre completo y firma de quien lo envía y de quien lo recibe

El EAM tiene que disponer de un directorio de unidades a las que puede referir pacientes, que incluya el tipo de pacientes que recibe, requisitos y nombre del contacto.

Acción Esencial 2 B

De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos

De las prescripciones médicas y de las anotaciones en documentos que forman parte del expediente clínico del paciente, como las indicaciones médicas, o cualquier documento relacionado con la atención del paciente, tanto manuscritos o en medios electrónicos:

- Escribir con letra legible.
- Colocar siempre un espacio entre el nombre completo del medicamento con la sustancia activa, la dosis y las unidades de dosificación. Especialmente en aquellos medicamentos que tengan la terminación "–ol" se tiene que mantener un espacio visible entre este y la dosis, ya que puede prestarse a confusión con números "01".
- Cuando la dosis es un número entero, nunca tiene que escribirse un punto decimal y un cero a la derecha de dicho punto decimal (ej. correcto 30, incorrecto 30.0).
- Cuando la dosis es menor a un número entero, siempre se colocará un cero previo al punto decimal, seguido del número de la dosis. (ej. correcto 0.50, incorrecto .50).
- Cuando la dosis es un número superior a 1,000, siempre tiene que utilizar "comas" (,) para separar los millares, o utilizar las palabras "Mil" o "1 millón" (ej. correcto 1,000, incorrecto 1000).
- Nunca tienen que abreviarse las palabras: unidad, microgramos, día, una vez al día, por razón necesaria, unidades, unidades internacionales, intranasal, subcutáneo, intravenoso, intramuscular, más, durante y por.

Acción Esencial 2 C

De la notificación de valores críticos de laboratorio, patología y estudios de gabinete

- Cada EAM tiene que contar con un procedimiento para comunicar de manera inmediata los resultados críticos al personal clínico responsable del paciente y al paciente para la continuidad de la atención de manera oportuna.

Acción Esencial 3 / Meta Internacional 3
Seguridad en el proceso de medicación

Objetivo general:

Fortalecer las acciones relacionadas con el almacenamiento, la prescripción, transcripción, dispensación, preparación y administración de medicamentos para prevenir errores que puedan dañar a los pacientes, derivados del proceso de medicación en los EAM del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 3 A

Del almacenamiento de medicamentos

- El personal responsable del almacenamiento de medicamentos tiene que marcar con una alerta visual de color rojo aquellos medicamentos de alto riesgo.
- En el caso del etiquetado de caducidad u otra semaforización, no utilizar el color rojo.
- Los medicamentos tienen que ser almacenados en un lugar seguro y con las condiciones ambientales que el laboratorio farmacéutico indique.
- En todas las áreas donde se almacenen medicamentos de alto riesgo deberán estar separados del resto de medicamentos.
- Todo medicamento anestésico que se utilice en la atención de los pacientes debe estar consignado en todos los registros de la farmacia.

Acción Esencial 3 B

De la prescripción

- Los médicos del EAM tienen que anotar la prescripción médica en el expediente y en la receta médica, con letra clara, legible sin abreviaturas, sin enmendaduras ni tachaduras.

- La receta debe contener:

  a) Nombre y domicilio del EAM de forma impresa.
  b) El nombre completo, número de cédula profesional y firma autógrafa de quien prescribe.
  c) Fecha de elaboración.
  d) Datos de identificación del paciente.

e) Nombre genérico del medicamento.
f) Dosis y presentación farmacéutica del medicamento.
g) Frecuencia y vía de administración.
h) Duración del tratamiento.
i) Indicaciones completas y claras para su administración.
j) No debe tener tachaduras ni enmendaduras que pudieran confundir al personal, paciente o farmacéutico.
k) No se deben utilizar abreviaturas en dosis, diagnósticos e indicaciones.

Acción Esencial 3 C

De la dispensación

- El personal de la farmacia verificará la solicitud de medicamento, antes de entregarlo. En caso de dudas, no tiene que entregar el medicamento y se pondrá en contacto el personal pertinente.
- Todo medicamento que se utilice en la atención de los pacientes tiene que contener caducidad y lote, así como estar registrado en el control de inventario en el servicio de farmacia.

Acción Esencial 3 D

De la recepción de los medicamentos

- El personal de enfermería verificará que los medicamentos correspondan a los prescritos por el personal médico.

- El medicamento tiene que rotularse con los dos datos de identificación del paciente. (nombre completo y fecha de nacimiento)

Acción Esencial 3 E

De la preparación

- Solo el personal autorizado para ello podrá preparar los medicamentos y productos biológicos.

- La preparación de los medicamentos debe realizarse en un entorno higiénico y seguro destinado para tal fin, que tome en cuenta la legislación aplicable vigente, con equipo y los suministros adecuados.
- Para la preparación de medicamentos que requieren de un ambiente estéril se utiliza equipo de protección personal y se emplean las técnicas asépticas adecuadas.
- El personal debe estar capacitado en técnicas asépticas para la preparación de los medicamentos.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales, deberá preferirse la presentación unidosis o la presentación más pequeña, garantizando:
    - La apertura de un frasco nuevo durante la preparación,
    - El desecho del sobrante o remanente al término de la preparación.

  Esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.
- La preparación segura de medicamentos incluye, al menos, la verificación de los siguientes correctos de la preparación de medicamentos:
  a) Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
  b) Medicamento correcto, identificando siempre el medicamento al retirarlo de la zona de almacenamiento y verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta.
  c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta.
  e) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
- Etiquetar los medicamentos inmediatamente después de su preparación con los siguientes datos:
  a) Datos de identificación del paciente, (nombre completo y fecha de nacimiento).
  b) Nombre del medicamento
  c) Dosis
  d) Concentración, si corresponde.
  e) Vía.
  f) Dilución, si corresponde.
  g) Fecha/ hora de preparación y caducidad una vez preparado, si corresponde.
- En el caso de la preparación de medicamentos anestésicos se debe etiquetar como indica en el punto anterior.

- Se puede omitir el etiquetado si es un único medicamento y se administra inmediatamente después de prepararlo para un solo paciente: por ejemplo, en el caso de reanimación cardiopulmonar.

Acción Esencial 3 F

De la administración

- Sólo el personal autorizado para ello podrá administrar los medicamentos y productos biológicos.
- No se administrarán medicamentos que carezcan de etiquetas o cuando estas no sean legibles.
- Los electrólitos concentrados, insulinas o anticoagulantes parenterales se tienen que preparar justo antes de su administración.

- El personal de salud tiene que corroborar con el cuidador o acompañante, en caso de que el paciente sea menor de edad, esté inconsciente o presente con cualquier tipo de discapacidad, si éste, tienen algún tipo de alergia, así como verificar los datos de identificación del paciente, antes de la administración de algún medicamento o productos biológicos.

- El personal de salud que administre los medicamentos o productos biológicos tiene que verificar:

  a) Paciente correcto, verificando los dos datos de identificación (nombre completo y fecha de nacimiento).
  b) Medicamento correcto, verificar el nombre del medicamento con las indicaciones del expediente clínico del paciente y con la hoja de enfermería o receta.
  c) Dosis correcta, comprobar en los registros del expediente y en la hoja de enfermería la dosis prescrita.
  d) Vía correcta, confirmar la vía de administración del medicamento indicada en la etiqueta, expediente clínico y la hoja de enfermería o receta.
  e) Velocidad de infusión correcta, cuando aplique.
  f) Horario correcto, confirmar en el expediente clínico y en la hoja de enfermería los intervalos indicados para la administración del medicamento.
  g) Registro correcto de los medicamentos, inmediatamente después de su administración, se tiene que registrar en la hoja de enfermería el nombre del fármaco, fecha, hora de administración, dosis, vía de administración y nombre de quien la administró.

- Los medicamentos que el paciente trae consigo, tienen que ser resguardados por el personal de enfermería y en su caso solicitar indicaciones del médico para aplicarlos.
- Los medicamentos que por indicación médica se suspenda su administración, tienen que ser entregados a la farmacia o bien realizar el protocolo que cada EAM defina de acuerdo con lo estipulado por la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.
- En caso de que se omita administrar un medicamento, tiene que registrarse en la hoja de enfermería, señalando claramente las causas por las que no se administró.
- Para el caso de medicamentos anestésicos opioides y anestésicos locales intratecales y epidurales deberán garantizarse las condiciones de esterilidad al momento de la administración, utilizando un frasco nuevo por paciente y desechando el sobrante o remanente, esto con el fin de evitar la reutilización de fármacos que han perdido su esterilidad.

Acción Esencial 3 G

Los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA)

A los medicamentos con aspecto o nombre parecido (LASA) y los medicamentos de alto riesgo se les coloca alertas visuales al momento de prescribirlos y/o transcribirlos, que hagan evidente la diferencia entre ellos:

a) Medicamentos de alto riesgo: Utilización de “letras mayúsculas”.
Ejemplo: BICARBONATO DE SODIO

b) Medicamentos LASA: Subrayado.
Ejemplo: Digoxina – Dorixina
Amikacina solución inyectable 100 mg
Amikacina solución inyectable 500 mg

c) Medicamentos de alto riesgo y LASA: Utilizar ambas barreras.
Ejemplo: ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 20 mg
ENOXAPARINA SOLUCIÓN INYECTABLE 60 mg

INSULINA HUMANA ACCIÓN INTERMEDIA NPH
INSULINA HUMANA ACCIÓN RÁPIDA REGULAR

Estas barreras pueden fortalecerse aún más utilizando letra negrita, color, color de fondo o mediante otros recursos tipográficos, según lo defina el EAM.

Acción Esencial 3 H

Doble verificación para anestésicos y medicamentos de alto riesgo

Es importante que cada organización implemente la doble verificación con el propósito de disminuir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, tiene que realizarse por dos personas competentes y se realizará durante la preparación y administración de anestésicos, opioides y medicamentos de alto riesgo: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos.

Acción Esencial 3 I

De la notificación inmediata de los eventos centinela, eventos adversos y cuasifallas relacionados con la medicación

- Cuando se presente un evento adverso por medicamentos o productos biológicos tiene que darse prioridad la atención del paciente y a la notificación de forma inmediata al médico tratante.

- Realizar análisis causa raíz de todos los eventos centinela relacionados con la administración de medicamentos y productos biológicos.

Acción Esencial 4 / Meta internacional 4
Seguridad en los procedimientos

Objetivo general:

Reforzar las prácticas de seguridad ya aceptadas y reducir los eventos adversos y centinela derivados de procedimientos de alto riesgo por medio de la aplicación del Protocolo Universal en los EAM del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 4 A

Del Tiempo Fuera para procedimientos de alto riesgo

La realización del Tiempo Fuera, con el propósito de llevar a cabo el procedimiento/tratamiento correcto, con el paciente correcto y en el sitio correcto o cualquier otra variable que ponga en riesgo la seguridad del paciente, tiene que realizarse justo antes de iniciar, al menos, los siguientes procedimientos:

- Toma de biopsia.
- Terapia de remplazo renal con hemodiálisis; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables, procedimientos, paciente, prescripción dialítica, filtro correcto evaluación del sangrado activo y valoración del acceso vascular.
- Procedimientos odontológicos que requieran de anestesia local.
- Colocación/retiro de dispositivos (sondas urinarias, catéteres, dispositivos intrauterinos, implantes anticonceptivos, entre otros).
- Estudios de gabinete que requieren medios de contraste.
- Transfusión de sangre y hemocomponentes; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimientos, acceso vascular, grupo y Rh y hemocomponente correcto.
- Radioterapia; tomando en cuenta, al menos, las siguientes variables: paciente, procedimiento, sitio y dosis correcta.
- Manejo de accesos vasculares centrales y estomas.

El médico responsable de la atención:

- Confirma que es el paciente correcto y el procedimiento correcto.
- Verifica que se cuenta con los estudios de imagen, en caso de que se requieran.
- Prevé eventos críticos, verificando la fecha y método de esterilización del equipo e instrumental.
- Promueve que el paciente, familiar, cuidador o acompañante, reciban información completa y fácilmente comprensible sobre su proceso asistencial y los riesgos que conlleva.

Acción Esencial 5 / Meta Internacional 5
Reducción del riesgo de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Objetivo general:

Coadyuvar a reducir las infecciones asociadas a la atención de la salud, por medio de la implementación de un programa integral de higiene de manos durante el proceso de atención.

Acción Esencial 5 A

De las acciones generales del EAM para reducir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud (IAAS)

Las áreas responsables de la capacitación del personal y las acciones de educación a la comunidad tienen que:

- Implementar programas de capacitación continua para todo el personal de los EAM, estudiantes, pacientes, familiares, cuidadores o acompañantes y visitantes, en temas de prevención de IASS y uso racional de antimicrobianos.
- Implementar acciones para la prevención de las IAAS en la colocación de sondas, implantes anticonceptivos, dispositivos intrauterinos, aplicación de medicamentos y biológicos parenterales, cuidados de heridas y estomas, entre otros.

El Área Administrativa de los EAM aseguran el abasto y mantenimiento del material y equipo necesario para la higiene de manos y la calidad del agua.

El Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o su equivalente fomenta el trabajo en equipo a fin de:

- Coadyuvar a la prevención y reducción de la morbilidad y mortalidad causada por las IAAS con la implantación de un modelo de gestión de riesgos y las acciones de seguridad del paciente.
- Contribuir a las acciones y propuestas de mejora planteadas por el Comité para la Detección y Control de las IAAS (CODECIN) o su equivalente.

Es importante que cada organización implemente este programa, en donde la acción prioritaria es la higiene de manos por el personal clínico con la técnica establecida por la OMS y en los cinco momentos. [43]

[43] IDEM Referencia 41, Los cinco momentos para la higiene de las manos.

Acción Esencial 5 B

Programa Integral de Higiene de Manos

Implementar los componentes de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de las manos: [44]

- Cambios del sistema: contar con la infraestructura necesaria para permitir a los profesionales de salud llevar a cabo la higiene de manos.
- Formación y capacitación del personal de salud con respecto a la importancia de la higiene de manos basada en los cinco momentos y los procedimientos adecuados para la fricción y lavado de manos.
- Evaluación y retroalimentación: hacer seguimiento de la infraestructura y de la observancia de estas prácticas y retroalimentar al respecto.
- Colocar recordatorios visuales en los puntos de atención en el lugar de trabajo.
- Fomentar una cultura de seguridad de la atención al paciente y del personal sanitario en las instituciones.

En todos los EAM es necesario designar a una persona que se encargue de:

- Coordinar las acciones del Programa.
- Difundir material.
- Realizar supervisiones periódicas y anualmente autoevaluaciones.

Aplicar una herramienta validada para la prevención y reducción de las infecciones asociadas a la atención a la salud, por ejemplo, la Cédula Única de Gestión para los Paquetes de Acciones para la Prevención de las IAAS.[45]

Informar de los resultados del apego de las acciones de higiene de mano a los directivos y personal del EAM.

[44] IDEM Referencia 42, Guía de aplicación de la estrategia multimodal de la OMS para la mejora de la higiene de manos.

[45] IDEM Referencia 43 Manual para la implementación del paquete de acciones... (2919).

Acción Esencial 6 / Meta internacional 6
Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas

Objetivo general:

Prevenir el daño al paciente asociado a las caídas en los EAM del Sistema Nacional de Salud mediante la evaluación y reducción del riesgo de caídas.

Acciones para reducir el riesgo de daño al paciente por causas de caídas.

Acción Esencial 6 A

De la evaluación del riesgo de caídas

El personal de salud:

- Tiene que evaluar el riesgo de caídas del paciente, utilizando un instrumento o herramienta validada, acorde a las características y necesidades de los pacientes atendidos en el EAM
- La evaluación del riesgo de caídas tiene que realizarse en los pacientes con riesgo de caída.

Acción Esencial 6 B

De las acciones de la organización

En el EAM se designará a una persona para que verifique los siguientes factores del entorno arquitectónico y que están asociados a riesgo de caídas de pacientes:

- El área de baños debe contar con barras de sujeción, piso y tapetes antiderrapantes.
- Tienen que existir señalamientos sobre rutas de evacuación, presencia de escaleras y rampas o desniveles en el suelo, etc.
- Evitar escalones a la entrada o salida del baño.
- Las escaleras o rampas tienen que contar con material antiderrapante y barandales.
- Las escaleras deben tener los escalones a la misma altura.
- El área de tránsito tiene que estar libres de obstáculos que dificulten o impidan la circulación del personal y pacientes, tanto caminando como en silla de ruedas y camillas.

- Los dispositivos específicos para la deambulación, como bastones, muletas y andaderas tiene que contar siempre con las gomas en los puntos de apoyo.
- Todas las áreas de atención al paciente tienen que contar con adecuada iluminación.

Del personal de limpieza:

- Debe mantener los pisos secos y colocar señalizaciones cuando el suelo esté mojado.

Es importante que cada organización implemente la evaluación del riesgo de caídas acorde a criterios específicos y funcionales para cada EAM en función de las características de sus pacientes con el fin de implementar las medidas necesarias para reducir el riesgo de caídas.

Acción Esencial 7
Prevención, notificación, registro y análisis de cuasifallas, eventos adversos y centinela.

Objetivo general:

Generar información sobre cuasifallas, eventos adversos y centinelas, mediante una herramienta de registro que permita el análisis y favorezca la toma de decisiones para que a nivel local se prevenga su ocurrencia; y a nivel nacional permita emitir alertas para evitar que acontezcan eventos centinela en los EAM, tiene que ser una prioridad del Sistema Nacional de Salud.

Es importante que cada organización implemente el sistema de notificación y análisis de eventos adversos, centinela y cuasifallas, que además se alinee con las actividades de evaluación de riesgos de la organización y que juntos formen la base del Plan de Calidad y Seguridad del Paciente, con el objetivo de desarrollar una cultura de calidad y seguridad que permita a la organización aprender de sus errores e implementar mejoras para prevenir su ocurrencia.

Acción Esencial 7 A

Registro y Análisis de Cuasifallas y Eventos Adversos

- Los EAM utilizarán el Sistema de Registro de Eventos Adversos desarrollado para tal efecto, el cual se encuentra disponible en la página electrónica de la DGCES o la definida por el EAM.
- El registro de eventos adversos se hará de acuerdo con el "Proceso Operativo del Sistema de Registro de Eventos Adversos" establecido por la DGCES o por el definido por el EAM.
- El EAM debe realizar el registro y análisis cuando exista riesgo potencial o inminente de muerte imprevista, pérdida temporal o permanente de una función que no estén relacionadas con el curso natural de la enfermedad, problema subyacente del paciente o resultado de una intervención.
- El registro de eventos adversos se tiene que realizar inmediatamente cuando ocurra o tan pronto cuando sean identificados. Priorizando la atención del paciente.
- Es un registro anónimo, voluntario, confidencial y no punitivo.
- La participación del EAM en el registro de eventos adversos, tiene que ser aprobada por el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o equivalentes.
- Los eventos adversos y cuasifallas tienen que analizarse mediante Patrones y Tendencias al menos cada 6 meses.
- Reportar al servicio de inmunizaciones durante las primeras 24 horas las cuasifallas y eventos adversos derivados del proceso de vacunación, así como los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización.

Acción Esencial 7 B

Registro y análisis de eventos centinela.

Al menos tienen que registrarse, reportarse y analizarse lo siguiente:

a. Muerte imprevista no relacionada con el curso natural de la enfermedad o el problema subyacente del paciente.

b. Pérdida temporal o permanente de una función no relacionada con el curso natural de la enfermedad, el problema subyacente del paciente o como resultado de una intervención.
c. Muerte materna.
d. Transmisión de una enfermedad o afección crónica como resultado de una transfusión de sangre, hemocomponentes o trasplante de órganos o tejidos.
e. Suicidio.
f. Violencia sexual, maltrato u homicidio de cualquier paciente.

En todos los eventos centinela se tiene que realizar el análisis causa-raíz en un período no mayor a 45 días.

Acción Esencial 7 C

Recopilación, análisis y comunicación de datos

- Los resultados del registro de cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente o equivalente, con el fin de establecer las acciones de mejora.
- Los resultados del análisis de las cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentarán al cuerpo directivo y al personal del EAM en una de sus sesiones generales.
- Los resultados del registro de cuasifallas, eventos adversos y centinela se presentarán en el Comité de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) o equivalente, con el fin de identificar patrones y tendencias, costos y para el diseño e implementación de las acciones de mejora.
- El COCASEP o equivalente deberá monitorear las estrategias de mejora definidas a partir de los resultados analizados.
- A través del COCASEP o equivalente se realizará retroalimentación periódica a los directivos, responsables de áreas y personal involucrado.

Acción Esencial 8
Cultura de Seguridad del Paciente para la mejora de la calidad en la atención

Objetivo general:

Medir la cultura de seguridad del paciente, con el propósito de favorecer la toma de decisiones para establecer acciones de mejora continua del clima de seguridad en los EAM del Sistema Nacional de Salud.

Acción Esencial 8 A

Acciones para medir la cultura de seguridad del paciente:

- Para el proceso de medición se recomienda utilizar el cuestionario que la DGCES adaptó a partir del desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). [46]
- La medición de la cultura de seguridad del paciente se pordrá realizar en la plataforma informática que la DGCES elaboró para este fin. La cual se encuentra en este documento: Cuestionario sobre Cultura de Seguridad del Paciente en los Establecimientos de Salud Ambulatorios.
- La participación del EAM en la medición de la cultura de seguridad del paciente, tiene que ser aprobada por el COCASEP o equivalente.
- Realizar anualmente, la medición de la cultura de seguridad del paciente.
- Participa de manera anónima el personal de todos los turnos del EAM.
- Los resultados de la medición se presentarán en el COCASEP o su equivalente, para identificar patrones y tendencias y para el diseño e implementación de acciones de mejora.
- Los resultados de la medición, del análisis y las acciones de mejora implementadas, se presentarán al cuerpo directivo y al personal del EAM.

[46] IDEM REFERENCIA 44. AHRQ Agency for Healthcare...

Glosario

Para los fines de este documento se entiende por:

Acceso: Capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad, en el momento en que se necesita. [47]

Acceso efectivo: Se refiere a la activa identificación y remoción de todo obstáculo geográfico, social, financiero, organizacional, de género o identidad que limite el acceso de las personas a los servicios públicos de atención integral a la salud**.** [48]

Análisis Causa Raíz: Es una forma de estudio retrospectivo de eventos adversos destinado a detectar las causas subyacentes de los mismos para proteger a los pacientes mediante la modificación de los factores dentro del sistema de salud que los provocaron y prevenir sus recurrencias. [49]

Atención Médica: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud [50]

Atención de consulta ambulatoria: Conjunto de servicios que se proporcionan en establecimientos para la atención médica fijos o móviles, con el fin de proteger, promover o restaurar la salud de pacientes que no requieren ser hospitalizados. [51]

Atención hospitalaria: Atención que se presta a pacientes para recibir atención médica o paramédica, sin importar el tiempo de estancia en la Unidad Médica. [52]

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios. Esta definición de calidad de la atención abarca la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la paliación, e implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos

[47] IDEM Referencia 3 MAS-Bienestar
[48] IDEM Referencia 3 MAS-Bienestar
[49] Rivera-Mendoza, Fernando, Acevedo-Atala, Claudia, Perea-Pérez, Bernardo, Labajo-González, Elena, & Fonseca, Gabriel M. (2017). Análisis Causa-Raíz Sobre Evento Adverso Producido en la Clínica Odontológica Docente Asistencial, Facultad de Odontología, Universidad de La Frontera, Chile. Revista internacional de odontoestomatología, 11 (2), 207-216. https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2017000200014
[50] Fracción I del artículo 7, REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986. TEXTO VIGENTE. Última reforma publicada DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
[51] DOF: 09/07/2020. NORMA Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Documento en internet 13 pp. Disponible en : https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5596456&fecha=09/07/2020&print=true
[52] DOF: 30/11/2012 NORMA Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud. Numeral 4.1. Documento en internet 25 pp. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5280848&fecha=30/11/2012#gsc.tab=0

probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades [53]

Cobertura de salud: Capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento. [54]

Consulta externa: Atención médica que se otorga al paciente ambulatorio, en un consultorio o en su domicilio, que consiste en realizar un interrogatorio y una exploración física para integrar un diagnóstico y/o dar seguimiento a una enfermedad diagnosticada previamente**.** [55]

Continuidad de la atención: Se refiere a como un paciente experimenta la atención con el transcurso del tiempo, como coherente y vinculada y es el resultado del buen flujo de información, buenas aptitudes interpersonales y buena coordinación de la atención. [56]

Cuasifalla: Situación en la que un error médico podría haber derivado en un accidente, una lesión o una enfermedad, pero que no lo hizo, ya fuera por el azar o por una intervención oportuna. [57]

Cultura de la seguridad: Es el producto de los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso con la gestión de la salud y la seguridad en la organización, estilo y la competencia de dicha gestión. Patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención. [58]

Daño: Alteración temporal o permanente de estructuras o funciones físicas, emocionales o psíquicas, y/o el dolor resultante, que precisen intervención. [59]

Discapacidad: La o las deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal que, por razón congénita o adquirida, presenta una persona,

[53] Servicios sanitarios de Calidad. OMS 11 agosto 2020. Página Web. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services
[54] IDEM referencia 3. MAS-Bienestar
[55] IDEM referencia 52
[56] IDEM referencia 3. MAS-Bienestar
[57] Seguridad del paciente, evento centinela, evento adverso y cuasi fallas. Página Web. Disponible en: https://yoamoenfermeriablog.com/2021/05/03/seguridad-del-paciente-cuasi-fallas-evento-adverso-centinela/
[58] Parker DM and Hudson P. A Framework for understanding the development of organizational Safety Culture. Safety Science. 2006. 44(6): 551-62. Disponible en: https://www.academia.edu/19979449/A_framework_for_understanding_the_development_of_organisational_safety_culture
[59] Glosario de términos relacionados con la seguridad. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Blog. Disponible en: https://www.huvv.es/blogs/blog-de-seguridad-de-pacientes/glosario-de-terminos-relacionados-con-la-seguridad#:~:text=Alteraci%C3%B3n%20estructural%20o%20funcional%20del,%2C%20sufrimiento%2C%20discapacidad%20y%20muerte.&text=Aceptado%20generalmente%20como%20algo%20evitable%20en%20las%20circunstancias%20particulares%20del%20caso.

que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás[60]

Establecimiento de atención médica (EAM): Todo aquel establecimiento público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de enfermos, excepto consultorios. [61]

Evento centinela: Incidencia imprevista en la que se produce la muerte o una lesión física o psíquica grave, o el riesgo de que se produzca. Una lesión grave comprende específicamente la pérdida de una extremidad o una función. La frase «o el riesgo de que se produzca» comprende toda variación del proceso cuya repetición conllevaría una probabilidad importante de un resultado adverso grave. Esos eventos se denominan «centinelas» porque avisan de la necesidad de una investigación y una respuesta inmediatas. [62]

Evento adverso: Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una discapacidad en el momento de la alta médica, o a ambas cosas.

Infección asociada con la atención de la salud (IAAS): Son resultado de secuencias de interacciones y condiciones especiales que permiten que un agente infeccioso ingrese y afecte a un hospedero susceptible. [63]

Lista de verificación de cirugía segura (LVCS): Herramienta para los profesionales clínicos interesados en mejorar la seguridad de sus procedimientos quirúrgicos y reducir el número de complicaciones y de muertes quirúrgicas evitables. [64]

---

[60] LEY GENERAL DE SALUD Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 16-05-2022. Documento en internet 342 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGS.pdf

[61] Fracción III del artículo 7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica. Última actualización DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf

[62] Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Versión 1.1. Informe Técnico Definitivo. Enero, 2009. Documento en internet 160 pp. Disponible en: http://www.bienestar.unal.edu.co/fileadmin/user_upload/documentos/Marco_conceptual_de_la_clasificacion_internacional_para_la_seguridad_del_paciente.pdf

[63] Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud. Recomendaciones Básicas. Cadena de transmisión de los microorganismos en la atención de salud, página 19. OPS-OMS. 2017. Documento en Internet 154 pp. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-tecnicas-investigacion-5602&alias=40356-prevencion-control-infecciones-asociadas-a-atencion-salud-recomendaciones-basicas-2018-356&Itemid=270&lang=es

[64] Lista OMS de verificación de la seguridad de la cirugía manual de aplicación. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. 1er. edición. OMS 2008. Documento en internet 28 pp. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70083/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf;jsessionid=14CFBD5DB07886252D7F6016B354BE17?sequence=1

Lesión: Daño causado por una fuerza externa a diferencia de una "enfermedad", que indica simplemente que el organismo no está sano. [65]

Medicamento: Es toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra. [66]

Medicamentos de alto riesgo son aquellos que cuando no se utilizan correctamente presentan una mayor probabilidad de causar daños graves o incluso mortales a los pacientes. Como: electrolitos concentrados, insulinas, anticoagulantes vía parenteral, citotóxicos y radiofármacos**.** [67]

Estos medicamentos son objetivo prioritario de muchas de las estrategias de mejora de la seguridad del paciente y se recomienda que los profesionales sanitarios los conozcan y que se establezcan prácticas para mejorar su seguridad en todos los procesos de su utilización.[68]

Medicamento LASA: Los medicamentos Look-Alike Sound-Alike (LASA, por sus siglas en inglés) involucran a aquellos que cuentan con una similitud visual o fonética con otro.

Medicación segura: Estrategia de Seguridad del Paciente que pretende reducir los errores relacionados con la prescripción y aplicación de medicamentos.[69]

Plan de mejora continua: Conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento médico. [70]

Reacción adversa: Daño imprevisto derivado de un acto justificado, realizado durante la aplicación del procedimiento correcto en el contexto en que se produjo el evento. [71]

Reacción adversa a medicamento: Respuesta nociva e inesperada a un medicamento que se produce a dosis normalmente recomendadas para la profilaxis, el diagnóstico o el

[65] IDEM referencia 63 Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente.

[66] Cantafio, Fabio Fidel. Medicamentos. OMS/OPS/MINISTERIO DE Salud de Argentina. (s/f). Documento en internet 4 pp. Disponible en: https://salud.gob.ar/dels/printpdf/132
[67] ÍDEM referencia 64, Cantafio, Fabio F...
[68] Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos. Delegación Española. Página Web. Disponible en: http://www.ismp-espana.org/documentos/view/39
[69] IDEM Referencia 57, Glosario de términos aplicados a seguridad del paciente.
[70] Instructivo de llenado del Plan de Mejora Continua de la Calidad en Salud. Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Secretaria de Salud México. Documento en internet 8 pp. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/cocasep_instructivo_plan_mejora_continua.pdf
[71] IDEM Referencia 57, Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente.

tratamiento de una enfermedad, o para el restablecimiento, la corrección o la modificación de una función fisiológica. [72]

Seguridad del paciente: Atención libre de lesión accidental, asegurando el establecimiento de sistemas y procesos operativos que minimicen la probabilidad del error y se maximice la probabilidad de su impedimento. [73]

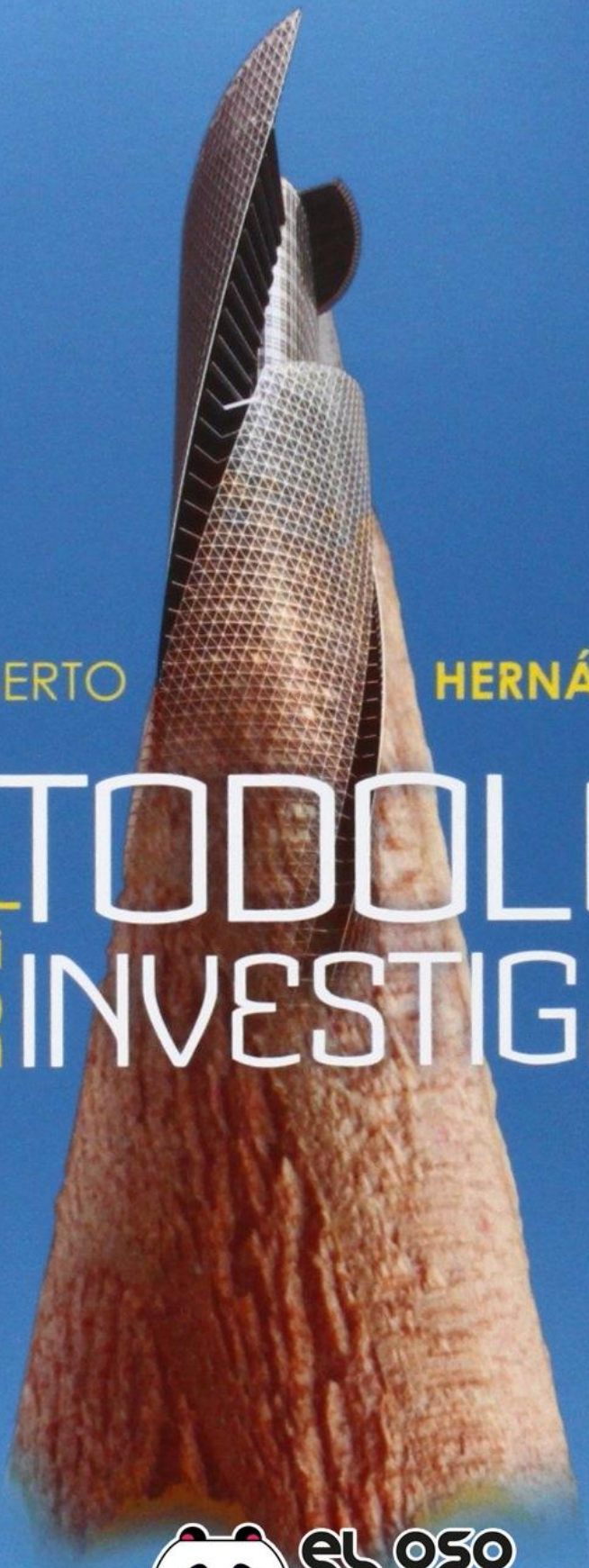
Servicio de Atención Médica: conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos, así como de la rehabilitación de los mismos. [74]

Servicios de Salud: Son todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad [75]

Sistema de registro y análisis de eventos adversos: Conjunto de formatos manuales o electrónicos mediante los cuales se recopila información de incidentes o de eventos adversos, con el propósito de aprender de ellos y evitarlos o disminuirlos a manera de lo posible. [76]

[72] IDEM Referencia 57, Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente.
[73] Día Mundial de la Seguridad del Paciente, un recordatorio para mejorar la calidad de la atención sanitaria. AMIF. Septiembre 18, 2019. Página Web. Disponible en : https://amiif.org/dia-mundial-de-la-seguridad-del-paciente-un-recordatorio-para-mejorar-la-calidad-de-la-atencion-sanitaria/#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%2C%20se,la%20probabilidad%20de%20sus%20impedimentos.
[74] Fracción V del artículo 7. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica. Última actualización DOF 17-07-2018. Documento en internet 56 pp. Disponible en: https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MPSAM_170718.pdf
[75] IDEM Referencia 58, LEY GENERAL DE SALUD.
[76] IDEM Referencia 57, Glosario de términos aplicados a Seguridad del Paciente.

Best Seller



ROBERTO **HERNÁNDEZ SAMPIERI**

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

CARLOS **FERNÁNDEZ COLLADO**

PILAR **BAPTISTA LUCIO**

6ª edición

Mc Graw Hill Education

el oso panda .com

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Estimad@ amig@...
Gracias por descargar este
valioso aporte desde:

www.elosopanda.com
www.intercambiosvirtuales.org
jamespoetrodriguez.com

Esperamos que lo disfrutes

Atentamente, JamesPoetRodriguez

Nota especial:
Este contenido posee copyright del autor.
Esta descarga es de prueba, no olvides que
si te gustó, debes comprarlo.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Sexta edición

Dr. Roberto Hernández Sampieri
Director del Centro de Investigación y del Doctorado
en Administración de la Universidad de Celaya
Investigador del Instituto Politécnico Nacional
Director del Centro de Investigación en Métodos Mixtos
de la Asociación Iberoamericana de la Comunicación

Dr. Carlos Fernández Collado
Investigador del Instituto Politécnico Nacional
Presidente de la Asociación Iberoamericana de la Comunicación
Director del Máster Universitario en Dirección de Comunicación
y Nuevas Tecnologías de la Universidad de Oviedo

Dra. María del Pilar Baptista Lucio
Coordinadora de Análisis e Investigación
del Centro IDEARSE para la Responsabilidad y Sustentabilidad de la Empresa,
Facultad de Economía y Negocios, Universidad Anáhuac

Con la colaboración de:

Sergio Méndez Valencia
Christian Paulina Mendoza Torres

Mc Graw Hill Education

MÉXICO • BOGOTÁ • BUENOS AIRES • CARACAS • GUATEMALA • MADRID • NUEVA YORK
SAN JUAN • SANTIAGO • SAO PAULO • AUCKLAND • LONDRES • MILÁN • MONTREAL
NUEVA DELHI • SAN FRANCISCO • SINGAPUR • ST. LOUIS • SIDNEY • TORONTO

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Director general: Miguel Ángel Toledo Castellanos
Coordinador sponsor: Jesús Mares Chacón
Coordinadora editorial: Marcela I. Rocha Martínez
Supervisor de producción: Zeferino García García

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Sexta edición

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra,
por cualquier medio, sin la autorización escrita del editor.

DERECHOS RESERVADOS © 2014, respecto a la sexta edición por
McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
Edificio Punta Santa Fe
Prolongación Paseo de la Reforma 1015, Torre A
Piso 17, Colonia Desarrollo Santa Fe,
Delegación Álvaro Obregón
C.P. 01376, México D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 736

ISBN: 978-1-4562-2396-0
ISBN: 978-607-15-0291-9 (de la edición anterior)

JEC 04/14

1234567890
Impreso en México

2356789014
Printed in Mexico

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Dedicatorias

A Dios, el supremo investigador; a mis adorables padres, Pola y Roberto; tenerlos aquí y allá es un privilegio. A mi esposa Elisa, con sumo cariño. A la memoria de mi hermano. A toda mi familia. A Chris, Ana, Euge y Sergio, por su respaldo en esta edición; y a mis amigos Marcela Rocha, Javier Neyra, Miguel Ángel Toledo y Jesús Mares de McGraw-Hill, así como a Alejandra Martínez.

Roberto Hernández Sampieri

A mis hijos, Íñigo y Alonso.

Carlos Fernández Collado

A mis alumnos.

Pilar Baptista Lucio

Contenido

Agradecimientos ... XVI
Prólogo ... XVII
Agradecimientos especiales ... XXVI
Estructura pedagógica ... XXIX

Parte 1
Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica ... 1

Capítulo 1
Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias ... 2
¿Cómo se define la investigación? ... 4
¿Qué enfoques se han presentado en la investigación? ... 4
¿Qué características posee el enfoque cuantitativo de investigación? ... 4
¿Qué características posee el enfoque cualitativo de investigación? ... 7
¿Cuáles son las diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo? ... 10
¿Cuál de los dos enfoques es el mejor? ... 15
Resumen ... 18
Conceptos básicos ... 19
Ejercicios ... 20
Los investigadores opinan ... 20

Capítulo 2
Origen de un proyecto de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta: la idea ... 22
Cómo se originan las investigaciones cuantitativas, cualitativas o mixtas ... 24
Fuentes de ideas para una investigación ... 24
Cómo surgen las ideas de investigación ... 24
Vaguedad de las ideas iniciales ... 25
Necesidad de conocer los antecedentes ... 26
Investigación previa de los temas ... 27
Criterios para generar ideas ... 27
Recomendaciones para desarrollar ideas y comenzar una investigación ... 28
Resumen ... 29
Conceptos básicos ... 30
Ejercicios ... 30
Ejemplos desarrollados ... 30
Los investigadores opinan ... 31

Parte 2
El proceso de la investigación cuantitativa ... 33

Capítulo 3
Planteamiento cuantitativo del problema ... 34
¿Qué es plantear el problema de investigación cuantitativa? ... 36
Criterios para plantear el problema ... 36
¿Qué elementos contiene el planteamiento del problema de investigación en el proceso cuantitativo? ... 36
Objetivos de la investigación ... 37
Preguntas de investigación ... 38
Justificación de la investigación ... 40
Viabilidad de la investigación ... 41
Evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema ... 41
Consecuencias de la investigación ... 42
Tipos de planteamientos por su propósito ... 42
Algunos ejemplos de dificultades o errores frecuentes en el planteamiento del problema ... 43

Método gráfico para delimitar el problema ... 47
Redacción de planteamientos cuantitativos en protocolos ... 48
Introducción inicial o propósito básico del estudio ... 48
Objetivos y preguntas ... 50
Resumen ... 52
Conceptos básicos ... 53
Ejercicios ... 53
Ejemplos desarrollados ... 53
Los investigadores opinan ... 57

Capítulo 4
Desarrollo de la perspectiva teórica: revisión de la literatura y construcción del marco teórico ... 58
¿Qué es el desarrollo de la perspectiva teórica? ... 60
¿Cuáles son las funciones del desarrollo de la perspectiva teórica? ... 60
¿Qué etapas comprende el desarrollo de la perspectiva teórica? ... 61
¿En qué consiste la revisión analítica de la literatura? ... 61
Inicio de la revisión de la literatura ... 61
Obtención (recuperación) de la literatura ... 65
Consulta de la literatura ... 65
¿Qué información o contenido se extrae de las referencias? ... 68
¿Qué nos puede revelar la revisión de la literatura? ... 68
Algunas observaciones sobre el desarrollo de la perspectiva teórica ... 74
Qué método podemos seguir para organizar y construir el marco teórico ... 76
Método de mapeo para construir el marco teórico ... 76
Método por índices para construir el marco teórico (vertebrado a partir de un índice general) ... 78
¿Cuántas referencias deben usarse para el marco teórico? ... 81
¿Qué tan extenso debe ser el marco teórico? ... 81
¿Se ha hecho una revisión adecuada de la literatura? ... 81
Redactar el marco teórico ... 82
Resumen ... 83
Conceptos básicos ... 83
Ejercicios ... 83
Ejemplos desarrollados ... 84
Los investigadores opinan ... 86

Capítulo 5
Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo ... 88
¿Qué alcances puede tener el proceso de investigación cuantitativa? ... 90
¿En qué consisten los estudios de alcance exploratorio? ... 91
Valor ... 91
¿En qué consisten los estudios de alcance descriptivo? ... 92
Valor ... 92
¿En qué consisten los estudios de alcance correlacionales? ... 93
Utilidad ... 94
Valor ... 94
Riesgo: correlaciones espurias (falsas) ... 95
¿En qué consisten los estudios de alcance explicativo? ... 95
Grado de estructuración de los estudios explicativos ... 96
¿Una misma investigación puede incluir diferentes alcances? ... 96
De qué depende que una investigación se inicie como exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa ... 98
El conocimiento actual del tema de investigación ... 98
La perspectiva que se le otorgue al estudio ... 99
Cuál de los cuatro alcances es el mejor para un estudio ... 99
Qué ocurre con el planteamiento del problema al definirse el alcance del estudio ... 99
Resumen ... 99
Conceptos básicos ... 100

Ejercicios ... 100
Ejemplos desarrollados ... 100
Los investigadores opinan ... 101

Capítulo 6
Formulación de hipótesis ... 102
¿Qué son las hipótesis? ... 104
¿En toda investigación cuantitativa debemos plantear hipótesis? ... 104
¿Las hipótesis son siempre verdaderas? ... 104
¿Qué son las variables? ... 105
¿De dónde surgen las hipótesis? ... 105
¿Qué características debe tener una hipótesis? ... 106
¿Qué tipos de hipótesis se pueden establecer? ... 107
¿Qué son las hipótesis de investigación? ... 107
Hipótesis descriptivas de un dato o valor que se pronostica ... 108
Hipótesis correlacionales ... 108
Hipótesis de la diferencia entre grupos ... 109
Hipótesis que establecen relaciones de causalidad ... 110
¿Qué son las hipótesis nulas? ... 114
¿Qué son las hipótesis alternativas? ... 114
¿En una investigación se formulan hipótesis de investigación, nula y alternativa? ... 115
¿Cuántas hipótesis se deben formular en una investigación? ... 116
¿En una investigación se pueden formular hipótesis descriptivas de un dato que se pronostica en una variable, hipótesis correlacionales, hipótesis de la diferencia de grupos e hipótesis causales? ... 116
¿Qué es la prueba de hipótesis? ... 117
¿Cuál es la utilidad de las hipótesis? ... 117
¿Qué ocurre cuando no se aporta evidencia a favor de las hipótesis de investigación? ... 118
¿Deben definirse las variables de una hipótesis como parte de su formulación? ... 118
Definición conceptual o constitutiva ... 119
Definiciones operacionales ... 120
Resumen ... 122
Conceptos básicos ... 123
Ejercicios ... 123
Ejemplos desarrollados ... 123
Los investigadores opinan ... 125

Capítulo 7
Concepción o elección del diseño de investigación ... 126
¿Qué es un diseño de investigación? ... 128
¿Cómo debemos aplicar el diseño elegido o desarrollado? ... 128
En el proceso cuantitativo, ¿de qué tipos de diseños disponemos para investigar? ... 129
Diseños experimentales ... 129
¿Cuál es el primer requisito de un experimento? ... 130
La variable dependiente se mide ... 131
Grados de manipulación de la variable independiente ... 131
¿Cómo se define la manera de manipular las variables independientes? ... 133
Dificultades para definir cómo se manipularán las variables independientes ... 134
Guía para sortear dificultades ... 134
¿Cuál es el segundo requisito de un experimento? ... 134
¿Cuántas variables independientes y dependientes deben incluirse en un experimento? ... 135
¿Cuál es el tercer requisito de un experimento? ... 135
Fuentes de invalidación interna ... 136
¿Cómo se logran el control y la validez interna? ... 137
¿Cómo se logra la equivalencia inicial?: asignación al azar ... 138
Otra técnica para lograr la equivalencia inicial: el emparejamiento ... 139
Una tipología sobre los diseños experimentales ... 140
Simbología de los diseños experimentales ... 140
Preexperimentos ... 141

Experimentos "puros" ... 141
1. Diseño con posprueba únicamente y grupo de control ... 142
2. Diseño con preprueba-posprueba y grupo de control ... 145
3. Diseño de cuatro grupos de Solomon ... 147
4. Diseños experimentales de series cronológicas múltiples ... 147
5. Diseños factoriales ... 148
¿Qué es la validez externa? ... 148
Fuentes de invalidación externa ... 149
¿Cuáles pueden ser los contextos generales de los experimentos? ... 150
¿Qué alcance tienen los experimentos y cuál es el enfoque del que se derivan? ... 150
Simbología de los diseños con emparejamiento en lugar de asignación al azar ... 151
¿Qué otros experimentos hay?: cuasiexperimentos ... 151
Pasos de un experimento ... 151
Diseños no experimentales ... 152
¿Qué es la investigación no experimental cuantitativa? ... 152
¿Cuáles son los tipos de diseños no experimentales? ... 154
Investigación transeccional o transversal ... 154
Investigación longitudinal o evolutiva ... 159
Diseños longitudinales de tendencia ... 160
Diseños longitudinales de evolución de grupo (cohortes) ... 160
Diseños longitudinales panel ... 161
Comparación de los diseños transeccionales y longitudinales ... 162
¿Cuáles son las características de la investigación no experimental en comparación con la investigación experimental? ... 162
Los estudios de caso ... 164
Resumen ... 165
Conceptos básicos ... 166
Ejercicios ... 166
Ejemplos desarrollados ... 167
Los investigadores opinan ... 168

Capítulo 8
Selección de la muestra ... 170
¿En una investigación siempre tenemos una muestra? ... 172
Lo primero: ¿sobre qué o quiénes se recolectarán datos? ... 172
¿Cómo se delimita una población? ... 174
¿Cómo seleccionar la muestra? ... 175
Tipos de muestra ... 175
¿Cómo se selecciona una muestra probabilística? ... 177
Cálculo del tamaño de muestra ... 178
Muestra probabilística estratificada ... 180
Muestreo probabilístico por racimos ... 182
¿Cómo se lleva a cabo el procedimiento de selección de la muestra? ... 183
Tómbola ... 183
Números aleatorios (random numbers) ... 184
STATS® ... 184
Selección sistemática de elementos muestrales ... 184
Listados y otros marcos muestrales ... 185
Archivos ... 186
Mapas ... 187
Tamaño óptimo de una muestra ... 187
¿Cómo y cuáles son las muestras no probabilísticas? ... 189
Muestreo al azar por marcado telefónico (Random Digit Dialing) ... 190
Una máxima del muestreo y el alcance del estudio ... 190
Resumen ... 191
Conceptos básicos ... 191
Ejercicios ... 192
Ejemplos desarrollados ... 193
Los investigadores opinan ... 194

Capítulo 9

Recolección de datos cuantitativos ... 196
¿Qué implica la etapa de recolección de datos? ... 198
¿Qué significa medir? ... 199
¿Qué requisitos debe cubrir un instrumento de medición? ... 200
Confiabilidad ... 200
Validez ... 200
Validez total ... 204
Relación entre la confiabilidad y la validez ... 204
Factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez ... 205
Objetividad ... 206
¿Cómo se sabe si un instrumento de medición es confiable y válido? ... 207
Cálculo de la confiabilidad o fiabilidad ... 207
Cálculo de la validez ... 208
¿Qué procedimiento se sigue para construir un instrumento de medición? ... 209
Tres cuestiones fundamentales para un instrumento o sistema de medición ... 210
La operacionalización: el tránsito de la variable al ítem o valor ... 211
Niveles de medición ... 214
¿De qué tipos de instrumentos de medición o recolección de datos cuantitativos disponemos en la investigación? ... 217
Cuestionarios ... 217
¿Qué tipos de preguntas se pueden elaborar? ... 217
¿Conviene usar preguntas cerradas o abiertas? ... 220
¿Una o varias preguntas para medir una variable? ... 221
¿Las preguntas van precodificadas o no? ... 223
¿Qué preguntas son obligatorias? ... 223
¿Qué características debe tener una pregunta? ... 224
¿Cómo deben ser las primeras preguntas de un cuestionario? ... 227
¿De qué está formado un cuestionario? ... 228
¿De qué tamaño debe ser un cuestionario? ... 231
¿Cómo se codifican las preguntas abiertas? ... 231
¿En qué contextos puede administrarse o aplicarse un cuestionario? ... 233
Algunas consideraciones adicionales para la administración del cuestionario ... 236
Escalas para medir las actitudes ... 237
Escalamiento de Likert ... 238
Forma de obtener las puntuaciones ... 242
Otras condiciones sobre la escala de Likert ... 244
Cómo se construye una escala de Likert ... 244
Diferencial semántico ... 247
Codificación de las escalas ... 248
Maneras de aplicar el diferencial semántico ... 250
Pasos para integrar la versión final ... 250
Escalograma de Guttman ... 251
Otros métodos cuantitativos de recolección de los datos ... 251
¿Puede utilizarse más de un tipo de instrumento de recolección de datos? ... 254
¿Cómo se codifican las respuestas a un instrumento de medición? ... 254
Los valores perdidos y su codificación ... 254
Codificación con un programa de análisis estadístico ... 258
Errores de codificación ... 260
Resumen ... 262
Conceptos básicos ... 263
Ejercicios ... 263
Ejemplos desarrollados ... 264
Los investigadores opinan ... 267

Capítulo 10

Análisis de datos cuantitativos ... 270
¿Qué procedimiento se sigue para analizar cuantitativamente los datos? ... 272
Paso 1: seleccionar un programa de análisis ... 272

Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM® SPSS) ... 273
Minitab® ... 275
Paso 2: ejecutar el programa ... 277
Paso 3: explorar los datos ... 277
Apunte 1 ... 277
Apunte 2 ... 281
Estadística descriptiva para cada variable ... 282
¿Qué es una distribución de frecuencias? ... 282
¿Qué otros elementos contiene una distribución de frecuencias? ... 283
¿De qué otra manera pueden presentarse las distribuciones de frecuencias? ... 284
Las distribuciones de frecuencias también se pueden graficar como polígonos de frecuencias ... 284
¿Cuáles son las medidas de tendencia central? ... 286
¿Cuáles son las medidas de la variabilidad? ... 287
La varianza ... 288
¿Cómo se interpretan las medidas de tendencia central y de la variabilidad? ... 288
¿Hay alguna otra estadística descriptiva? ... 290
¿Cómo se traducen las estadísticas descriptivas al inglés? ... 291
Nota final ... 292
Puntuaciones z ... 293
Razones y tasas ... 293
Corolario ... 294
Paso 4: evaluar la confiabilidad o fiabilidad y validez lograda por el instrumento de medición ... 294
Validez ... 298
¿Hasta aquí llegamos? ... 298
Paso 5: analizar mediante pruebas estadísticas las hipótesis planteadas (análisis estadístico inferencial) ... 299
Estadística inferencial: de la muestra a la población ... 299
¿En qué consiste la prueba de hipótesis? ... 299
¿Qué es una distribución muestral? ... 300
¿Qué es el nivel de significancia o significación? ... 302
¿Cómo se relacionan la distribución muestral y el nivel de significancia? ... 303
¿Se pueden cometer errores al probar hipótesis y realizar estadística inferencial? ... 303
Prueba de hipótesis ... 304
Análisis paramétricos ... 304
¿Cuáles son los métodos o las pruebas estadísticas paramétricas más utilizados? ... 304
¿Qué es el coeficiente de correlación de Pearson? ... 304
¿Qué es la regresión lineal? ... 307
¿Qué es la prueba t? ... 310
¿Qué es el tamaño del efecto? ... 312
¿Qué es la prueba de diferencia de proporciones? ... 313
¿Qué es el análisis de varianza unidireccional o de un factor? (ANOVA one-way) ... 314
Estadística multivariada ... 316
Análisis no paramétricos ... 318
¿Cuáles son los métodos o las pruebas estadísticas no paramétricas más utilizados? ... 318
¿Qué es la Chi cuadrada o χ^2? ... 318
¿Qué son los coeficientes de correlación e independencia para tabulaciones cruzadas? ... 320
¿Qué otra aplicación tienen las tablas de contingencia? ... 321
Otros coeficientes de correlación ... 322
¿Qué son los coeficientes y la correlación por rangos ordenados de Spearman y Kendall? ... 322
¿Qué otros coeficientes hay? ... 324
Una vista general a los procedimientos o pruebas estadísticas ... 324
Paso 6: realizar análisis adicionales ... 326
Paso 7: preparar los resultados para presentarlos ... 327
Resumen ... 327
Conceptos básicos ... 328
Ejercicios ... 329
Ejemplos desarrollados ... 330
Los investigadores opinan ... 335

Capítulo 11
El reporte de resultados del proceso cuantitativo 336
Antes de elaborar el reporte de investigación, se definen los receptores o usuarios y el contexto 338
¿Qué apartados o secciones contiene un reporte de investigación o un reporte de resultados en un contexto académico? 340
¿Qué elementos contiene un reporte de investigación o informe de resultados en un contexto no académico? 346
Recomendaciones para redactar un reporte de investigación 347
¿Hay guías o manuales para elaborar un reporte de investigación? 348
¿Qué recursos están disponibles para presentar el reporte de investigación? 349
¿Qué criterios o parámetros podemos definir para evaluar una investigación o un reporte? 349
¿Con qué se compara el reporte de la investigación? ¿Y la propuesta o protocolo de investigación? 349
Resumen 350
Conceptos básicos 350
Ejercicios 350
Ejemplos desarrollados 351
Los investigadores opinan 352

Parte 3
El proceso de la investigación cualitativa 355

Capítulo 12
El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo 356
Esencia de la investigación cualitativa 358
¿Qué significa plantear el problema de investigación cualitativa? 358
¿Qué papel desempeñan la revisión de la literatura y la teoría en la investigación cualitativa? 365
¿Qué papel desempeñan las hipótesis en el proceso de investigación cualitativa? 365
Una vez hecho el planteamiento inicial y la revisión de la literatura, ¿qué sigue?: el ingreso en el ambiente (campo) 365
Ingresamos al ambiente o campo, ¿y…? 367
Las anotaciones o notas de campo 370
La bitácora o diario de campo 373
Resumen 376
Conceptos básicos 377
Ejercicios 377
Ejemplos desarrollados 378
Los investigadores opinan 381

Capítulo 13
Muestreo en la investigación cualitativa 382
Después de la inmersión inicial: la muestra inicial 384
La muestra de participantes voluntarios 386
La muestra de expertos 387
La muestra de casos tipo 387
La muestra por cuotas 387
Muestras orientadas a la investigación cualitativa 387
Resumen 391
Conceptos básicos 391
Ejercicios 391
Ejemplos desarrollados 391
Los investigadores opinan 392

Capítulo 14
Recolección y análisis de los datos cualitativos 394
Hemos ingresado al campo y elegimos una muestra inicial, ¿qué sigue? 396
La recolección de los datos desde el enfoque cualitativo 396

El papel del investigador en la recolección de los datos cualitativos ... 398
Observación ... 399
Los formatos de observación ... 401
Papel del observador cualitativo ... 402
Entrevistas ... 403
Tipos de preguntas en las entrevistas ... 404
Recomendaciones para realizar entrevistas ... 405
Partes en la entrevista cualitativa (y más recomendaciones) ... 406
Sesiones en profundidad o grupos de enfoque ... 408
Pasos para realizar las sesiones de grupo ... 410
Documentos, registros, materiales y artefactos ... 415
Biografías e historias de vida ... 416
Triangulación de métodos de recolección de los datos ... 417
El análisis de los datos cualitativos ... 418
Reflexiones e impresiones durante la inmersión inicial ... 420
Reflexiones e impresiones durante la inmersión profunda ... 421
Análisis detallado de los datos ... 422
Bitácora de análisis ... 425
Análisis de los datos cualitativos asistido por computadora ... 451
1. Atlas.ti® ... 451
2. Ethnograph® ... 452
3. NVivo® ... 452
4. Decision Explorer® ... 452
5. Otros ... 452
Rigor en la investigación cualitativa ... 453
Dependencia ... 453
Credibilidad ... 455
Transferencia (aplicabilidad de resultados) ... 458
Confirmación o confirmabilidad ... 459
Otros criterios ... 459
El planteamiento del problema, siempre presente ... 459
Resumen ... 459
Conceptos básicos ... 461
Ejercicios ... 462
Ejemplos desarrollados ... 463
Los investigadores opinan ... 466

Capítulo 15
Diseños del proceso de investigación cualitativa ... 468
Los diseños de investigación cualitativa: un apunte previo ... 470
¿Cuáles son los diseños básicos de la investigación cualitativa? ... 470
¿Qué criterios seguimos para elegir el diseño o abordaje a utilizar? ... 470
Diseños de teoría fundamentada ... 472
El diseño sistemático ... 473
El diseño emergente ... 476
Otros ejemplos ... 480
Diseños etnográficos ... 482
Ejemplos ... 487
Diseños narrativos ... 487
Diseños fenomenológicos ... 493
Diseños de investigación-acción ... 496
La variante "diseños de investigación-acción participativa" ... 501
Para concluir ... 503
Resumen ... 503
Conceptos básicos ... 504
Ejercicios ... 504
Ejemplos desarrollados ... 505
Los investigadores opinan ... 506

Capítulo 16
El reporte de resultados del proceso cualitativo 508
Reportes de resultados de la investigación cualitativa 510
Estructura del reporte cualitativo 512
1. Portada 512
2. Índices 512
3. Resumen 512
4. Cuerpo del documento 513
5. Referencias o bibliografía 523
6. Apéndices 523
Revisión y evaluación del reporte 523
El reporte del diseño de investigación-acción 525
Cómo citar referencias en un reporte de investigación cualitativa 525
Contra qué se compara el reporte de la investigación cualitativa 525
Resumen 525
Conceptos básicos 526
Ejercicios 526
Ejemplos desarrollados 526
Los investigadores opinan 528

Parte 4
Los procesos de la investigación mixta 531

Capítulo 17
Los métodos mixtos 532
¿En qué consiste el enfoque mixto o los métodos mixtos? 534
¿Dónde se ubican los métodos mixtos dentro del panorama o espectro de la investigación? 535
¿Cuándo utilizar los métodos mixtos? 536
¿Por qué utilizar los métodos mixtos? 536
¿Cuál es el sustento filosófico de los métodos mixtos? 539
El proceso mixto 540
Planteamiento de problemas mixtos 540
Revisión de la literatura 545
Hipótesis 545
Diseños 545
Diseños mixtos específicos 551
1. Diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) 551
2. Diseño explicativo secuencial (DEXPLIS) 554
3. Diseño transformativo secuencial (DITRAS) 556
4. Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC) 557
5. Diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC) 559
6. Diseño anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV) 564
7. Diseño transformativo concurrente (DISTRAC) 565
8. Diseño de integración múltiple (DIM) 565
Muestreo 567
Recolección de los datos 569
Análisis de los datos 574
Resultados e inferencias 577
Retos de los diseños mixtos 578
Reportes mixtos 578
El rigor de los estudios mixtos 580
Resumen 580
Conceptos básicos 581
Ejercicios 581
Ejemplos desarrollados 583
Los investigadores opinan 586

Índice analítico 589

Agradecimientos

Los autores deseamos reconocer a la editorial McGraw-Hill Interamericana, en especial a nuestros amigos: Javier Neyra Bravo, vicepresidente de América Latina, y a Miguel Ángel Toledo Castellanos, director general de México, por su impulso permanente y aportaciones a esta obra; y desde luego, a Marcela Rocha Martínez, coordinadora editorial, por su muy creativo e innovador desarrollo en toda la edición, y a Jesús Mares Chacón, editor sponsor y coordinador editorial; así como a Alejandra Martínez Ávila, editora previa y propulsora del libro. También queremos expresar nuestro agradecimiento a cada ejecutivo y representante de la compañía, nuestra casa editorial. Sin ellos el libro no sería lo que es.

Por otro lado, debemos manifestar nuestra gratitud a la Universidad de Celaya y a sus altos directivos que siempre nos han apoyado y brindado facilidades para preparar esta obra:

Lic. Raúl Nieto Boada.
Presidente del Consejo General de la Universidad de Celaya.

Lic. Carlos Esponda Morales.
Director general de la Universidad de Celaya.

Asimismo, agradecer a la Dra. Martha Aguilar Trejo, rectora de la Universidad de Celaya, y a los profesores de metodología de la investigación de toda Iberoamérica por su valiosa realimentación para mejorar y actualizar la presente edición en su conjunto; así como a los alumnos de habla hispana y portuguesa usuarios del libro, quienes nos han motivado a mantener vigente el texto.

Finalmente, a quienes siempre han colaborado con contenidos, manuales y ejemplos para las últimas ediciones, pero sobre todo, con ideas: Christian Paulina Mendoza Torres, Ana Cuevas Romo, Amalia Eugenia Guerrero Valadez y Sergio Méndez Valencia. Además, a los académicos que de Argentina a Canadá han contribuido o inspirado esta sexta edición: José Antonio Hernández Morales, Marco Antonio Dupont Muñoz, Luis Gerardo Vera, Rosa Garay Flühmann, Juan Luis Álvarez-Gayou, Paulina Millán, José Luis Durán Reveles, Raúl Durán Reveles, Enrique Ramírez Carrasco, Elma Montaña, Lester Reyes, Guadalupe Arredondo, Diego Chacón, Miguel Ángel Pantoja Hernández, Carla de la Luz Santana, Martha Cecilia Jaramillo, Ricardo Hernández, Elisa Aizcorbe, Margarita Castelán, Carmen Galicia, Luis Sampieri, Socorro Bonilla, Lilia Esther Villanueva, Luis Miguel González García, Javier Muñoz, Lilia Patricia López y Celia Aradillas García.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Prólogo

Dios ha concedido a la humanidad la capacidad de investigar, está en nosotros lograr que sea una herramienta para crear un mundo mejor y facilitar el bienestar integral de todos los seres humanos.

Roberto Hernández Sampieri

Metodología de la investigación, 6ª edición, es una obra completamente actualizada e innovadora, acorde con los últimos avances en el campo de la investigación de las diferentes ciencias y disciplinas. Asimismo, como sus ediciones antecesoras, es resultado de la opinión y experiencias que han proporcionado decenas de docentes e investigadores en Iberoamérica, Estados Unidos y Canadá.

Conserva su carácter didáctico y multidisciplinario, pero expande sus perspectivas, ya que es un libro interactivo que vincula el contenido del texto impreso con el material incluido en su centro de recursos en línea, y que a lo largo del libro se ha destacado con el icono que se muestra al costado.

Estructura de la obra

Como se hizo en las últimas ediciones, en la obra se abordan los tres enfoques de la investigación, vistos como procesos: el cuantitativo, el cualitativo y los métodos mixtos. Se encuentra estructurada en cuatro partes:

Primera: Los enfoques cuantitativo y cualitativo en la investigación científica. Consta de dos capítulos: el 1, "Similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo", en el que se comparan la naturaleza y características generales de los procesos cuantitativo y cualitativo; y el 2, "El nacimiento de un proyecto de investigación cuantitativo, cualitativo o mixto: la idea", se presenta el primer paso que se desarrolla en cualquier estudio: concebir una idea para investigar.

Segunda: El proceso de la investigación cuantitativa. Se conforma por los capítulos 3 al 11, en los que se muestra paso por paso el proceso cuantitativo, que es secuencial.

Tercera: El proceso de la investigación cualitativa. Consta de los capítulos 12 al 16, en los que se comenta el proceso cualitativo, que es iterativo y recurrente.

Cuarta: Los procesos mixtos de investigación. Se tratan en el capítulo 17, "Los métodos mixtos", en el cual se presentan diferentes procesos concebidos en la investigación mixta o híbrida.

A lo largo de ellos, el lector encontrará el material básico para asignaturas de todos los niveles de educación superior y posgrado. De este modo, la obra en su conjunto puede adaptarse a las necesidades y temarios de prácticamente cualquier profesor.

Los apartados o temas de ediciones anteriores que no aparecen en esta edición impresa los podrá encontrar el lector en el centro de recursos en línea de la obra (en el libro se señala en qué capítulo). Por ejemplo: las referencias o bibliografía, ciertas pruebas estadísticas, la observación y el análisis de contenido. A este respecto, si en el libro no localiza alguna temática, le pedimos que la busque en el centro de recursos, cuya dirección es: **http://www.mhhe.com/he/hmi6e**.

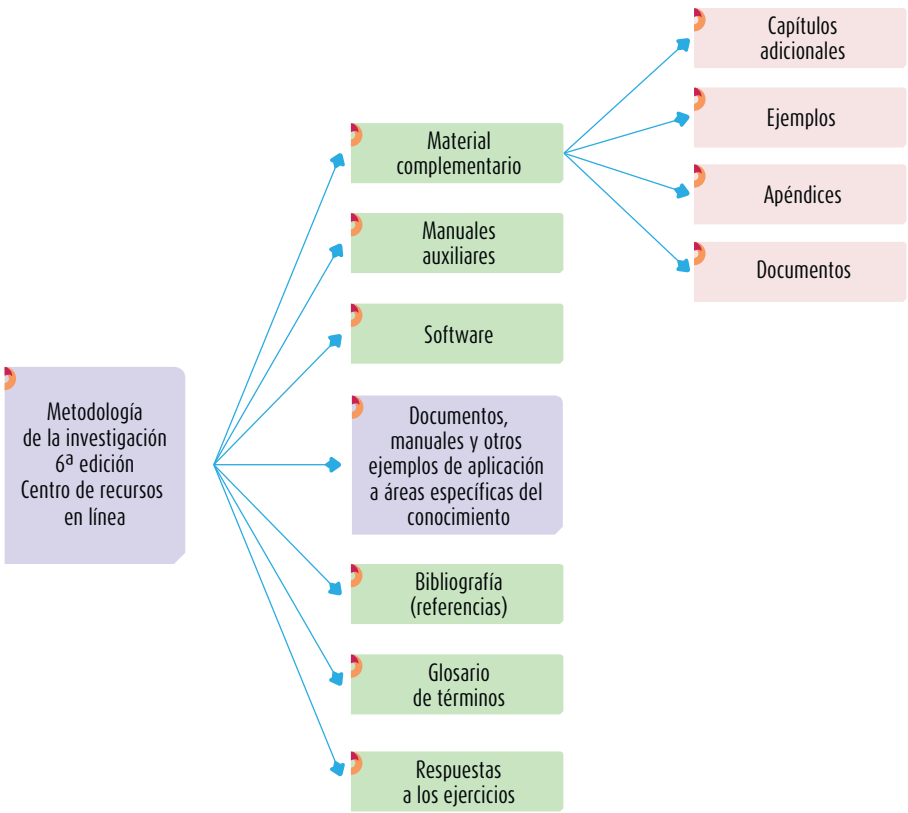
Queremos subrayar que la sexta edición no perdió contenidos ni información, sino que se reestructuró para que el libro fuera más manejable y que incluyera lo que normalmente se enseña en los cursos esenciales de investigación, dejando para el centro de recursos los temas más especializados y la profundización o ampliación de ciertos contenidos. En otras palabras, esta edición incluye mucho más material que cualquier otra previa, si sumamos, al contenido del texto impreso, el del centro de recursos en línea.

Asimismo, se migró de CD a página web (centro de recursos) para poder incluir aún más tópicos y mantener la información actualizada periódicamente. Estas características la hacen una obra muy flexible.

El esquema de la figura 1 detalla la estructura de la obra y su correlación con los capítulos del centro de recursos. Al principio de cada capítulo, el lector encontrará un esquema que muestra el paso en el proceso de investigación y los contenidos que se estudiarán, con el fin de que el lector visualice su avance en el estudio del tema. Además, en cada inicio de capítulo se incluye una síntesis de este diagrama y se hace énfasis en la parte a que se refiere el capítulo.

Contenido del centro de recursos en línea

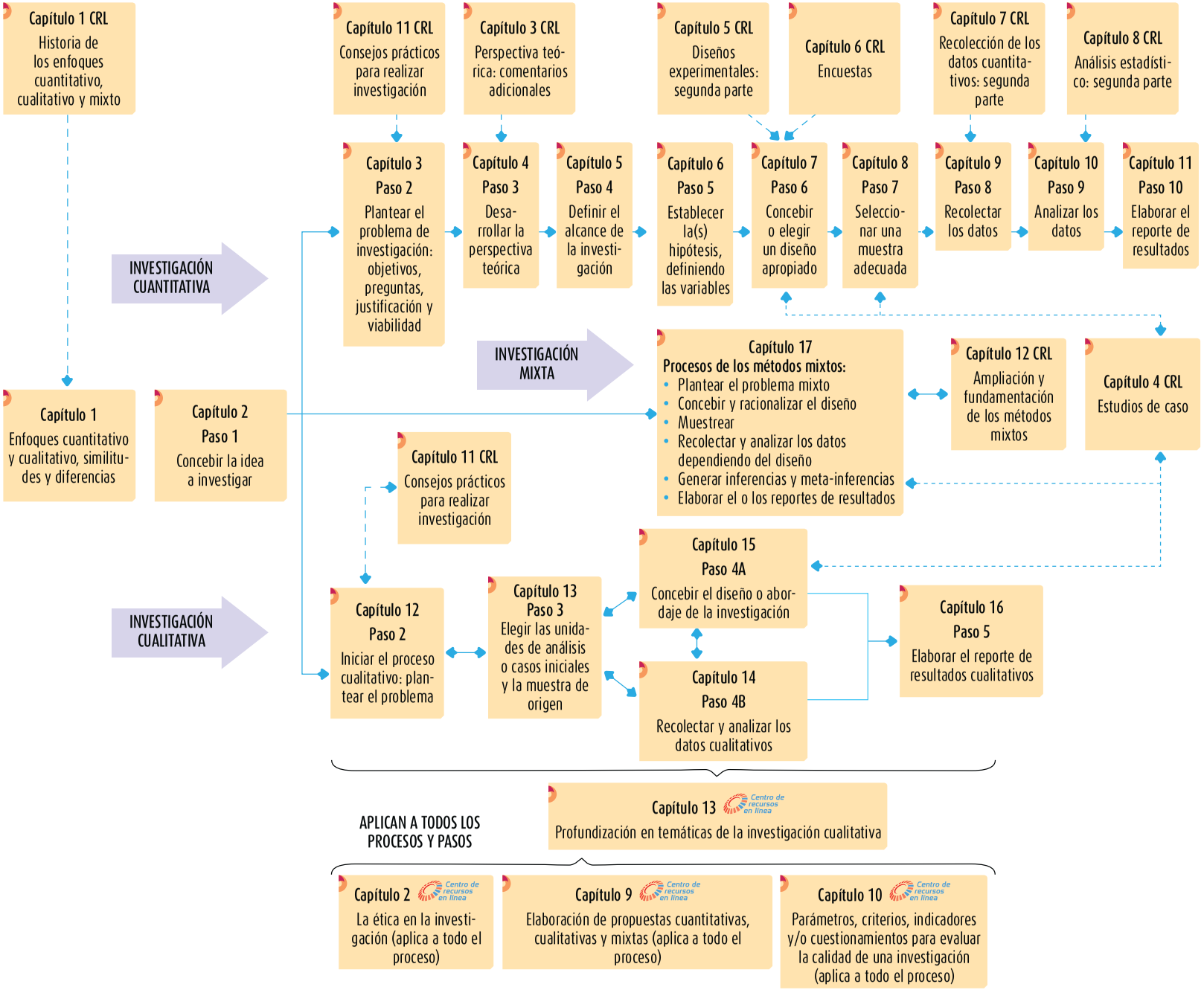
El centro de recursos en línea contiene los siguientes elementos:



Material complementario

Capítulos adicionales En esta sección del centro de recursos en línea, el lector podrá descargar 13 capítulos que amplían los contenidos de la parte impresa e incluyen otros temas adicionales.

Figura 1 Estructura de *Metodología de la investigación* (versión impresa y centro de recursos en línea)



www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Cabe resaltar que se actualizaron todos. A continuación se lista cada uno y los capítulos del texto impreso con los cuales se relaciona.

1. Historia de los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto: raíces y momentos decisivos (es complemento de los capítulos 1 y 17 del 🕮).
2. La ética en la investigación (tema adicional, aplica a todos los procesos y etapas, pero se observa desde la idea de investigación).
3. Perspectiva teórica: comentarios adicionales (complementa y amplía el capítulo 4 del 🕮).
4. Estudios de caso (complementa los capítulos 7, 8, 15 y 17 del 🕮).
5. Diseños experimentales: segunda parte (complementa y extiende el capítulo 7 del 🕮).
6. Encuestas (*surveys*) (complementa y amplía el capítulo 7 del 🕮).
7. Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte (complementa y expande el capítulo 9 del 🕮).
8. Análisis estadístico: segunda parte (énfasis en métodos multivariados. Complementa y amplía el capítulo 10 del 🕮).
9. Elaboración de propuestas cuantitativas, cualitativas y mixtas (tema adicional relacionado prácticamente con todos los capítulos del 🕮).
10. Parámetros, criterios, indicadores y/o cuestionamientos para evaluar la calidad de una investigación (tema adicional vinculado prácticamente con todos los capítulos del 🕮).
11. Consejos prácticos para realizar investigación (refuerza contenidos de capítulos 3 y 12 del 🕮).
12. Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos (complementa y extiende el capítulo 17 del 🕮).
13. Profundización en temáticas de la investigación cualitativa (complementa los capítulos 12 a 16 del 🕮). (¡nuevo!)

Ejemplos En esta parte los lectores pueden consultar y bajar al dispositivo preferido siete ejemplos de estudios cualitativos, cuantitativos y uno mixto, mencionados a lo largo de la obra, con diversos niveles de complejidad, incluyendo un experimento. Asimismo, un ejemplo de protocolo o propuesta de investigación y uno de una biografía cualitativa:

1. Toma de decisiones, satisfacción y pertenencia del profesorado: análisis en dos escuelas preparatorias de Guadalajara, México (investigación cualitativa).
2. Voces desde el pasado: la guerra cristera en el estado de Guanajuato, 1926-1929. El caso del municipio de Salvatierra (investigación cualitativa).
3. Entre "no sabía qué estudiar" y "ésa fue siempre mi opción": selección de institución de educación superior por parte de estudiantes en una ciudad del centro de México (investigación cualitativa).
4. Visión paradigmática de la empresa mexicana en la conceptualización de la responsabilidad social corporativa (investigación cualitativa). (¡nuevo!)
5. Diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual en hombres y mujeres mexicanos (estudio mixto).
6. Exploración confirmatoria de los factores que vinculan al clima y la cultura organizacional en el marco del Modelo de los Valores en Competencia" (investigación cuantitativa). (¡nuevo!)
7. Protocolo del estudio: "Exploración factorial del clima y la cultura organizacional en el marco del Modelo de los Valores en Competencia" (investigación cuantitativa). (¡nuevo!)
8. Comparativo de instrumentos de evaluación para programas de prevención del abuso sexual infantil en preescolares (experimento).
9. Es México, sólo cambié de frontera: de la vida rural al mundo citadino: una experiencia de crecimiento personal (planteamiento del problema y reporte de biografía cualitativa). (¡nuevo!)
10. Análisis de las mejores prácticas empresariales en las áreas de administración, mercadotecnia, manufactura y desarrollo organizacional: un estudio de caso. (¡nuevo!)

11. Estimación de masa en sistemas de control ambiental en aeronaves durante la fase de diseño conceptual (investigación cuantitativa). (¡nuevo!)

Cabe señalar que paulatinamente se irán agregando ejemplos de otras disciplinas.

Apéndices (actualizados) Los apéndices que es factible descargar son:

1. Publicaciones periódicas más importantes (revistas científicas o *journals*).
2. Principales bancos/servicios de obtención de fuentes/bases de datos/páginas web de consulta de referencias bibliográficas.
3. Tablas estadísticas.

Documentos Los documentos que se obtienen en esta sección son: 1) cálculo de muestra (fórmulas), 2) fórmulas y procedimientos estadísticos (sencillos) y 3) indicadores municipales (ejemplos de esta forma de medición).

Manuales auxiliares

En este apartado el lector puede descargar los siguientes manuales:

1. SPSS IBM®.
2. Atlas.ti®.
3. Manual de introducción al estilo APA para citas y referencias (American Psychological Association).
4. Manual de introducción al estilo Vancouver para citas y referencias. (¡nuevo!)
5. Manual de la AMA para citas y referencias, 10a. ed. (American Medical Association). (¡nuevo!)
6. Manual del programa Sistema de Información para el Soporte a la Investigación (SISI®).

Además, un nuevo documento sumamente útil para desarrollar artículos, tesis y disertaciones, así como reportes y documentos, titulado: "Indicaciones para la elaboración de un manuscrito original" (sobre investigación académica-científica). (¡nuevo!)

Software

Los lectores cuentan con diversas herramientas computacionales, como:

- El programa denominado Sistema de Información para el Soporte a la Investigación (SISI®), que entre otras cuestiones es útil para elaborar citas en el texto y referencias bibliográficas siguiendo el estilo de la American Psychological Association (APA).
- Demo del programa Atlas.ti® para análisis cualitativo.
- El ya conocido software STATS® para el aprendizaje y realización de cálculos estadísticos básicos y determinación del tamaño de muestra.
- El demo del programa de mapeo, teoría fundamentada y análisis cualitativo Decision Explorer®.

Documentos, manuales y ejemplos de aplicación a áreas específicas del conocimiento

En esta sección se irán incluyendo documentos, manuales y ejemplos aplicados a áreas específicas del conocimiento para ampliar la perspectiva del lector, los cuales han sido elaborados por diversos prestigiados académicos de reconocidas instituciones de educación superior. Por ahora, se incluyen: ejemplos de propuestas en diseño gráfico, industrial y urbano, así como en arquitectura y un estudio de esta última disciplina; ejemplos en ingenierías, un manual de metodología para la planificación y gestión ambiental; un manual de investigación en el área de la salud y otro para estudios en el área financiera; pero se agregarán de otras disciplinas. Le pedimos al lector revise periódicamente el centro de recursos en línea para descubrir las novedades a este respecto.

Bibliografía (referencias)

El lector puede descargar este documento, en el cual se encuentran todas las referencias del texto impreso y de los capítulos del centro de recursos en línea en el estilo de la American Psychological Association (APA). No se incluyeron en la obra porque son demasiadas referencias y el libro aumentaría notoriamente su volumen y costo. Además, en formato electrónico el lector puede seleccionar sus títulos y colocarlos en el espacio de exploración de un motor de búsqueda y localizar más fácilmente las fuentes originales. Por otro lado, se reúne toda la bibliografía en un solo lugar.

Glosario de términos de investigación

A partir de esta sexta edición, el lector podrá consultar este glosario, el cual se actualizará y enriquecerá anualmente con más términos relativos a la metodología de la investigación.

Respuestas a los ejercicios

En este apartado se incluyen las respuestas a los ejercicios referidos a lo largo del libro.

Objetivos de la obra

Metodología de la investigación, 6a. edición, se plantea como objetivos que el lector:

- Entienda que la investigación es un proceso compuesto, a su vez, por otros procesos sumamente interrelacionados.
- Cuente con un manual y recursos que le permitan llevar a cabo investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas.
- Comprenda diversos conceptos de investigación que generalmente se tratan de manera compleja y poco clara.
- Perciba a la investigación como algo cotidiano y no como algo que sólo le corresponde a los profesores y científicos.
- Pueda recurrir a un solo texto de investigación —porque éste es autosuficiente— y no tenga que consultar una gran variedad de obras, debido a que algunas tratan aspectos que otras no.
- Se mantenga actualizado en materia de métodos de investigación.

El libro está orientado a asignaturas sobre investigación, metodología, metodología de la investigación, métodos de análisis y similares dentro de diversas ciencias o disciplinas; asimismo, para que se utilice en campos sociales, jurídicos, administrativos, económicos, de la salud, ingenierías, etc. Finalmente los métodos son los mismos, lo que cambia es el tipo de planteamientos y variables que se trabajan.

El texto puede emplearse en cursos introductorios, intermedios y avanzados, según el criterio del maestro. Hay partes que por el momento no se requieran, pero en un futuro sí se necesiten.

La obra se refiere a un tipo particular de investigación: *la investigación científica*. Este término suele provocar en algunos alumnos escepticismo, confusión y, a veces, incomodidad. Probablemente esos estudiantes tengan parte de razón, ya sea porque sus cursos previos de investigación fueron tediosos y no les encontraron aplicación en su vida habitual; o bien, porque sus profesores no tuvieron la paciencia de explicarles de manera simple y creativa la metodología de la investigación. Podría ser el caso que los libros que leyó sobre el tema fueran confusos e intrincados. Pero la verdad es que la investigación es relativamente sencilla, sumamente útil y se encuentra muy vinculada a lo cotidiano. También puede ser divertida y significativa.

Aprender investigación es más fácil de lo que pudiera creerse. Es como empezar a utilizar la computadora y navegar en internet. Basta conocer ciertas cuestiones.

En toda la obra se manifiesta nuestra posición hacia la metodología de la investigación. Los autores creemos en el "pluralismo metodológico" o la "libertad de método", por ello podemos ser considerados pragmáticos. Estamos convencidos de que tanto la investigación cuantitativa, como la

cualitativa y la mixta han proporcionado aportes trascendentales al conocimiento generado en las diferentes ciencias y disciplinas.

Privilegiamos el empleo de las tres formas de realizar investigación científica, siempre y cuando se conduzcan éticamente, de manera legal y con respeto a los derechos humanos de los participantes y los usuarios o lectores. Creemos también que el investigador debe proceder con honestidad, al procurar compartir sus conocimientos y resultados, así como buscar siempre la verdad. Con la aplicación del proceso de investigación científica en cualquiera de sus modalidades se desarrollan nuevos entendimientos, los cuales a su vez producen otras ideas e interrogantes para estudiar. Es así como avanzan las ciencias y la tecnología. Además, compartimos la idea de Richard Grinnell: "nada es para siempre de acuerdo con el método científico".

Mitos sobre la investigación científica

Dos mitos se han construido alrededor de la investigación científica, que son sólo eso: "mitos", una especie de "leyendas urbanas" que no tienen razón de ser. Veamos rápidamente estos mitos.

- Primer mito: la investigación es sumamente complicada y difícil.

Durante años, algunas personas han dicho que la investigación es muy complicada, difícil, exclusiva para personas de edad avanzada, con pipa, lentes, barba y pelo canoso, además de desaliñado, propia de "mentes privilegiadas"; incluso, un asunto de "genios". Sin embargo, la investigación no es nada de esto. La verdad es que no resulta tan intrincada ni difícil. Cualquier ser humano puede hacer investigación y realizarla correctamente, si aplica rigurosamente el proceso correspondiente.

Lo que se requiere es conocer dichos procesos y sus herramientas fundamentales.

- Segundo mito: la investigación no está vinculada al mundo cotidiano, a la realidad.

Hay estudiantes que piensan que la investigación científica es algo que no tiene relación con la realidad cotidiana. Otros alumnos consideran que es "algo" que solamente se acostumbra hacer en centros muy especializados e institutos con nombres largos y complicados.

En primer lugar, es necesario recordar que la mayor parte de los inventos y tecnologías en el mundo, de una u otra forma, son producto de la investigación. Creaciones que, desde luego, tienen que ver con nuestra vida diaria: desde el proyector de cine, el nailon, el marcapasos, la aspiradora, el motor de combustión, el teléfono celular o móvil y el CD; hasta la electricidad, computadoras, naves espaciales, medicamentos, vacunas, cohetes, juguetes de todo tipo y prendas de vestir que utilizamos cotidianamente.

Gracias a la investigación se generan procesos industriales, se desarrollan organizaciones y sabemos cómo es la historia del universo y la humanidad, desde las primeras civilizaciones hasta los tiempos actuales. Asimismo, podemos conocer desde nuestra propia estructura mental y genética, hasta cómo impactar un cometa en plena trayectoria a millones de kilómetros de la Tierra, además de explorar el espacio.

Incluso, en la investigación se abordan temas como las relaciones interpersonales (amistad, noviazgo y matrimonio, por ejemplo), la violencia, los programas de televisión, el trabajo, las enfermedades, las elecciones presidenciales, los deportes, las emociones humanas, la manera de vestirnos, la familia y otros más que son habituales en nuestras vidas.

¿Por qué es útil y necesario que un estudiante aprenda a investigar?

En estos tiempos de globalización, un egresado o egresada que no tenga conocimientos de investigación, se encontrará en desventaja frente a otros(as) colegas (de su misma institución y de otras universidades o equivalentes en todo el mundo), ya que cada vez más las instituciones educativas buscan diferenciar a sus alumnos del resto y por ello hacen un mayor énfasis en la investigación (con el fin de formar mejor a sus estudiantes y prepararlos para ser más competitivos, además de obtener acreditaciones y vincularse con otras universidades e institutos). No saber respecto a los métodos de investigación implicará rezagarse.

Por otro lado, hoy en día no es posible concebir a una amplia gama de trabajos sin mencionar la investigación. ¿Nos podemos imaginar a un gerente de mercadotecnia en cuya área no se efectúe investigación de mercados? ¿Cómo sabrían sus ejecutivos lo que sus clientes quieren?, ¿cómo conocerían su posición en el mercado? Realizan investigación por lo menos para estar al tanto de sus niveles de ventas y participación en el mercado.

¿Acaso nos podemos figurar a un ingeniero civil que pretenda construir un edificio, un puente o una casa sin que lleve a cabo un estudio del suelo? Simplemente, deberá hacer una pequeña investigación de lo que requiere su cliente, quien le encarga la construcción.

¿Podemos concebir a un médico cirujano que no ejecute un diagnóstico preciso de su paciente previo a la operación?, ¿a un candidato para un puesto de elección popular que no realice encuestas de opinión para saber cómo lo favorece el voto y qué opina la gente de él?, ¿a un contador que no analice las nuevas reformas fiscales?, ¿a un biólogo que no haga estudios de laboratorio?, ¿a un criminólogo que no investigue la escena del crimen?, ¿a un periodista que no haga lo mismo con sus fuentes de información?

Igualmente con enfermeras, economistas, sociólogos, educadores, antropólogos, psicólogos, arquitectos, ingenieros en todas sus ramas, veterinarios, dentistas, administradores, comunicólogos, abogados y, en fin, con todo tipo de profesionales.

A lo mejor sí hay médicos, contadores, ingenieros, administradores, periodistas y biólogos que se desempeñan sin tener que estar en contacto con la investigación; pero seguramente su trabajo es muy deficiente.

La investigación es muy útil para distintos fines: crear nuevos sistemas y productos; resolver problemas económicos y sociales; ubicar mercados, diseñar soluciones y hasta evaluar si hemos hecho algo correctamente o no. Incluso, para abrir un pequeño negocio familiar es conveniente usarla.

Cuanta más investigación se genere, más progreso existe; ya se trate de un bloque de naciones, un país, una región, una ciudad, una comunidad, una empresa, un grupo o un individuo. No en vano las mejores compañías del mundo son las que más invierten en investigación.

De hecho, todos los seres humanos hacemos investigación frecuentemente. Cuando nos atrae una persona que conocimos en alguna junta, una reunión o un salón de clases, tratamos de investigar si le podemos resultar atractivos. Cuando un amigo o amiga está enojado(a) con nosotros, examinamos las razones. Cuando nos interesa un gran personaje histórico, indagamos cómo vivió y murió. Cuando buscamos empleo, nos dedicamos a investigar quién ofrece trabajo y en qué condiciones. Cuando nos agrada un platillo, nos interesa conocer la receta. Éstos son sólo algunos ejemplos de nuestro afán por investigar. Es algo que hacemos desde niños. ¿O alguien no ha visto a un bebé tratando de averiguar de dónde proviene un sonido?

La investigación científica es, en esencia, como cualquier tipo de investigación, sólo que más rigurosa, organizada y se lleva a cabo cuidadosamente. Como siempre señaló Fred N. Kerlinger: es sistemática, empírica y crítica. Esto se aplica tanto a estudios cuantitativos, cualitativos o mixtos. Que sea "sistemática" implica que hay una disciplina para realizar la investigación científica y que no se dejan los hechos a la casualidad. Que sea "empírica" denota que se recolectan y analizan datos. Que sea "crítica" quiere decir que se evalúa y mejora de manera constante. Puede ser más o menos controlada, más o menos flexible o abierta, más o menos estructurada, pero nunca caótica y sin método.

Tal clase de investigación cumple dos propósitos fundamentales: *a*) producir conocimiento y teorías (investigación básica) y *b*) resolver problemas (investigación aplicada). Gracias a estos dos tipos de investigación la humanidad ha evolucionado. La investigación es la herramienta para conocer lo que nos rodea y su carácter es universal. Como señaló uno de los pensadores más connotados de finales del siglo xx, Carl Sagan, al hablar del posible contacto con seres "inteligentes" de otros mundos:

Si es posible comunicarse, sabemos ya de qué tratarán las primeras comunicaciones: serán sobre la única cosa que las dos civilizaciones tienen seguramente en común; a saber, la ciencia. Podría ser que el interés mayor fuera comunicar información sobre su música, por ejemplo, o sobre convenciones sociales; pero las primeras comunicaciones logradas serán de hecho científicas (Sagan *et al.*, 1978).

La investigación científica se concibe como un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno; es dinámica, cambiante y evolutiva. Se puede manifestar de tres formas: cuantitativa, cualitativa y mixta. Esta última implica combinar las dos primeras. Cada una es importante, valiosa y respetable por igual.

Finalmente, hemos de señalar que en la actualidad la investigación se desarrolla en equipo y cuando se le encuentra sentido puede ser divertida y genera fuertes lazos de amistad entre los miembros del grupo. Ésta ha sido la experiencia de miles de jóvenes que se han aventurado en ella, viéndola como algo importante tanto para su formación como para el futuro y no como un "yugo". También diremos que no hay investigación perfecta, pues ningún ser humano lo puede ser; de lo que se trata es de hacer nuestro mejor esfuerzo. Por ello, los profesores y estudiantes debemos "arriesgarnos" y realizar investigación: "sólo hagámoslo".

Roberto Hernández Sampieri

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Agradecimientos especiales

Los autores de *Metodología de la investigación* agradecen a todos los profesores de América Latina y España por sus valiosas contribuciones, que siempre han enriquecido esta obra.

Acosta Pérez, Lorena Isabel	*Universidad Juárez Autónoma de Tabasco*
Aguilar Tello, Lourdes del Carmen	*Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Autónoma de Campeche*
Ahumada Tello, Eduardo	*Universidad Autónoma de Baja California*
Arias Peña, Ariel Gerardo	*Facultad de Contaduría y Administración, UNAM*
Ávila Martínez, Rosalinda	*Instituto Tecnológico de Matamoros*
Barrera Correa, Manuel	*Universidad Antropológica de Guadalajara / Universidad Interamericana para el Desarrollo / Universidad Politécnica de la Zona Metropolitana de Guadalajara, Universidad de Especialidades*
Barrón Lugo, Patricia Margarita	*Instituto Tecnológico de Querétaro*
Brambila Pelayo, Iván Alejandro	*Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara*
Cantón Galicia, Luz de Lourdes	*Universidad La Salle*
Cárdenas González, Leopoldo Xavier	*Universidad del Valle de Atemajac*
Carranza Ortegón, Gabriela	*Universidad Autónoma de Guadalajara*
Castellanos Ramírez, Hugo	*Instituto Tecnológico de Chihuahua*
Castillo López, Jesús	*Universidad de Monterrey*
Castruita Morán, Edmundo	*Instituto Tecnológico de Durango*
Ceballos López, Silvia Guadalupe	*Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Autónoma de Yucatán*
Contreras Garduño, Juana Quintila	*Facultad de Contaduría y Administración, Universidad Autónoma del Estado de México*
Contreras Jiménez, Rocío	*Instituto Tecnológico de Morelia*
De León López, Conrado Roberto	*Instituto Tecnológico de Morelia*
Delgado Rivera, Efraín	*Universidad de la Salle Bajío*
Escalante Torres, Rafael Humberto	*Instituto Tecnológico de Mérida*
Estrada Pimentel, Laura	*Centro Universitario del Sur / Universidad de Guadalajara*
Favila Cisneros, Héctor	*Facultad de Turismo y Gastronomía, Universidad Autónoma del Estado de México*
Franco García, Rita Guadalupe	*Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara*
García Arias, Edgar	*Centro Hidalguense de Estudios Superiores, Universidad Siglo XXI*
García Leal, Karina Milene	*Facultad de Contaduría y Administración C-1, Universidad Autónoma de Chiapas*

García Quintero, Alejandro	*Instituto Tecnológico de Boca del Río*
González Álvarez, Ángeles	*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara*
González Mora, Berta	*Instituto Tecnológico de Tlalnepantla*
González, María de los Ángeles	*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara*
Guadarrama Fonseca, Juan Manuel	*Facultad de Ingeniería, Universidad Autónoma del Estado de México*
Guerrero Rivera, Rubén	*Instituto Tecnológico de Durango*
Gutiérrez López, Edgar Germán	*Universidad del Noreste*
Hermosillo Pazuengo, Cecilia	*Universidad del Valle de Atemajac*
Hernández de los Santos, Leonel	*Instituto Tecnológico de Acapulco*
Jiménez Díaz, Wilberth Manuel	*Universidad Enrique Díaz de León*
Jiménez Núñez, María de la Luz	*Instituto Tecnológico de Toluca*
Kido Miranda, Juan Carlos	*Instituto Tecnológico de Iguala / Universidad Tecnológica de la Región Norte de Guerrero / Instituto Tecnológico de Iguala / Universidad Tecnológica de la Región Norte de Guerrero*
Leal Treviño, Hermelinda	*Universidad de Monterrey*
Levy Matarasso, Maurice	*Universidad Anáhuac Norte*
Leyva Alarcón, Paula Adriana	*Instituto Tecnológico de Chilpancingo*
Lezama Rosas, Alfredo	*Instituto Tecnológico Superior de Irapuato*
Lozano Sousa, Carlos	*ITESM, Campus Estado de México / ITESM, Campus Estado de México*
Martínez Martínez, Janeth	*Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*
Martínez Rodríguez, Alma Delia	*Instituto Tecnológico de Nuevo León*
Martínez, Aida	*Universidad de Guadalajara*
Medellín Verduzco, Jesús	*Universidad Autónoma de Tamaulipas*
Mellado Siller, Jesús Francisco	*Universidad Autónoma de Coahuila*
Mendiola Romero, Jaime Alejandro	*ITESM, Campus Guadalajara*
Mesinas Cortés, César	*Instituto Tecnológico de Hermosillo*
Montiel, María Luz	*Instituto Tecnológico de Nuevo León*
Morales Cruz, Adriana del Carmen	*Instituto Tecnológico Superior de Centla*
Morales Hernández, Gabriel	*Universidad Autónoma de Guadalajara*
Pacheco Quijano, Luz Virginia	*Universidad Autónoma de Campeche*
Palos Delgadillo, Humberto	*Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalaja*
Poot Ramírez, Jesús Darío	*Instituto Tecnológico de Mérida*
Puente Díaz, Rogelio	*Universidad Anáhuac Norte*
Quijano Vega, Gil Arturo	*Instituto Tecnológico de Hermosillo*
Quintanilla Montoya, Roque	*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara*
Quintero Gómez, Francisco	*Universidad Veracruzana*

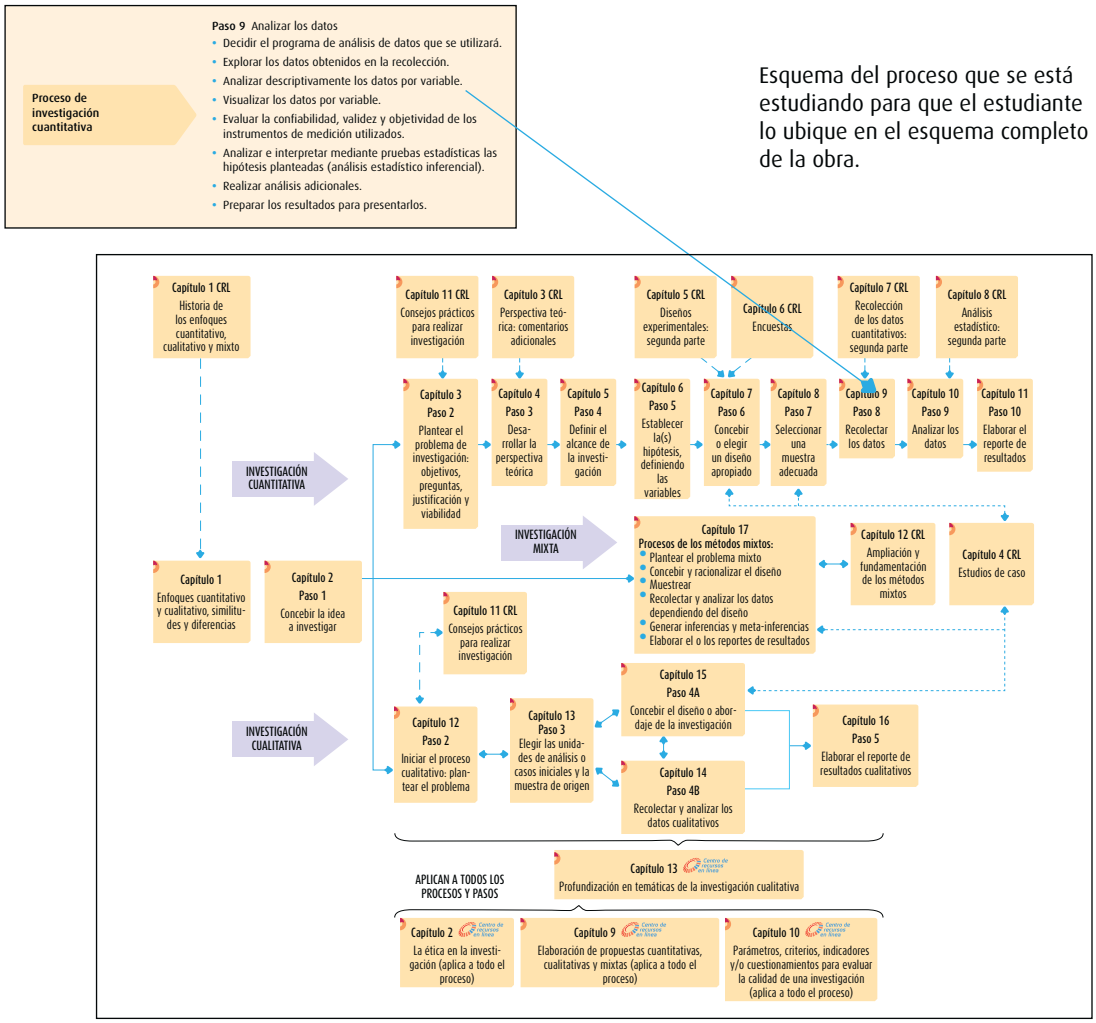
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Quiñones Soto, Juan	*Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*
Ramírez Lozano, Raúl	*Instituto Tecnológico de Cancún*
Reyes Ruiz, Edith	*Universidad Autónoma de Coahuila*
Rivas, Felipe	*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara*
Rivera López, Arturo	*Facultad de Administración, Universidad Veracruzana*
Robledo Pérez, Roberto	*Instituto Tecnológico de León*
Rocha López, Jazmín	*Centro Universitario UTEG*
Romano Machado, Juan Manuel	*Universidad Anáhuac Norte*
Roque Tovar, Bernardo Enrique	*Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente*
Ruiz Díaz, Marina	*Universidad Autónoma de Guadalajara/Universidad del Valle de México, Campus Guadalajara Sur*
Ruvalcaba Ramírez, José Antonio	*Universidad Enrique Díaz de León*
Salinas, Oliva	*Instituto Tecnológico de Querétaro*
Sánchez Ambriz, Gerardo	*UNAM, Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán*
Soto Montiel, Jose Humberto	*Instituto Tecnológico de Cuatla*
Tapia Vargas, Alejandro	*Universidad de Monterrey*
Torres Arcadia, Carmen Celina	*ITESM, Campus Monterrey*
Torres Mendoza, Blanca Miriam	*Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara*
Torres Toledo, Andrea	*Instituto Tecnológico de Toluca*
Treviño Saldívar, Eduardo Javier	*Universidad Autónoma de Nuevo León*
Valles Flores, María Griselda	*Instituto Tecnológico Superior de Zacatecas Occidente*
Vargas Bravo, Ignacio	*Escuela Superior de Ingenieria Química e Industrias Extractivas, IPN*
Villarreal Solís, Francisco Martín	*Facultad de Economía, Contaduría y Administración, Universidad Juárez del Estado de Durango*
Villarreal Solís, María Deyanira	*Facultad de Economía, Contaduría y Administración, Universidad Juárez del Estado de Durango*
Zorrilla Aceves, Luis Enrique	*Universidad de la Salle Bajío*

Estructura pedagógica

Esta obra se ha diseñado de manera que facilite el proceso de aprendizaje del estudiante; su estructura pedagógica ha sido ampliamente probada y aceptada por sus miles de lectores y usuarios, lo que la ha hecho un referente obligado en la literatura de metodología de la investigación.

En cada capítulo, el estudiante encontrará:



Esquema del proceso que se está estudiando para que el estudiante lo ubique en el esquema completo de la obra.

Objetivos del aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

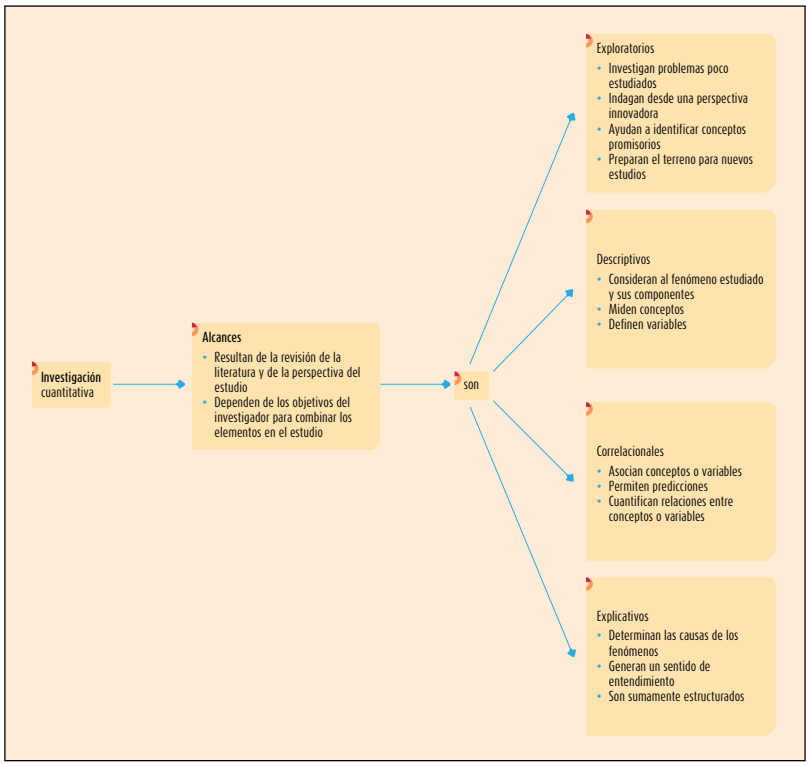
1. Revisar el proceso para analizar los datos cuantitativos.
2. Reforzar los conocimientos estadísticos fundamentales.
3. Comprender las principales pruebas o métodos estadísticos desarrollados, así como sus aplicaciones y la forma de interpretar sus resultados.
4. Analizar la interrelación entre distintas pruebas estadísticas.
5. Diferenciar la estadística descriptiva y la inferencial, la paramétrica y la no paramétrica.

Síntesis

En el capítulo se presentan brevemente los principales programas computacionales de análisis estadístico que emplea la mayoría de los investigadores, así como el proceso fundamental para efectuar análisis cuantitativo. Asimismo, se comentan, analizan y ejemplifican las pruebas estadísticas más utilizadas. Se muestra la secuencia de análisis más común, con estadísticas descriptivas, análisis paramétricos, no paramétricos y multivariados. En la mayoría de estos análisis, el enfoque del capítulo se centra en los usos y la interpretación de los métodos, más que en los procedimientos de cálculo, debido a que los análisis se realizan con ayuda de una computadora.

Los objetivos de aprendizaje y la síntesis al inicio de cada capítulo introducen al lector en los temas de estudio y los principales conceptos que se desarrollarán.

Los mapas conceptuales le permiten al lector ubicar y relacionar los conceptos y aspectos relevantes que se tratarán en el capítulo.



Ejemplo

El hundimiento del *Titanic*[3]

Como seguramente sabrás, hace más de un siglo, el 10 de abril de 1912, el enorme buque de vapor, bautizado como *Titanic*, inició su viaje inaugural partiendo desde Southampton (Inglaterra) con destino final a Nueva York (Estados Unidos). Cuatro días más tarde, aproximadamente a las 23:40 del 14 de abril, el buque chocó con un iceberg al sur de las costas de Terranova y se hundió a las 2:20 de la mañana del 15 de abril. Murieron 1 517 personas y fue uno de los desastres marítimos más terribles en la historia (Davenport-Hines, 2012; Pontes, 2012; Titanic Inquiry Project, 2012).

El desarrollo de contenidos se ilustra mediante ejemplos actuales o cercanos a la realidad del estudiante, de manera que pueda reforzar de manera inmediata los temas estudiados.

Las referencias a contenido del centro de recursos en línea se indican con un icono para que el lector pueda localizar este contenido en el texto y se remita a la página: http://www.mhhe.com/he/hmi6e

Ejemplo de una idea para investigar por medio de los métodos mixtos

La investigación mixta es un enfoque relativamente nuevo que implica combinar los métodos cuantitativo y cualitativo en un mismo estudio. Por ahora, simplemente enunciamos una idea de un ejemplo de esta clase de investigación. En el capítulo 17 se profundiza en las características y diseños del proceso mixto y se incluyen diversos ejemplos (entre ellos el siguiente sobre la moda), al igual que en el capítulo 12 del centro de recursos en línea: "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos" (en Material complementario, capítulos adicionales).

- La moda y las mujeres mexicanas
  Conocer cómo definen y experimentan la moda las mujeres mexicanas.

Experimento Situación de control en la cual se manipulan, de manera intencional, una o más variables independientes (causas) para analizar las consecuencias de tal manipulación sobre una o más variables dependientes (efectos).

motivación es causa de la productividad, al variar la motivación deberá variar la productividad.

Se lleva a cabo un **experimento** para analizar si una o más variables independientes afectan a una o más variables dependientes y por qué (Kirk, 2012 y Montgomery, 2012). Por ahora, simplifiquemos el problema de estudio a una variable independiente y una dependiente. En un experimento, la variable independiente resulta de interés para el investigador, ya que hipotéticamente será una de las causas que producen el efecto supuesto. Para obtener evidencia de esta supuesta relación causal, el investigador manipula la variable independiente y observa si la dependiente varía o no. Aquí, manipular es sinónimo de hacer variar o asignar distintos valores a la variable independiente.

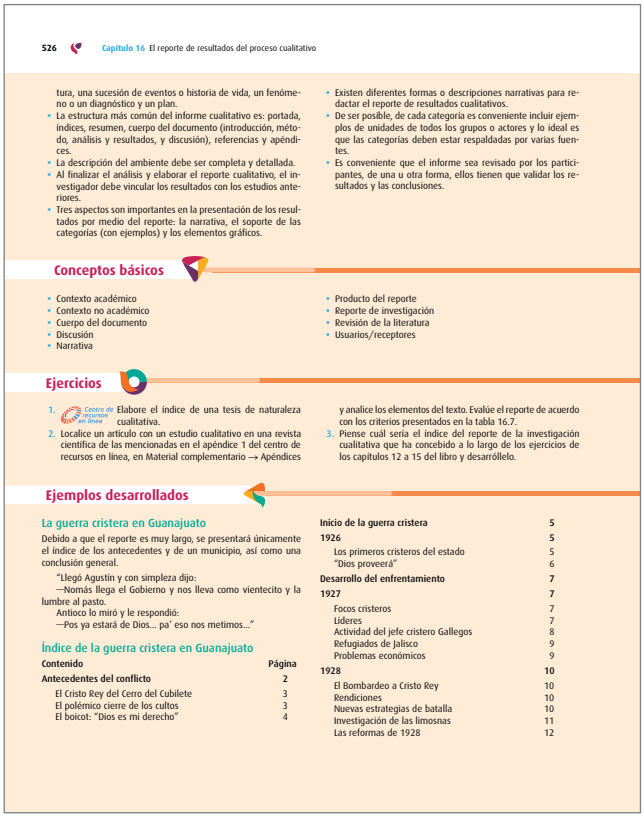
Resumen

- Antes de elaborar el reporte de investigación debe definirse a los usuarios, ya que el informe habrá de adaptarse a ellos.
- Los reportes de investigación pueden presentarse en un contexto académico o en un contexto no académico.
- Los usuarios y el contexto determinan el formato, la naturaleza y la extensión del informe de investigación.
- Las secciones más comunes de un reporte de investigación presentado en un contexto académico son: portada, índice, resumen, palabras clave, cuerpo del documento (introducción, marco teórico, método, resultados), discusión, referencias o bibliografía y apéndices.
- Los elementos más comunes en un contexto no académico son: portada, índice, resumen ejecutivo, método, resultados, conclusiones y apéndices.
- Centro de recursos en línea Los reportes deben seguir un estilo de publicaciones, los principales son: APA, Vancouver, Harvard y Chicago. En el centro de recursos puede descargar información relacionada en el capítulo 11 y los manuales sencillos de los estilos APA y Vancouver.
- Para presentar el reporte de investigación se pueden utilizar diversos apoyos o recursos.

Conceptos básicos

- Apéndices
- Contexto académico
- Contexto no académico
- Cuerpo del documento
- Discusión
- Estilo de publicación
- Introducción
- Marco teórico (Revisión de la literatura)
- Método
- Referencias
- Reporte de investigación
- Resultados
- Resumen
- Usuarios/receptores

El glosario al margen de los conceptos estudiados y las secciones de reforzamiento de lo aprendido al final del capítulo, como resumen, conceptos básicos son herramientas fundamentales de repaso.



526 Capítulo 16 El reporte de resultados del proceso cualitativo

tura, una sucesión de eventos o historia de vida, un fenómeno o un diagnóstico y un plan.
- La estructura más común del informe cualitativo es: portada, índices, resumen, cuerpo del documento (introducción, método, análisis y resultados, y discusión), referencias y apéndices.
- La descripción del ambiente debe ser completa y detallada.
- Al finalizar el análisis y elaborar el reporte cualitativo, el investigador debe vincular los resultados con los estudios anteriores.
- Tres aspectos son importantes en la presentación de los resultados por medio del reporte: la narrativa, el soporte de las categorías (con ejemplos) y los elementos gráficos.
- Existen diferentes formas o descripciones narrativas para redactar el reporte de resultados cualitativos.
- De ser posible, de cada categoría es conveniente incluir ejemplos de unidades de todos los grupos o actores y lo ideal es que las categorías deben estar respaldadas por varias fuentes.
- Es conveniente que el informe sea revisado por los participantes, de una u otra forma, ellos tienen que validar los resultados y las conclusiones.

Conceptos básicos

- Contexto académico
- Contexto no académico
- Cuerpo del documento
- Discusión
- Narrativa
- Producto del reporte
- Reporte de investigación
- Revisión de la literatura
- Usuarios/receptores

Ejercicios

1. Centro de recursos en línea Elabore el índice de una tesis de naturaleza cualitativa.
2. Localice un artículo con un estudio cualitativo en una revista científica de las mencionadas en el apéndice 1 del centro de recursos en línea, en Material complementario → Apéndices y analice los elementos del texto. Evalúe el reporte de acuerdo con los criterios presentados en la tabla 16.7.
3. Piense cuál sería el índice del reporte de la investigación cualitativa que ha concebido a lo largo de los ejercicios de los capítulos 12 a 15 del libro y desarróllelo.

Ejemplos desarrollados

La guerra cristera en Guanajuato

Debido a que el reporte es muy largo, se presentará únicamente el índice de los antecedentes y de un municipio, así como una conclusión general.

"Llegó Agustín y con simpleza dijo:
—Nomás llega el Gobierno y nos lleva como vientecito y la lumbre al pasto.
Antioco lo miró y le respondió:
—Pos ya estará de Dios... pa' eso nos metimos..."

Índice de la guerra cristera en Guanajuato

Contenido	Página
Antecedentes del conflicto	**2**
El Cristo Rey del Cerro del Cubilete	3
El polémico cierre de los cultos	3
El boicot: "Dios es mi derecho"	4
Inicio de la guerra cristera	**5**
1926	**5**
Los primeros cristeros del estado	5
"Dios proveerá"	6
Desarrollo del enfrentamiento	**7**
1927	**7**
Focos cristeros	7
Líderes	7
Actividad del jefe cristero Gallegos	8
Refugiados de Jalisco	9
Problemas económicos	9
1928	**10**
El Bombardeo a Cristo Rey	10
Rendiciones	10
Nuevas estrategias de batalla	10
Investigación de las limosnas	11
Las reformas de 1928	12

Las secciones finales de ejercicios y ejemplos desarrollados le permiten al lector poner a prueba sus conocimientos del tema y saber cuál es el avance de su aprendizaje.

Los ejemplos desarrollados son muy útiles para que el estudiante refuerce de manera integral los conceptos estudiados. Esta sección está aplicada al método estudiado en cada sección y se presentan estudios reales.

Ejemplos desarrollados 167

y la actitud hacia el tema (positiva-negativa), las cuales se medirán por pruebas que incluyen dichos niveles de actitud. En el experimento se comprenden personas de ambos géneros con edades que fluctúan entre los 18 y los 57 años y diversas profesiones. Asigna al azar a los participantes a los grupos experimentales, desarrolla y describa dos o más diseños experimentales que puedan aplicarse al estudio, considere cada una de las fuentes de invalidación interna (alguna afecta los resultados del experimento?). Establezca las hipótesis pertinentes para esta investigación.

4. Un ejercicio para demostrar las bondades de la asignación al azar:

A los estudiantes que se inician en la investigación a veces les resulta difícil creer que la asignación al azar funciona. Para demostrarse que sí, es conveniente el siguiente ejercicio:

- Tómese un grupo de 60 o más personas (el salón de clases, un grupo grande de conocidos, etc.), o imagínese que existe dicho grupo.
- Imagínese un experimento que requiera dos grupos.
- Imagínese un conjunto de variables que puedan afectar a las variables dependientes.
- Distribuya a cada quien un trozo de papel y pídales que escriban los niveles que tienen en las variables del punto anterior (por ejemplo: género, edad, inteligencia, escuela de procedencia, interés por algún deporte, motivación hacia algo con una puntuación de uno a 10, etc.). Las variables pueden ser cualesquiera, dependiendo de su ejemplo.
- Asigne al azar los pedazos de papel a dos grupos, en cantidades iguales.
- En los dos grupos compare número de mujeres y hombres, promedios de inteligencia, edad, motivación, ingreso de su familia o lo que haya pedido. Verá que ambos grupos son "sumamente parecidos".

Si no cuenta con un grupo real, hágalo en forma imaginaria. Usted mismo escriba los valores de las variables en los papeles y verá como los grupos son bastante parecidos (equiparables). Desde luego, por lo general no son "perfectamente iguales", pero sí comparables.

5. Considere el siguiente diseño:

R	G_1	O_1	O_2
R	G_2	O_3	O_4
R	G_3	—	O_5

¿Qué podría concluirse de las siguientes comparaciones y resultados? (Los signos de "igual" significan que las mediciones no difieren en los resultados; los signos de "no igual", que las mediciones difieren sustancial o significativamente entre sí. Considérense sólo los resultados que se presentan y de manera independiente cada conjunto de resultados.)

a) $O_1 = O_2$; $O_3 \neq O_4$; $O_5 = O_6$

b) $O_1 = O_2$; $O_3 \neq O_4$; $O_5 = O_6$; y $O_1 = O_3 = O_5 \neq O_2 = O_4 = O_6$

c) $O_1 = O_2$; $O_3 \neq O_4$; $O_5 = O_6$; y $O_1 = O_3 = O_5 \neq O_2 \neq O_4 \neq O_6$

Centro de recursos en línea

Vea las respuestas en el centro de recursos en línea. Material complementario → Apéndice 3: "Respuestas a los ejercicios que se requieren".

6. Elija una investigación no experimental (de algún libro o revista, ver apéndice uno del centro de recursos en línea. Material complementario → Apéndice 1: "Publicaciones periódicas con un Apéndices → Apéndice 1: "Publicaciones periódicas con un importantes") y analice: ¿cuáles son sus diferencias con un estudio experimental? Escriba cada una y coméntelas con sus compañeros.

7. Un investigador desea evaluar la relación entre la exposición a videos musicales con alto contenido sexual y la actitud hacia el sexo. Ese investigador nos pide que le ayudemos a construir un diseño experimental para analizar dicha relación y también un diseño transeccional-correlacional. ¿Cómo serían ambos diseños? ¿Qué actividades se desarrollarían en cada caso? ¿Cuáles serían las diferencias entre ambos diseños? ¿Cómo se manipularía la variable "contenido sexual" en el experimento? ¿Cómo se infiriría la relación entre las variables en el diseño transeccional-correlacional? En este segundo caso, ¿por qué las variables ya ocurrieron? ¿Cómo se llevaría a cabo?

8. Construya un ejemplo de un diseño longitudinal de tendencia, idee un ejemplo de un diseño de evolución de grupo y un ejemplo de un diseño panel. Con base en ellos analice las diferencias entre los tres tipos de diseños.

9. Si un investigador estudiara cada cinco años la actitud hacia la guerra de los ingleses que pelearon en la invasión a Irak en 2003, ¿tendría un diseño longitudinal? Explique las razones de su respuesta.

10. Diseñe una investigación que abarque un diseño experimental y uno no experimental.

11. ¿Qué diseño utilizaría para el ejemplo que ha venido desarrollando hasta ahora en el proceso cuantitativo? Explique la razón de su elección.

Ejemplos desarrollados

La relación entre la personalidad y las enfermedades

El estudio es manifiestamente un diseño transversal o transeccional no experimental correlacional-causal. En una muestra se aplicarán por vez única una serie de pruebas (batería) y cuestionarios para medir dimensiones de la personalidad y autoreportes de enfermedades actuales y pasadas.

La televisión y el niño

La investigación utilizará un diseño no experimental transversal correlacional-causal. Primero describirá el uso que los niños de la Ciudad de México hacen de los medios de comunicación colectiva, el tiempo que dedican a ver la televisión, sus programas preferidos, las funciones y gratificaciones que la televisión tiene para los

168 Capítulo 7 Concepción o elección del diseño de investigación

niños y otras cuestiones similares. Posteriormente, analizará los usos y las gratificaciones de la televisión en niños de diferentes niveles socioeconómicos, edades, géneros y otras variables (se relacionarán nivel socioeconómico y uso de la televisión, entre otras asociaciones).

Un caso de un estudio experimental sobre la televisión y el niño, consistiría en exponer durante determinado tiempo a un grupo de niños a tres horas diarias de televisión, otro a dos horas diarias, un tercero a una hora, y por último, un cuarto que no se expondría a la televisión. Todo ello para conocer el efecto que tiene la cantidad de horas expuestas ante contenidos televisivos (variable independiente) sobre diferentes variables dependientes (por ejemplo, autoestima, creatividad, socialización).

La pareja y relación ideales

Este estudio se fundamentará en un diseño no experimental transversal correlacional, ya que analizará diferencias por género respecto de los factores, atributos y calificativos que describen a la pareja y la relación ideales.

La investigación realmente no podría ser experimental. Imaginemos que intentamos manipular ciertos atributos de la pareja y la relación ideales. En principio, no sería ética tal manipulación, pues no podemos intentar incidir en los sentimientos humanos profundos, como es el caso de los vinculados al "amor romántico". Adicionalmente, la complejidad de los papeles no se podría traducir en estímulos experimentales; y las percepciones son muy variadas y en parte se determinan cultural y socialmente.

El abuso sexual infantil

Se trata de un diseño experimental. Los datos se obtendrán de 150 preescolares de tres centros de desarrollo infantil con una población similar, hijos de madres que laboran para la Secretaría de Educación del Estado de Querétaro, México. Se evaluarán seis grupos escolares que serán asignados a tres grupos experimentales. El primer grupo ($n = 49$ niños) será evaluado al terminar un programa de prevención del abuso sexual infantil (PPASI); el segundo será medido después de un año de haber concluido el mismo programa (PPASI) (seguimiento, $n = 22$ niños); y el tercero, un grupo de control que no será expuesto a algún PPASI particular ($n = 79$ niños). A todos los integrantes de los grupos se les aplicarán tanto las escalas conductuales como la cognitiva. Las condiciones de recolección de datos seguirán el protocolo establecido por cada escala, en un espacio físico similar y de manera individual. La persona que evaluará será la misma en todos los casos, para evitar sesgos entre los observadores. Claramente se trata de un diseño experimental:

G_1	X_1	(evaluación inmediata al terminar el PPASI)	0_1
G_2	X_2	(evaluación a un año de concluir el PPASI)	0_2
G_3	—	(sin PPASI)	0_3

0_1, 0_2 y 0_3 son mediciones conductuales y cognitiva.

Estímulo (PPASI) por medio del taller: "Porque me quiero, me cuido", se basará principalmente en la mejora de la autoestima, el manejo y expresión de sentimientos, la apropiación de su cuerpo, la discriminación entre contactos apropiados e inapropiados, la asertividad, el esclarecimiento de redes de apoyo y prácticas para pedir ayuda denunciando el abuso. Las técnicas usadas en dicho taller principalmente serán: modelado, ensayo, cuento, realimentación, actuación y dibujo. El programa se llevará a cabo a lo largo del ciclo escolar, con sesiones de 40 minutos una vez por semana. La conducción del taller estará a cargo de una facilitadora entrenada en ese programa con la integración de los padres y madres de familia por medio de actividades.

Los investigadores opinan

El alumno debe ser investigador desde que inicia sus estudios, pues está obligado a aprender a detectar problemas dentro de su comunidad o institución educativa; tal acción le permitirá iniciar múltiples proyectos. Para llevar a cabo una buena investigación es necesario ejercer el rigor científico, es decir, seguir un método científico.

M. A. Idalia López Rivera
Profesor de tiempo completo titular A
Facultad de Ciencias de la Administración
Universidad Autónoma de Chiapas
Chiapas, México

El éxito de cualquier investigación científica depende, en gran medida, de que el especialista decida indagar acerca de un problema formulado adecuadamente; por el contrario, el fracaso se producirá si hay un problema mal formulado. En este sentido, diversos autores afirman que comenzar con un "buen" problema de investigación es tener casi 50% del camino andado.

Además de un problema bien planteado y sustentado de manera sólida en la teoría y los resultados empíricos previos, se requiere también la utilización adecuada de técnicas de recolección de datos y de análisis estadísticos pertinentes, lo mismo que la correcta interpretación de los resultados con base en los conocimientos que sirvieron de sustento a la investigación.

Respecto de las pruebas estadísticas, éstas permiten significar los resultados; por tanto, son indispensables en todas las disciplinas, incluidas las ciencias del comportamiento, que se caracterizan por trabajar con datos muy diversos. Sin embargo, tales pruebas, por variadas y sofisticadas que sean, no permiten superar las debilidades de una investigación teórica o metodológicamente mal proyectada. Los estudiantes pueden proyectar de forma adecuada su investigación, si la ubican dentro de una línea de

Al final de cada capítulo se incorporan testimonios sobre el quehacer de la investigación metodológica de expertos y académicos.

parte 1

Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

capítulo

1 Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias

Los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto constituyen posibles elecciones para enfrentar problemas de investigación y resultan igualmente valiosos. Son, hasta ahora, las mejores formas diseñadas por la humanidad para investigar y generar conocimientos.

Roberto Hernández-Sampieri

Metodología de la investigación

Paso 1

- Enfoque cuantitativo.
- Enfoque cualitativo.
- Enfoque mixto.

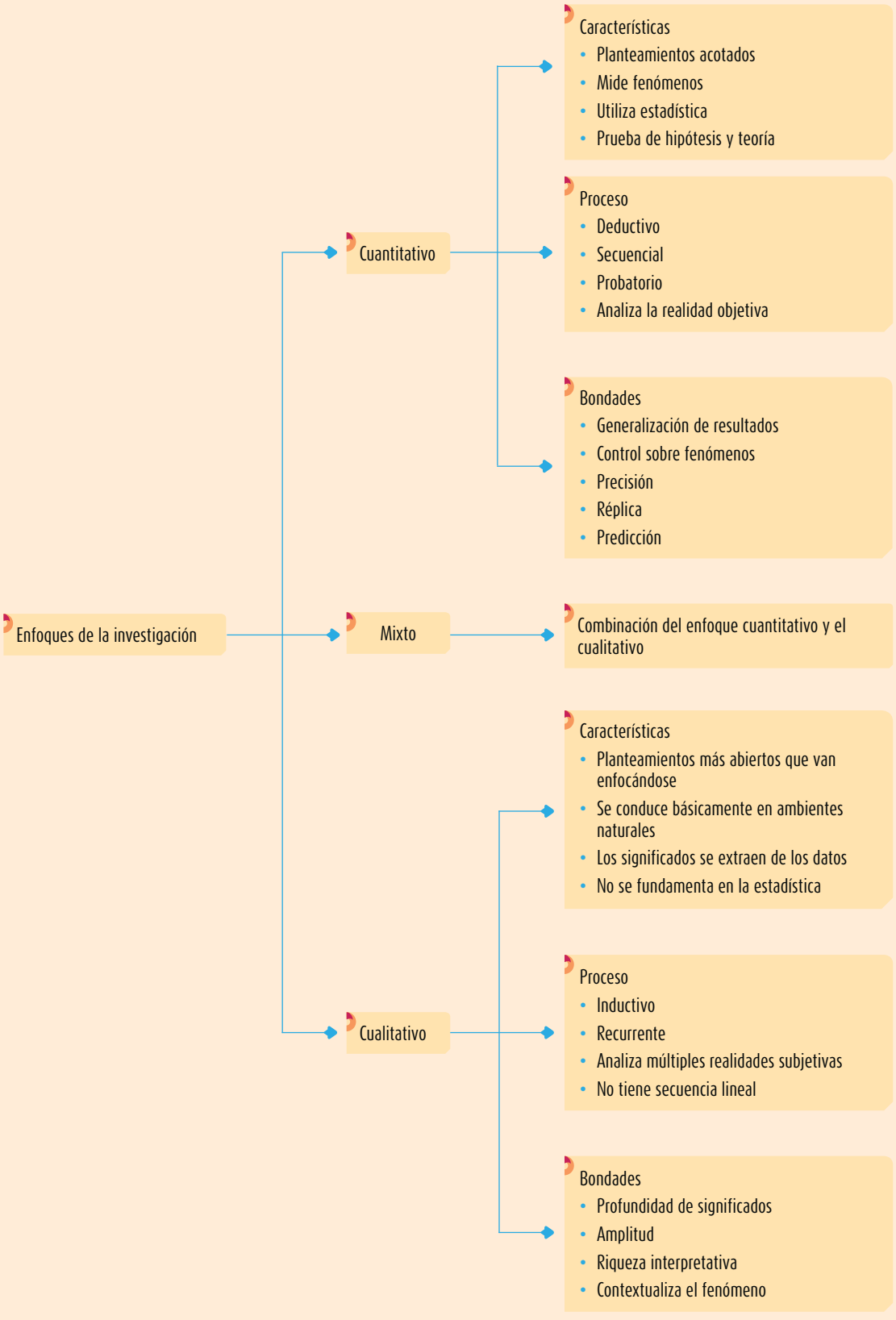
Objetivos del aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Definir los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación.
2. Reconocer las características de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa de la investigación.
3. Identificar los procesos cuantitativo y cualitativo de la investigación.
4. Determinar las similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación.

Síntesis

En el capítulo se definen los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación, sus similitudes y diferencias. Asimismo, se identifican las características esenciales de cada enfoque y se destaca que ambos han sido herramientas igualmente valiosas para el desarrollo de las ciencias. Además, se presentan en términos generales los procesos cuantitativo y cualitativo de la investigación.



Nota: En el centro de recursos en línea de esta obra, el lector podrá revisar el capítulo 1 adicional con información sobre la historia de los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto; asimismo, en el capítulo 17 (parte 4 del libro) se introducen los métodos mixtos, que se complementan con el capítulo 12 del centro de recursos en línea, "Ampliación de los métodos mixtos".

Centro de recursos en línea

¿Cómo se define la investigación?

La **investigación** es un conjunto de procesos sistemáticos, críticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema.

¿Qué enfoques se han presentado en la investigación?

1

A lo largo de la historia de la ciencia han surgido diversas corrientes de pensamiento (como el empirismo, el materialismo dialéctico, el positivismo, la fenomenología, el estructuralismo) y diversos marcos interpretativos, como el realismo y el constructivismo, que han abierto diferentes rutas en la búsqueda del conocimiento. No se profundizará por ahora en ellas; su revisión, aunque breve, se incluye en el centro de recursos en línea, en: http://www.mhhe.com/he/hmi6e de esta edición.[1] Sin embargo, y debido a las diferentes premisas que las sustentan, desde el siglo pasado tales corrientes se "polarizaron" en dos aproximaciones principales de la investigación: el enfoque cuantitativo y el enfoque cualitativo.[2]

Centro de recursos en línea

Ambos enfoques emplean procesos cuidadosos, metódicos y empíricos en su esfuerzo para generar conocimiento, por lo que la definición previa de investigación se aplica a los dos por igual. En términos generales, estos métodos utilizan cinco estrategias similares y relacionadas entre sí (Grinnell, 1997):

1. Llevan a cabo la observación y evaluación de fenómenos.
2. Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizadas.
3. Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
4. Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
5. Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para esclarecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas o incluso para generar otras.

Sin embargo, aunque las aproximaciones cuantitativa y cualitativa comparten esas estrategias generales, cada una tiene sus propias características.

¿Qué características posee el enfoque cuantitativo de investigación?

2

El **enfoque cuantitativo** (que representa, como dijimos, un conjunto de procesos) es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos "brincar" o eludir pasos.[3] El orden es riguroso, aunque desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va acotándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco o una perspectiva teórica. De las preguntas se establecen hipótesis y determinan variables; se traza un plan para probarlas (diseño); se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas utilizando métodos estadísticos, y se extrae una serie de conclusiones

Enfoque cuantitativo Utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías.

Centro de recursos en línea

[1] En el centro de recursos en línea: http://www.mhhe.com/he/hmi6e, el lector encontrará un capítulo sobre los antecedentes de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa (véase el primer capítulo de los adicionales: "Historia de los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto").

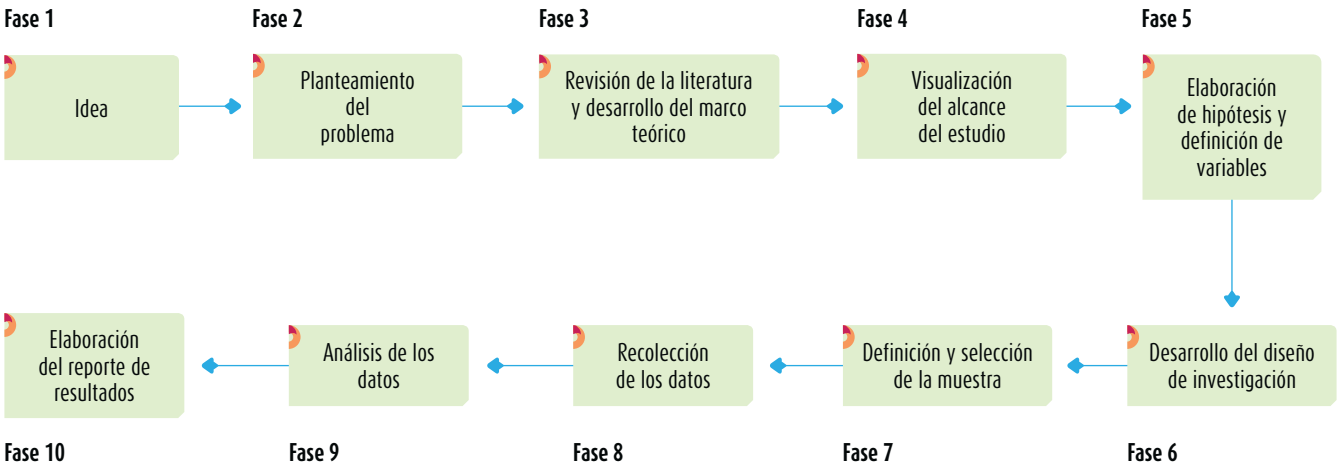
[2] El significado original del término "cuantitativo" (del latín *quantitas*) se remite a conteos numéricos y métodos matemáticos, mientras que la palabra "cualitativa" (del latín *qualitas*) hace referencia a la naturaleza, carácter y propiedades de los fenómenos (Niglas, 2010), y aunque en el centro de recursos en línea se profundiza más en este tema, por ahora basta decir que el enfoque cuantitativo en las ciencias sociales se origina fundamentalmente en la obra de Auguste Comte (1798-1857) y Émile Durkheim (1858-1917). Ellos propusieron que el estudio de los fenómenos sociales requiere ser "científico", es decir, susceptible a la aplicación del mismo método que se utilizaba con éxito en las ciencias naturales. Tales autores sostenían que todas las "cosas" o fenómenos que estudiaban las ciencias eran medibles. A esta corriente se le llama positivismo.

El enfoque cualitativo tiene su origen en otro pionero de las ciencias sociales: Max Weber (1864-1920), quien introdujo el término *verstehen* (en alemán, "entender"), reconociendo que además de la descripción y medición de variables sociales, deben considerarse los significados subjetivos y la comprensión del contexto en el que ocurre el fenómeno. Weber propuso un método híbrido, con herramientas como los tipos ideales, en el que los estudios no sean únicamente de variables macrosociales, sino de instancias individuales.

[3] Por ejemplo, no podemos definir y seleccionar la muestra si aún no hemos establecido las hipótesis. Tampoco es posible recolectar o analizar datos si previamente no hemos desarrollado el diseño o no hemos definido la muestra.

respecto de la o las hipótesis. Este proceso se representa en la figura 1.1 y se desarrollará en la segunda parte del libro.

Figura 1.1 Proceso cuantitativo.



El enfoque cuantitativo tiene las siguientes características: 3

1. Refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación: ¿cada cuánto ocurren y con qué magnitud?
2. El investigador o investigadora *plantea un problema de estudio delimitado y concreto* sobre el fenómeno, aunque en evolución. Sus preguntas de investigación versan sobre cuestiones específicas.
3. Una vez planteado el problema de estudio, el investigador o investigadora considera lo que se ha investigado anteriormente (la *revisión de la literatura*) y construye un *marco teórico* (la teoría que habrá de guiar su estudio), del cual deriva una o varias *hipótesis* (cuestiones que va a examinar si son ciertas o no) y las somete a prueba mediante el empleo de los diseños de investigación apropiados. Si los resultados corroboran las hipótesis o son congruentes con éstas, se aporta evidencia a su favor. Si se refutan, se descartan en busca de mejores explicaciones y nuevas hipótesis. Al apoyar las hipótesis se genera confianza en la teoría que las sustenta. Si *no* es así, se rechazan las hipótesis y, eventualmente, la teoría.
4. Así, las hipótesis (por ahora denominémoslas "creencias") se generan antes de recolectar y analizar los datos.
5. La *recolección de los datos* se fundamenta en la medición (se miden las variables o conceptos contenidos en las hipótesis). Esta recolección se lleva a cabo al utilizar procedimientos estandarizados y aceptados por una comunidad científica. Para que una investigación sea creíble y aceptada por otros investigadores, debe demostrarse que se siguieron tales procedimientos. Como en este enfoque se pretende *medir*, los fenómenos estudiados deben poder observarse o *referirse* al "mundo real".
6. Debido a que los datos son producto de mediciones, se representan mediante números (cantidades) y se deben *analizar* con *métodos estadísticos*.
7. En el proceso se trata de tener el mayor control para lograr que otras posibles explicaciones, distintas o "rivales" a la propuesta del estudio (hipótesis), se desechen y se excluya la incertidumbre y minimice el error. Es por esto que se confía en la experimentación o en las pruebas de causalidad.
8. Los análisis cuantitativos se interpretan a la luz de las predicciones iniciales (hipótesis) y de estudios previos (teoría). La interpretación constituye una explicación de cómo los resultados encajan en el conocimiento existente (Creswell, 2013a).

9. La investigación cuantitativa debe ser lo más "objetiva" posible.[4] Los fenómenos que se observan o miden no deben ser afectados por el investigador, quien debe evitar en lo posible que sus temores, creencias, deseos y tendencias influyan en los resultados del estudio o interfieran en los procesos y que tampoco sean alterados por las tendencias de otros (Unrau, Grinnell y Williams, 2005).
10. Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado (el proceso) y se debe tener presente que las decisiones críticas sobre el método se toman antes de recolectar los datos.
11. En una investigación cuantitativa se intenta generalizar los resultados encontrados en un grupo o segmento (muestra) a una colectividad mayor (universo o población). También se busca que los estudios efectuados puedan replicarse.
12. Al final, con los estudios cuantitativos se pretende confirmar y predecir los fenómenos investigados, buscando regularidades y relaciones causales entre elementos. Esto significa que la meta principal es la formulación y demostración de teorías.
13. Para este enfoque, si se sigue rigurosamente el proceso y, de acuerdo con ciertas reglas lógicas, los datos generados poseen los estándares de validez y confiabilidad, las conclusiones derivadas contribuirán a la generación de conocimiento.
14. Esta aproximación se vale de la lógica o razonamiento deductivo, que comienza con la teoría, y de ésta se derivan expresiones lógicas denominadas "hipótesis" que el investigador somete a prueba.
15. La investigación cuantitativa pretende identificar leyes "universales" y causales (Bergman, 2008).
16. La búsqueda cuantitativa ocurre en la "realidad externa" al individuo. Conviene ahora explicar cómo se concibe la realidad con esta aproximación a la investigación.

Para este fin, utilizaremos la siguiente argumentación basada en Grinnell (1997) y Creswell (2013a):

1. Hay dos realidades: la primera es *interna* y consiste en las creencias, presuposiciones y experiencias *subjetivas* de las personas, que van desde las muy vagas o generales (intuiciones) hasta las convicciones bien organizadas y desarrolladas lógicamente a través de teorías formales. La segunda realidad es *objetiva*, *externa* e *independiente* de las creencias que tengamos sobre ella (la autoestima, una ley, los mensajes televisivos, una edificación, el sida, etc., ocurren, es decir, cada una constituye una realidad a pesar de lo que pensemos de ella).
2. Esta realidad objetiva es susceptible de conocerse. Bajo esta premisa, resulta posible investigar una realidad externa y autónoma del investigador.
3. Se necesita comprender o tener la mayor cantidad de información sobre la realidad objetiva. Conocemos la realidad del fenómeno y los eventos que la rodean a través de sus manifestaciones. Para entender cada realidad (el porqué de las cosas), es necesario registrar y analizar dichos eventos. Desde luego, en el *enfoque cuantitativo* lo subjetivo existe y posee un valor para los investigadores; pero este enfoque se aboca a demostrar qué tan bien se adecua el conocimiento a la realidad objetiva. Documentar esta coincidencia constituye un propósito central de muchos estudios cuantitativos (que los efectos que consideramos que provoca una enfermedad sean "verdaderos", que captemos la relación "real" entre las motivaciones de una persona y su conducta, que un material que se supone posea determinada resistencia auténticamente la tenga, entre otros).
4. Cuando las investigaciones creíbles establezcan que la *realidad objetiva* es diferente de nuestras creencias, éstas deben modificarse para adaptarse a tal realidad, como se ve en la figura 1.2 (note el lector que la "realidad" no cambia, sino que es la misma; lo que se ajusta es el conjunto de creencias o hipótesis del investigador y, en consecuencia, la teoría).

En el caso de las ciencias sociales, el enfoque cuantitativo parte de que el mundo "social" es intrínsecamente cognoscible y todos podemos estar de acuerdo con la naturaleza de la realidad social.

[4] Desde luego, sabemos que no existe la objetividad "pura o completa".

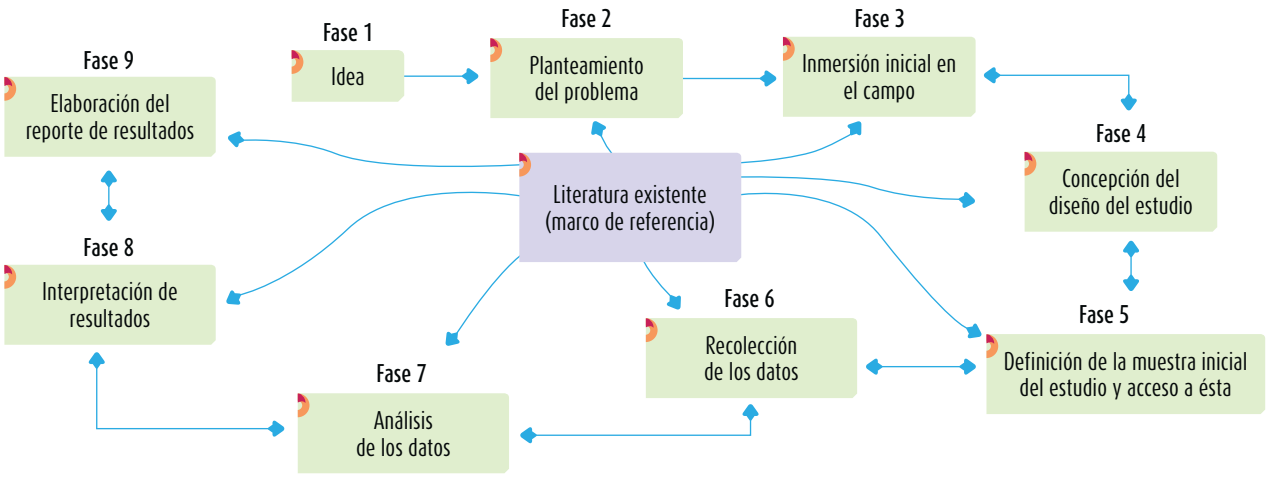
Figura 1.2 Relación entre la teoría, la investigación y la realidad en el enfoque cuantitativo.

¿Qué características posee el enfoque cualitativo de investigación?

El **enfoque cualitativo**[5] también se guía por áreas o temas significativos de investigación. Sin embargo, en lugar de que la claridad sobre las preguntas de investigación e hipótesis preceda a la recolección y el análisis de los datos (como en la mayoría de los estudios cuantitativos), los *estudios cualitativos* pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante o después de la recolección y el análisis de los datos. Con frecuencia, estas actividades sirven, primero, para descubrir cuáles son las preguntas de investigación más importantes; y después, para perfeccionarlas y responderlas. La acción indagatoria se mueve de manera dinámica en ambos sentidos: entre los hechos y su interpretación, y resulta un proceso más bien "circular" en el que la secuencia no siempre es la misma, pues varía con cada estudio. A continuación intentamos representarlo en la figura 1.3, pero cabe señalar que es simplemente eso, un intento, porque su complejidad y flexibilidad son mayores. Este proceso se despliega en la parte 3 del libro.

Enfoque cualitativo Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación.

Figura 1.3 Proceso cualitativo.



[5] Este enfoque también se conoce como investigación naturalista, fenomenológica, interpretativa o etnográfica, y es una especie de "paraguas" en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos. Según Sparkes y Smith (2014) y Savin-Baden y Major (2013), existen diversos marcos interpretativos, como el interaccionismo, la etnometodología, el constructivismo, el feminismo, la fenomenología, la psicología de los constructos personales, la teoría crítica, etc., que se incluyen en este "paraguas para efectuar estudios".

3 Para comprender la figura 1.3 es necesario observar lo siguiente:

a) Aunque ciertamente hay una revisión inicial de la literatura, ésta puede complementarse en cualquier etapa del estudio y apoyar desde el planteamiento del problema hasta la elaboración del reporte de resultados (la vinculación entre la teoría y las etapas del proceso se representa mediante flechas curvadas).

b) En la investigación cualitativa a veces es necesario regresar a etapas previas. Por ello, las flechas de las fases que van de la inmersión inicial en el campo hasta el reporte de resultados se visualizan en dos sentidos.

Por ejemplo, el primer diseño del estudio puede modificarse al definir la muestra inicial y pretender tener acceso a ésta (podría ser el caso que se desee observar a ciertas personas en su ambiente natural, pero por alguna razón descubrimos que no es factible efectuar las observaciones deseadas; en consecuencia, la muestra y los ambientes de estudio tienen que variar, y el diseño debe ajustarse). Tal fue la situación de un estudiante que deseaba observar en un penal a criminales de alta peligrosidad con ciertas características, pero le fue negado el acceso y tuvo que acudir a otra cárcel, donde entrevistó a criminales menos peligrosos.

Asimismo, al analizar los datos, podemos advertir que necesitamos un número mayor de participantes u otras personas que al principio no estaban contempladas, lo cual modifica la muestra concebida originalmente. O bien, descubrimos que debemos analizar otra clase de datos no considerados al inicio del estudio (por ejemplo, habíamos planeado efectuar únicamente entrevistas y nos encontramos con documentos valiosos de los individuos que nos pueden ayudar a comprenderlos mejor, como sería el caso de sus "diarios personales").

c) La inmersión inicial en el campo significa sensibilizarse con el ambiente o entorno en el cual se llevará a cabo el estudio, identificar informantes que aporten datos y guíen al investigador por el lugar, adentrarse y compenetrarse con la situación de investigación, además de verificar la factibilidad del estudio.

d) En el caso del proceso cualitativo, la muestra, la recolección y el análisis son fases que se realizan prácticamente de manera simultánea.

2 Además de lo anterior, el *enfoque o aproximación cualitativa* posee las siguientes características:

1. El investigador o investigadora plantea un problema, pero no sigue un proceso definido claramente. Sus planteamientos iniciales *no* son tan específicos como en el enfoque cuantitativo y las preguntas de investigación *no* siempre se han conceptualizado ni definido por completo.
2. En la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría y luego "voltear" al mundo empírico para confirmar si ésta es apoyada por los datos y resultados, el investigador comienza examinando los hechos en sí y en el proceso desarrolla una teoría coherente para representar lo que observa (Esterberg, 2002). Dicho de otra forma, las *investigaciones cualitativas* se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. Por ejemplo, en un estudio cualitativo típico, el investigador entrevista a una persona, analiza los datos que obtuvo y saca conclusiones; posteriormente, entrevista a otra persona, analiza esta nueva información y revisa sus resultados y conclusiones; del mismo modo, efectúa y analiza más entrevistas para comprender el fenómeno que estudia. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general.
3. En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos; son un resultado del estudio.
4. El enfoque se basa en métodos de recolección de datos *no* estandarizados ni predeterminados completamente. Tal recolección consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos). También resultan de interés las interacciones entre individuos, grupos y colectividades. El investigador hace preguntas más abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe, analiza y convierte en temas que vincula, y reconoce sus tendencias personales. Debido a ello, la preocupación directa del investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (o son) sentidas y experimentadas

(Sherman y Webb, 1988). Patton (2011) define los **datos cualitativos** como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones.

Datos cualitativos Evidencia o información simbólica verbal, audiovisual o en forma de texto e imágenes.

5. Así, el investigador cualitativo utiliza técnicas para recolectar datos, como la observación no estructurada, entrevistas abiertas, revisión de documentos, discusión en grupo, evaluación de experiencias personales, registro de historias de vida, e interacción e introspección con grupos o comunidades.
6. El proceso de indagación es más flexible y se mueve entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en "reconstruir" la realidad, tal como la observan los actores de un sistema social definido previamente. Es *holístico*, porque se precia de considerar el "todo"[6] sin reducirlo al estudio de sus partes.
7. La aproximación cualitativa evalúa el desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación de la realidad (Corbetta, 2003).
8. La investigación cualitativa se fundamenta en una perspectiva interpretativa centrada en el entendimiento del significado de las acciones de seres vivos, sobre todo de los humanos y sus instituciones (busca interpretar lo que va captando activamente).
9. Postula que la "realidad" se define a través de las interpretaciones de los participantes en la investigación respecto de sus propias realidades. De este modo, convergen varias "realidades", por lo menos la de los participantes, la del investigador y la que se produce en la interacción de todos los actores. Además, son realidades que van modificándose conforme transcurre el estudio y son las fuentes de datos.
10. Por lo anterior, el investigador se introduce en las experiencias de los participantes y construye el conocimiento, siempre consciente de que es parte del fenómeno estudiado. Así, en el centro de la investigación está situada la diversidad de ideologías y cualidades únicas de los individuos.
11. Las indagaciones cualitativas no pretenden generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más amplias ni obtener necesariamente muestras representativas; incluso, regularmente no pretenden que sus estudios lleguen a repetirse.
12. El enfoque cualitativo puede concebirse como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo "visible", lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es *naturalista* (porque estudia los fenómenos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales y en su cotidianidad) e *interpretativo* (pues intenta encontrar sentido a los fenómenos en función de los significados que las personas les otorguen).

En la aproximación cualitativa hay una variedad de concepciones o marcos de interpretación, que guardan un común denominador: todo individuo, grupo o sistema social tiene una manera única de ver el mundo y entender situaciones y eventos, la cual se construye por el inconsciente, lo transmitido por otros y por la experiencia, y mediante la investigación, debemos tratar de comprenderla en su contexto.

Creswell (2013b) y Neuman (1994) sintetizan las actividades principales del investigador o investigadora cualitativa con los siguientes comentarios:

- Adquiere un punto de vista "interno" (desde dentro del fenómeno), aunque mantiene una perspectiva analítica o cierta distancia como observador externo.
- Utiliza diversas técnicas de investigación y habilidades sociales de una manera flexible, de acuerdo con los requerimientos de la situación.
- No define las variables con el propósito de manipularlas experimentalmente.
- Produce datos en forma de notas extensas, diagramas, mapas o "cuadros humanos" para generar descripciones bastante detalladas.

[6] Aquí el "todo" es el fenómeno de interés. Por ejemplo, en su libro *Police Work*, Peter Manning (1997) se sumerge por semanas en el estudio y análisis del trabajo policiaco. Le interesa comprender las relaciones y lealtades que surgen entre personas que se dedican a esta profesión. Lo logra sin "medición" de actitudes, tan sólo captando el fenómeno mismo de la vida en la policía.

- Extrae significado de los datos y no necesita reducirlos a números ni debe analizarlos estadísticamente (aunque el conteo puede utilizarse en el análisis).
- Entiende a los participantes que son estudiados y desarrolla una empatía hacia ellos; no sólo registra hechos "objetivos".
- Mantiene una doble perspectiva: analiza los aspectos explícitos, conscientes y manifiestos, así como aquellos implícitos, inconscientes y subyacentes. En este sentido, la realidad subjetiva en sí misma es objeto de estudio.
- Observa los procesos sin irrumpir, alterar ni imponer un punto de vista externo, sino tal como los perciben los actores del sistema social.
- Es capaz de manejar paradojas, incertidumbres, dilemas éticos y ambigüedades.

¿Cuáles son las diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo?

El *enfoque cualitativo* busca principalmente la "dispersión o expansión" de los datos e información, mientras que el *enfoque cuantitativo* pretende "acotar" intencionalmente la información (medir con precisión las variables del estudio, tener "foco").[7]

4

Mientras que un estudio cuantitativo se basa en investigaciones previas, el estudio cualitativo se fundamenta primordialmente en sí mismo. El cuantitativo se utiliza para consolidar las creencias (formuladas de manera lógica en una teoría o un esquema teórico) y establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población; y el cualitativo, para que el investigador se forme creencias propias sobre el fenómeno estudiado, como lo sería un grupo de personas únicas o un proceso particular.

Para reforzar las características de ambas aproximaciones y ahondar en sus diferencias, hemos preferido compararlas en la tabla 1.1. Algunas concepciones han sido adaptadas o reformuladas de diversos autores.[8]

Tabla 1.1 Diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo

Definiciones (dimensiones)	Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo
Marcos generales de referencia básicos	Positivismo, neopositivismo y pospositivismo.	Fenomenología, constructivismo, naturalismo, interpretativismo.
Punto de partida*	Hay una realidad que conocer. Esto puede hacerse a través de la mente.	Hay una realidad que descubrir, construir e interpretar. La realidad es la mente.
Realidad que se va a estudiar	Existe una realidad objetiva única. El mundo es concebido como externo al investigador.	Existen varias realidades subjetivas construidas en la investigación, las cuales varían en su forma y contenido entre individuos, grupos y culturas. Por ello, el investigador cualitativo parte de la premisa de que el mundo social es "relativo" y sólo puede ser entendido desde el punto de vista de los actores estudiados.

* Becker (1993) dice: la "realidad" es el punto más estresante en las ciencias sociales. Las diferencias entre los dos enfoques han tenido un tinte eminentemente ideológico. El gran filósofo alemán Karl Popper (1965) explica que las visiones conflictivas sobre lo que es o debe ser el estudio del fenómeno social se originan en las premisas de diferentes definiciones de lo que es la realidad. El realismo, desde Aristóteles, establece que el mundo llega a ser conocido por la mente. Kant introduce que el mundo puede ser conocido porque la realidad se asemeja a las formas que la mente tiene. En tanto que Hegel va hacia un idealismo puro y propone: "El mundo es mi mente". Esto último es ciertamente confuso, y así lo considera Popper, advirtiendo que el gran peligro de esta posición es que permite el dogmatismo (como lo ha probado con el ejemplo del materialismo dialéctico). El avance en el conocimiento, dice Popper, necesita de conceptos que podamos refutar o probar. Esta característica delimita qué es y qué no es ciencia.

(*continúa*)

[7] Usemos el ejemplo de una cámara fotográfica: en el estudio *cuantitativo* se define lo que se va a fotografiar y se toma la foto. En el *cualitativo* es como si la función de "*zoom in*" (acercamiento) y "*zoom out*" (alejamiento) se utilizaran constantemente para capturar en un área cualquier figura de interés.

[8] Miller-Cochran y Rodrigo (2014), Peters (2014), Hernández-Sampieri, Zapata y Mendoza (2013); Creswell (2013a), Morgan (2013), Hartas (2013), Shaffer (2013), Maxwell (2013), Pratt (2013), Babbie (2012), Creswell y Plano Clark (2011), Grinnell y Unrau (2011), Morris y Burkett (2011), Yin (2011), Hesee-Biber (2010), Onwuegbuzie y Combs (2010), Stake (2010), Teddlie y Tashakkori (2009), Corbin y Strauss (2007), Todd y Lobeck (2004), Corbetta (2003), Sandín (2003), Álvarez-Gayou (2003), Esterberg (2002), Guba y Lincoln (1994).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 1.1 (*continuación*)

Definiciones (dimensiones)	Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo
Naturaleza de la realidad	La realidad no cambia por las observaciones y mediciones realizadas.*	La realidad sí cambia por las observaciones y la recolección de datos.
Objetividad	Busca ser objetivo.	Admite subjetividad.
Metas de la investigación	Describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos (causalidad). Generar y probar teorías.	Describir, comprender e interpretar los fenómenos, a través de las percepciones y significados producidos por las experiencias de los participantes.
Lógica	Se aplica la lógica deductiva. De lo general a lo particular (de las leyes y teoría a los datos).	Se aplica la lógica inductiva. De lo particular a lo general (de los datos a las generalizaciones —no estadísticas— y la teoría).
Relación entre ciencias físicas/naturales y sociales	Las ciencias físicas/naturales y las sociales son una unidad. A las ciencias sociales pueden aplicárseles los principios de las ciencias naturales.	Las ciencias físicas/naturales y las sociales son diferentes. No se aplican los mismos principios.
Posición personal del investigador	Neutral. El investigador "hace a un lado" sus propios valores y creencias. La posición del investigador es "imparcial", intenta asegurar procedimientos rigurosos y "objetivos" de recolección y análisis de los datos, así como evitar que sus sesgos y tendencias influyan en los resultados.	Explícita. El investigador reconoce sus propios valores y creencias, incluso son fuentes de datos parte del estudio.
Papel de los fenómenos estudiados (objetos, seres vivos, etcétera)	Los papeles son más bien pasivos.	Los papeles son más bien activos (incluso los objetos pueden poseer diferentes "significados").
Relación básica entre el investigador y el fenómeno estudiado	De independencia y neutralidad, no se afectan. Se separan.	De interdependencia, se influyen. No se separan.
Uso de la teoría	La teoría se utiliza para ajustar sus postulados al "mundo empírico".	La teoría es un marco de referencia.
Generación de la teoría	La teoría se genera a partir de comparar la investigación previa con los resultados del estudio. De hecho, éstos son una extensión de las investigaciones antecedentes.	La teoría se construye básicamente a partir de los datos empíricos obtenidos y analizados y, desde luego, se compara con los resultados de estudios anteriores.
Papel de la revisión de la literatura	La literatura representa un papel crucial, guía a la investigación. Es fundamental para el planteamiento, la definición de la teoría, las hipótesis, el diseño y demás etapas del proceso.	La literatura desempeña un papel menos importante al inicio, aunque sí es relevante en el desarrollo del proceso. En ocasiones, provee de dirección, pero lo que principalmente señala el rumbo es la evolución de eventos durante el estudio y el aprendizaje que se obtiene de los participantes.
La revisión de la literatura y las variables o conceptos de estudio	El investigador hace una revisión de la literatura principalmente para buscar variables significativas que puedan ser medidas.	El investigador, más que fundamentarse en la revisión de la literatura para seleccionar y definir las variables o conceptos clave del estudio, confía en el proceso mismo de investigación para identificarlos y descubrir cómo se relacionan.
Hipótesis	Se prueban hipótesis. Éstas se establecen para aceptarlas o rechazarlas dependiendo del grado de certeza (probabilidad).	Se generan hipótesis durante el estudio o al final de éste.
Diseño de la investigación	Estructurado, predeterminado (precede a la recolección de los datos).	Abierto, flexible, construido durante el trabajo de campo o realización del estudio.

(*continúa*)

*Aunque algunos físicos al estudiar las partículas se han percatado de lo relativo que resulta esta aseveración.

Tabla 1.1 (*continuación*)

Definiciones (dimensiones)	Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo
Población-muestra	El objetivo es generalizar los datos de una muestra a una población (de un grupo pequeño a uno mayor).	Regularmente no se pretende generalizar los resultados obtenidos en la muestra a una población.
Muestra	Se involucran a muchos casos en la investigación porque se pretende generalizar los resultados del estudio.	Se involucran a unos cuantos casos porque no se pretende necesariamente generalizar los resultados del estudio, sino analizarlos intensivamente.
Composición de la muestra	Casos que en conjunto son estadísticamente representativos.	Casos individuales, representativos no desde el punto de vista estadístico, sino por sus "cualidades".
Naturaleza de los datos	La naturaleza de los datos es cuantitativa (datos numéricos).	La naturaleza de los datos es cualitativa (textos, narraciones, significados, etcétera).
Tipo de datos	Datos confiables y duros. En inglés: *hard*.	Datos profundos y enriquecedores. En inglés: *soft*.
Recolección de los datos	La recolección se basa en instrumentos estandarizados. Es uniforme para todos los casos. Los datos se obtienen por observación, medición y documentación. Se utilizan instrumentos que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos o se generan nuevos basados en la revisión de la literatura y se prueban y ajustan. Las preguntas, ítems o indicadores utilizados son específicos con posibilidades de respuesta o categorías predeterminadas.	La recolección de los datos está orientada a proveer de un mayor entendimiento de los significados y experiencias de las personas. El investigador es el instrumento de recolección de los datos, se auxilia de diversas técnicas que se desarrollan durante el estudio. Es decir, no se inicia la recolección de los datos con instrumentos preestablecidos, sino que el investigador comienza a aprender por observación y descripciones de los participantes y concibe formas para registrar los datos que se van refinando conforme avanza la investigación.
Concepción de los participantes en la recolección de datos	Los participantes son fuentes externas de datos.	Los participantes son fuentes internas de datos. El investigador también es un participante.
Finalidad del análisis de los datos	Describir las variables y explicar sus cambios y movimientos.	Comprender a las personas, procesos, eventos y sus contextos.
Características del análisis de los datos	• Sistemático y estandarizado. Utilización intensiva de la estadística (descriptiva e inferencial). • Basado en variables y casos (una matriz). • Impersonal. • Posterior a la recolección de los datos.	• Progresivo y varía dependiendo del modo en que se recolecten los datos y el tipo de éstos (textuales, simbólicos, en audio y/o video). • Fundamentado en la inducción analítica. • Uso moderado de la estadística (conteo, algunas operaciones aritméticas). • Basado en casos o personas y sus manifestaciones. • El análisis consiste en describir información y desarrollar temas.
Forma de los datos para analizar	Los datos son representados en forma de números que son analizados estadísticamente.	Datos en forma de textos, imágenes, piezas audiovisuales, documentos y objetos personales.
Proceso del análisis de los datos	El análisis se inicia con ideas preconcebidas, basadas en las hipótesis formuladas. Una vez recolectados los datos numéricos, éstos se transfieren a una matriz, la cual se analiza mediante procedimientos estadísticos.	Por lo general, el análisis no se inicia con ideas preconcebidas sobre cómo se relacionan los conceptos o variables. Conforme se van reuniendo los datos verbales, en texto y/o audiovisuales, se integran en una base de datos, la cual se analiza para determinar significados y describir el fenómeno estudiado desde el punto de vista de sus actores. Se conjuntan descripciones de participantes con las del investigador.

(*continúa*)

Tabla 1.1 (*continuación*)

Definiciones (dimensiones)	Enfoque cuantitativo	Enfoque cualitativo
Perspectiva del investigador en el análisis de los datos	Externa (al margen de los datos). El investigador no involucra sus creencias ni tendencias en el análisis. Mantiene distancia de éste.	Interna (desde los datos). El investigador involucra en el análisis sus propias creencias, así como la relación que tuvo con los participantes del estudio.
Principales criterios de evaluación en la recolección y análisis de los datos	Objetividad, rigor, confiabilidad y validez.	Credibilidad, confirmación, valoración, representatividad de voces y transferencia.
Presentación de resultados	Tablas, diagramas y modelos estadísticos. El formato de presentación es relativamente estándar.	El investigador emplea una variedad de formatos para reportar sus resultados: narraciones, fragmentos de textos, videos, audios, fotografías y mapas; diagramas, matrices y modelos conceptuales.
Reporte de resultados	Los reportes utilizan un tono objetivo, impersonal, no emotivo.	Los reportes utilizan un tono personal y emotivo.

Con el propósito de que el lector que se inicia en estos menesteres tenga una idea de la diferencia entre ambas aproximaciones, utilizaremos un ejemplo muy sencillo y cotidiano relativo a la atracción física, aunque a algunas personas podría parecerles simple. Desde luego, en el ejemplo no se consideran las implicaciones paradigmáticas que se encuentran detrás de cada enfoque, pero sí se hace hincapié en que, en términos prácticos, ambos contribuyen al conocimiento de un fenómeno.

Ejemplo

Comprensión de los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación

Supongamos que un estudiante se encuentra interesado en saber qué factores intervienen para que una persona sea definida y percibida como "atractiva y conquistadora" (que cautiva a individuos del género opuesto y logra que se sientan atraídos hacia él o ella y se enamoren). Entonces, decide llevar a cabo un estudio (su idea para investigar) en su escuela.

Según el enfoque cuantitativo-deductivo, el estudiante plantearía su problema de investigación definiendo su objetivo y su pregunta (lo que quiere hacer y lo que quiere saber).

Por ejemplo, el objetivo podría ser: "conocer los factores que determinan que una persona joven sea percibida como atractiva y conquistadora", y la pregunta de investigación: "¿qué factores determinan que una persona joven sea percibida como atractiva y conquistadora?"

Después, revisaría estudios sobre la atracción física y psicológica en las relaciones entre jóvenes, la percepción de los jóvenes en torno a dichas relaciones, los elementos que intervienen en el inicio de la convivencia amorosa, las diferencias por género de acuerdo con los atributos y cualidades que les atraen de los demás, etcétera.

Precisaría su problema de investigación. Seleccionaría una teoría que explicara de manera satisfactoria —sobre la base de estudios previos— la atracción física y psicológica, la percepción de atributos y cualidades deseables en personas del género opuesto y el enamoramiento en las relaciones entre jóvenes; asimismo, y de ser posible, establecería una o varias hipótesis. Por ejemplo: "los chicos y las chicas que logran más conquistas amorosas y son percibidos como más 'atractivos' resultan ser aquellos que tienen mayor prestigio social en la escuela, que son más seguros de sí mismos y más extravertidos".

Después, podría entrevistar a compañeras y compañeros de su escuela y los interrogaría sobre el grado en que el prestigio social, la seguridad en uno mismo y la extraversión influyen en la "conquista" y "el atractivo" hacia personas del otro género. Incluso llegaría a utilizar cuestionarios ya establecidos, bien diseñados y confiables. Tal vez entrevistaría sólo a una muestra de estudiantes. También sería posible preguntar a las personas jóvenes que tienen fama de conquistadoras y atractivas qué piensan al respecto.

Además, analizaría los datos y la información producto de las entrevistas para obtener conclusiones acerca de sus hipótesis. Quizá también experimentaría eligiendo a individuos jóvenes que tuvieran diferentes grados de prestigio, seguridad y extraversión (niveles del perfil "conquistador y atractivo"), lanzándolos a conquistar a jóvenes del género opuesto para evaluar los resultados.

Su interés sería generalizar sus descubrimientos, al menos en relación con lo que ocurre en su comunidad estudiantil. Busca probar sus creencias, y si resulta que *no* consigue demostrar que el prestigio, la seguridad en sí mismo y la extraversión son factores relacionados con la conquista y el atractivo, intentaría otras explicaciones. Tal vez agregaría factores como la manera en que se visten, si son cosmopolitas (si han viajado mucho,

Un tema de la investigación cuantitativa-deductiva podría ser el siguiente: "¿Qué factores determinan que una persona joven sea percibida como atractiva y conquistadora?

conocen otras culturas), la inteligencia emocional y otros aspectos.

En el proceso irá deduciendo de la teoría lo que encuentra en su estudio. Desde luego, si la teoría que seleccionó es inadecuada, sus resultados serán insuficientes.

Con el enfoque cualitativo-inductivo, más que comenzar revisando las teorías sobre ciertos factores, lo que haría el estudiante sería sentarse en la cafetería a observar a chicos y chicas que tienen fama de ser atractivos y conquistadores. Observaría a la primera persona joven que considere que tiene esas características, la analizaría y formaría un concepto de ella (¿cómo es?, ¿qué perfil tiene?, ¿cómo se comporta?, ¿cuáles son sus atributos y cualidades?, ¿de qué forma se relaciona con los demás?). Asimismo, sería testigo de cómo conquista a compañeros. Así, llegaría a algunas conclusiones. Posteriormente haría lo mismo (observar) con otras personas jóvenes. Poco a poco entendería por qué son percibidos esos compañeros como atractivos y conquistadores. De ahí, podría derivar algún esquema que explique las razones por las cuales estas personas conquistan a otras.

Después entrevistaría, por medio de preguntas abiertas, a estudiantes de ambos géneros (percibidos como atractivos) y también a quienes han sido conquistados por ellos. De ahí, de nueva cuenta, derivaría hallazgos y sacaría conclusiones, y podría fundamentar algunas hipótesis, que al final contrastaría con las de otros estudios. No sería indispensable obtener una muestra representativa ni generalizar sus resultados. Pero al ir conociendo caso por caso, entendería las experiencias de los sujetos conquistadores atractivos y de los conquistados.

Su proceder sería inductivo: de los casos estudiados obtendría quizás el perfil que busca y el significado de conquistar.

Debemos insistir en que tanto en el proceso cuantitativo como cualitativo es posible regresar a una etapa previa. Asimismo, el planteamiento siempre es susceptible de modificarse, esto es, se encuentra en evolución.

En ambos procesos, las técnicas de recolección de los datos pueden ser múltiples. Por ejemplo, en la investigación cuantitativa: cuestionarios cerrados, registros de datos estadísticos, pruebas estandarizadas, sistemas de mediciones fisiológicas, aparatos de precisión, etc. En los estudios cualitativos: entrevistas exhaustivas, pruebas proyectivas, cuestionarios abiertos, sesiones de grupos, biografías, revisión de archivos, observación, entre otros.

Finalmente, para terminar de responder a la pregunta de este apartado, en la tabla 1.2 se comparan las etapas fundamentales de ambos procesos.

Tabla 1.2* Comparación de las etapas de investigación de los procesos cuantitativo y cualitativo

Características cuantitativas	Procesos fundamentales del proceso general de investigación	Características cualitativas
• Fundamentado en la revisión analítica de la literatura • Orientación hacia la descripción, predicción y explicación • Específico y acotado • Centrado en variables • Dirigido hacia datos medibles u observables	← Planteamiento del problema →	• Basado en la literatura y las experiencias iniciales • Orientación hacia la exploración, la descripción y el entendimiento • Emergente y abierto que va enfocándose conforme se desarrolla el proceso • Dirigido a las experiencias de los participantes

(*continúa*)

* Adaptado de Hernández-Sampieri (2014) y Creswell (2013a).

Tabla 1.2 (*continuación*)

Características cuantitativas	Procesos fundamentales del proceso general de investigación	Características cualitativas
• Direcciona el proceso • Justifica el planteamiento y la necesidad del estudio	Revisión de la literatura	• Contextualiza el proceso • Justifica el planteamiento y la necesidad del estudio
• Generalmente predeterminadas, se prueban	Hipótesis	• Generalmente emergentes
• Preestablecidos, se implementan "al pie de la letra"	Diseños	• Emergentes, se implantan de acuerdo con el contexto y circunstancias
• El tamaño depende de qué tan grande sea la población (un número representativo de casos). Se determina a partir de fórmulas y estimaciones de probabilidad	Selección de la muestra	• El tamaño depende de que comprendamos el fenómeno bajo estudio (casos suficientes). La muestra se determina de acuerdo al contexto y necesidades
• Instrumentos predeterminados • Antes de proceder al análisis se recaban todos los datos	Recolección de los datos	• Los instrumentos se van afinando • Los datos emergen paulatinamente
• Los datos encajan en categorías predeterminadas • Análisis estadístico • Descripción de tendencias, contraste de grupos o relación entre variables • Comparación de resultados con predicciones y estudios previos	Análisis de los datos	• Los datos generan categorías • Análisis temático • Descripción, análisis y desarrollo de temas • Significado profundo de los resultados
• Distribuciones de variables, coeficientes, tablas y figuras que relacionan variables, así como modelos matemáticos y estadísticos	Presentación de resultados	• Categorías, temas y patrones; tablas y figuras que asocian categorías, materiales simbólicos y modelos
• Estándar • Objetivo y sin tendencias	Reporte de resultados	• Emergente y flexible • Reflexivo y con aceptación de tendencias

¿Cuál de los dos enfoques es el mejor?

Durante décadas, las aproximaciones cuantitativa y cualitativa fueron vistas como una dicotomía (en el sentido de "rivalidad") al emprender una investigación (como "blanco y negro"), pero hoy en día la mayoría de los metodólogos las consideran como extremos en un continuo en el cual se puede situar cualquier estudio (Creswell, 2013a, Niglas, 2010). Es decir, el mundo no es nada más en blanco o negro, sino que abarca una amplísima gama de colores. Esta noción se amplía en esta obra, particularmente en el último capítulo y en varios capítulos y documentos del centro de recursos en línea.

Por ello, no debemos verlos como enfoques rivales o en competencia que los investigadores pueden seguir. Desde nuestro punto de vista, ambos son muy valiosos y han servido para dar notables aportaciones al avance del conocimiento. Ninguno es intrínsecamente mejor que el otro, sólo constituyen diferentes aproximaciones al estudio de un fenómeno (como dijimos, parte de un continuo). La *investigación cuantitativa* ofrece la posibilidad de generalizar los resultados más ampliamente, otorga control sobre los fenómenos, así como un punto de vista basado en conteos y magnitudes. También, brinda una gran posibilidad de repetición y se centra en puntos específicos de tales fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares.

Por su parte, la *investigación cualitativa* proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. Asimismo, aporta un punto de vista "fresco, natural y holístico" de los fenómenos, así como flexibilidad.

Desde luego, el método cuantitativo ha sido el más usado por ciencias como la Física, Química y Biología ("exactas o naturales"), porque es el más apropiado para los fenómenos que estudian. El método cualitativo se ha empleado más bien en disciplinas humanísticas como la Antropología, la Sociología y la Psicología social.

No obstante, ambos tipos de estudio son de utilidad para todos los campos, como lo demostraremos a lo largo de la presente obra. Por ejemplo, un ingeniero civil puede llevar a cabo una investigación para construir un gran edificio. Emplearía estudios cuantitativos y cálculos matemáticos para levantar su construcción y analizaría datos estadísticos referentes a la resistencia de materiales y estructuras similares, construidas en subsuelos iguales bajo las mismas condiciones. Pero también puede enriquecer el estudio realizando entrevistas abiertas a ingenieros muy experimentados que le transmitirían sus vivencias, problemas que enfrentaron y las soluciones implantadas. Asimismo, podría platicar con futuros usuarios de la edificación para conocer sus necesidades y adaptarse a éstas.

Un estudioso de los efectos de una devaluación en la economía de un país complementaría sus análisis cuantitativos con sesiones en profundidad con expertos y un análisis histórico (tanto cuantitativo como cualitativo) de los hechos.

Un analista de la opinión pública, al investigar los factores que más inciden en la votación de las próximas elecciones reuniría grupos de enfoque con discusión abierta (cualitativos), además de encuestas por muestreo (cuantitativas).

Un médico que indague sobre qué elementos debe tener en cuenta para tratar a pacientes en fase terminal, para que enfrenten su situación de mejor manera, revisaría las teorías vigentes, consultaría investigaciones cuantitativas y cualitativas al respecto para efectuar una serie de observaciones estructuradas de la relación médico-paciente en casos terminales (muestreando actos de comunicación y cuantificándolos). Además, entrevistaría a enfermos y médicos mediante técnicas cualitativas, organizaría grupos de enfermos para que hablen abiertamente de dicha relación y del trato que desean. Al terminar puede establecer sus conclusiones y obtener preguntas de investigación, hipótesis o áreas de estudio nuevas.

De hecho, el diagnóstico clínico de un médico se fundamenta tanto en análisis de laboratorio (cuantitativos) como en la entrevista (cualitativa), así como en la revisión del expediente que contiene datos cuantitativos y anotaciones cualitativas.

Como ya se comentó, en el pasado se consideró que los enfoques cuantitativo y cualitativo eran perspectivas opuestas, irreconciliables y que no debían mezclarse. Los críticos del *enfoque cuantitativo* lo acusaron de ser "impersonal, frío, reduccionista, limitativo, cerrado y rígido". Además, consideraron que se estudiaba a las personas como "objetos" y que las diferencias individuales y culturales entre grupos no podían promediarse ni agruparse estadísticamente. Por su parte, los detractores del *enfoque cualitativo* lo consideraron "vago, subjetivo, inválido, meramente especulativo, sin posibilidad de réplica y sin datos sólidos que apoyaran las conclusiones". Argumentaban que no se tiene control sobre las variables estudiadas y que se carece del poder de entendimiento que generan las mediciones.

El divorcio entre ambos enfoques se originó por la idea de que un estudio con un enfoque podía neutralizar al otro. Se trató de una noción que impedía la reunión de los enfoques cuantitativo y cualitativo.

La posición asumida en esta obra siempre ha sido que son enfoques complementarios, es decir, cada uno se utiliza respecto a una función para conocer un fenómeno y conducirnos a la solución de los diversos problemas y cuestionamientos. El investigador debe ser metodológicamente plural y guiarse por el contexto, la situación, los recursos de que dispone, sus objetivos y el problema de estudio. En efecto, se trata de una postura pragmática.

A continuación ofreceremos ejemplos de investigaciones que, utilizando uno u otro enfoque, se dirigieron fundamentalmente al mismo fenómeno de estudio (tabla 1.3).

Tabla 1.3 Ejemplos de estudios cuantitativos y cualitativos dirigidos al mismo tema de investigación

Tema-objeto de estudio/alcance	Estudios cuantitativos	Estudios cualitativos
La familia	María Elena Oto Mishima (1994): *Las migraciones a México y la conformación paulatina de la familia mexicana.*	Gabriel Careaga (1977): *Mitos y fantasías de la clase media en México.*
Alcance del estudio	Descripción de la procedencia de los inmigrantes a México; su integración económica y social en diferentes esferas de la sociedad.	El libro es una aproximación crítica y teórica al surgimiento de la clase media en un país poco desarrollado. El autor combina los análisis documental, político, dialéctico y psicoanalítico con la investigación social y biográfica para reconstruir tipologías o familias tipo.
La comunidad	Prodipto Roy, Frederick B. Waisanen y Everett Rogers (1969): *The impact of communication on rural development.*	Luis González y González (1995): *Pueblo en vilo*.
Alcance del estudio	Se determina cómo ocurre el proceso de comunicación de innovaciones en comunidades rurales, y se identifican los motivos para aceptar o rechazar el cambio social. Asimismo, se establece qué clase de medio de comunicación es el más eficaz.	El autor describe con detalle la microhistoria de San José de Gracia, donde se examinan y entretejen las vidas de sus pobladores con su pasado y otros aspectos de la vida cotidiana.
Las ocupaciones	Linda D. Hammond (2000): *Teacher quality and student achievement.*	Howard Becker (1951): *The professional dance musician and his audience.*
Alcance del estudio	Establece correlaciones entre estilos de enseñanza, desempeño de la ocupación docente y éxito de los alumnos.	Narración detallada de procesos de identificación y otras conductas de músicos de jazz con base en sus competencias y conocimiento de la música.
Organizaciones de trabajo	P. Marcus, P. Baptista y P. Brandt (1979): *Rural delivery systems.*	William D. Bygrave y Dan D'Heilly (editores) (1997): *The portable MBA entrepreneurship case studies.*
Alcance del estudio	Investigación que demuestra la escasa coordinación que existe en una red de servicios sociales. Recomienda las políticas a seguir para lograr que los servicios lleguen a los destinatarios.	Compendio de estudios de caso que apoyan el análisis sobre la viabilidad de nuevas empresas y los retos que enfrentan en los mercados emergentes.
El fenómeno urbano	Louis Wirth (1964): *¿Cuáles son las variables que afectan la vida social en la ciudad?*	Manuel Castells (1979): *The urban question.*
Alcance del estudio	La densidad de la población y la escasez de vivienda se establecen como influyentes en el descontento político.	El autor critica lo que tradicionalmente estudia el urbanismo, y argumenta que la ciudad no es más que un espacio donde se expresan y manifiestan las relaciones de explotación.
El comportamiento criminal*	Robert J. Sampson y John H. Laub (1993): *Crime in the making: pathways and turning points through life* (en Corbetta, 2003).	Martín Sánchez Jankowski (1991): *Islands in the street: gangs and american urban society.*
Alcance del estudio	Los investigadores reanalizaron datos recolectados entre 1939 y 1963 por un matrimonio de científicos sociales (Sheldon y Eleanor Glueck). Consideraron las variables que influyen en el comportamiento desviado de adolescentes autores de delitos.	Durante 10 años el investigador estudió a 37 pandillas de Los Ángeles, Boston y Nueva York. Jankowski convivió e incluso se integró a las bandas criminales (hasta fue arrestado y herido). Su indagación profunda se enfocó en el individuo, las relaciones entre los miembros de la pandilla y la vinculación de la banda con la comunidad.
El abuso sexual infantil y sus consecuencias en la edad adulta*	Matthew Silberman (2010): *Sexual abuse in childhood and the mentally disordered female offender.*	Claire B. Draucker y Donna S. Martsolf (2008): *Storying childhood sexual abuse.*

(*continúa*)

* En la segunda parte de esta obra y en el centro de recursos en línea del libro, el lector encontrará varios ejemplos cuantitativos y cualitativos adicionales sobre esta grave problemática.

Tabla 1.3 (*continuación*)

Tema-objeto de estudio/alcance	Estudios cuantitativos	Estudios cualitativos
Alcance del estudio	Este estudio examinó el papel que desempeñó una historia de abuso sexual infantil en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en una muestra de 321 mujeres delincuentes encarceladas en una prisión femenina de máxima seguridad. Las variables medidas y vinculadas fueron: grado de abuso (historia), salud mental, estatus de la paciente, medicación y raza.	La investigación produjo una teoría fundamentada que explica la manera como sobrevivientes de abuso sexual infantil narran sus experiencias a otras personas y sus implicaciones. Los datos fueron producto de 74 entrevistas a adultos.

Si nos fijamos en la tabla 1. 3, los estudios cuantitativos plantean relaciones entre variables con la finalidad de arribar a proposiciones precisas y hacer recomendaciones específicas. Por ejemplo, en su investigación, Rogers y Waisanen (1969) proponen que, en las sociedades rurales, la comunicación interpersonal es más eficaz que la comunicación de los medios de masas. Se espera que, en los estudios cuantitativos, los investigadores elaboren un reporte con sus resultados y ofrezcan recomendaciones aplicables a una población más amplia, las cuales servirán para la solución de problemas o la toma de decisiones.

El alcance final de los estudios cualitativos muchas veces consiste en comprender un fenómeno complejo. El acento no está en medir las variables del fenómeno, sino en entenderlo.

Tomando como ejemplo el estudio de las ocupaciones y sus efectos en la conducta individual, en la tabla 1.3 notamos la divergencia a la que nos referimos. En el clásico estudio de Howard Becker (1951) sobre el músico de jazz, el autor logra que comprendamos las reglas y los ritos en el desempeño de esta profesión. "¿Y la utilidad de su alcance?", se preguntarán algunos; pues no está solamente en comprender ese contexto, sino en que las normas que lo rigen se pueden transferir a otras situaciones de trabajo similares. Por otro lado, el estudio cuantitativo de Hammond (2000) trata de establecer con claridad variables personales y del desempeño de la profesión docente que sirvan para formular políticas de contratación y de capacitación para el magisterio. ¿Para qué? Con la finalidad de incrementar el éxito académico de los estudiantes.

Por último, la investigación de Sampson y Laub (1993) tuvo como objetivo analizar la relación entre nueve variables estructurales independientes o causas (entre otras el hacinamiento habitacional, el número de hermanos, el estatus socioeconómico, las desviaciones de los padres, etc.) y el comportamiento delictivo (variable dependiente o efecto). Es decir, generar un modelo teórico explicativo que pudiera extrapolarse a los jóvenes estadounidenses de la época en que se recolectaron los datos. Por su parte, en el estudio cualitativo de Sánchez Jankowski (1991) se pretende comprender las vivencias de los pandilleros, los motivos por los cuales se enrolaron en las bandas y el significado de ser miembro de éstas, así como comprender las relaciones entre los actores y su papel en la sociedad. En una palabra: entenderlos.

En la cuarta parte de esta obra, capítulo 17, se aborda la visión mixta que consiste en conjuntar ambos enfoques en una misma investigación, lo que Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) han denominado —metafóricamente hablando– "el matrimonio cuantitativo-cualitativo".

Resumen

- La *investigación* se define como "un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplican al estudio de un fenómeno o problema".
- Durante el siglo xx surgieron dos aproximaciones a la investigación: el *enfoque cuantitativo* y el *enfoque cualitativo*.
- En términos generales, los dos enfoques emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos para generar conocimiento.
- La definición de investigación es válida tanto para el enfoque cuantitativo como para el cualitativo. Ambos constituyen un proceso general que, a su vez, integra diversos procesos. El *proceso cuantitativo* es secuencial y probatorio. Cada etapa precede a la siguiente y no podemos "brincar" o eludir pasos, aunque desde luego, es factible redefinir alguna fase. El *proceso cualitativo* es "en espiral" o circular, en el sentido de que las etapas interactúan y no siguen una secuencia rigurosa.

- En la *aproximación cuantitativa* los planteamientos que se van a investigar son específicos y delimitados desde el inicio de un estudio. Además, las hipótesis se establecen antes de recolectar y analizar los datos. La recolección de los datos se fundamenta en la medición y el análisis, en procedimientos estadísticos.
- La *investigación cuantitativa* debe ser lo más "objetiva" posible, evitando que afecten las tendencias del investigador u otras personas.
- Los estudios cuantitativos siguen un patrón predecible y estructurado (el proceso).
- En una investigación cuantitativa se pretende generalizar los resultados encontrados en un grupo (muestra) a una colectividad mayor (población).
- La meta principal de los estudios cuantitativos es la formulación y la demostración de teorías.
- El enfoque cuantitativo utiliza la lógica o razonamiento deductivo.
- El enfoque cualitativo (también conocido como *investigación naturalista*, fenomenológica o interpretativa) es una especie de "paraguas" en el cual se incluye una variedad de concepciones, visiones, técnicas y estudios no cuantitativos. Se utiliza en primer lugar para descubrir y perfeccionar preguntas de investigación.
- En la búsqueda cualitativa, en lugar de iniciar con una teoría particular y luego "voltear" al mundo empírico para confirmar si la teoría es apoyada por los hechos, el investigador comienza examinando éstos y en el proceso desarrolla una teoría "congruente" con lo que observa y registra.
- En la mayoría de los estudios cualitativos no se prueban hipótesis, sino que se generan durante el proceso y se perfeccionan conforme se recaban más datos o son un resultado del estudio.
- Esta aproximación se basa en métodos de recolección de los datos no estandarizados. No se efectúa una medición numérica; por tanto, en lo esencial el análisis no es estadístico. La recolección de los datos consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes.
- El proceso de indagación cualitativa es flexible y se mueve entre los eventos y su interpretación, entre las respuestas y el desarrollo de la teoría. Su propósito consiste en "reconstruir" la realidad tal como la observan los actores de un sistema social definido previamente. A menudo se llama "holístico", porque se precia de considerar el todo sin reducirlo al estudio de sus partes.
- Las indagaciones cualitativas no pretenden generalizar de manera probabilística los resultados a poblaciones más amplias.
- El enfoque cualitativo busca principalmente la "dispersión o expansión" de los datos e información, mientras que el cuantitativo pretende, de manera intencional, "acotar" la información.
- Ambas aproximaciones resultan muy valiosas y han dado notables aportaciones al avance del conocimiento.
- La investigación cuantitativa brinda una gran posibilidad de repetición y un enfoque sobre puntos específicos de los fenómenos, además de que facilita la comparación entre estudios similares.
- Por su parte, la investigación cualitativa proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. También aporta un punto de vista "fresco, natural y completo" de los fenómenos, así como flexibilidad.
- Los métodos cuantitativos han sido los más usados por las ciencias llamadas exactas o naturales. Los cualitativos se han empleado más bien en disciplinas humanísticas.
- En los dos procesos las técnicas de recolección de los datos pueden ser múltiples.
- Anteriormente, al proceso cuantitativo se le equiparaba con el método científico. Hoy, tanto el proceso cuantitativo como el cualitativo son considerados formas de hacer ciencia y producir conocimiento.
- No debemos ver a los dos enfoques como aproximaciones rivales o en competencia, sino como alternativas disponibles para los investigadores, que incluso pueden ser complementarias e integrarse.

Conceptos básicos

- Análisis de los datos
- Datos cualitativos
- Datos cuantitativos
- Enfoque cualitativo
- Enfoque cuantitativo
- Hipótesis
- Lógica deductiva
- Lógica inductiva
- Proceso cualitativo
- Proceso cuantitativo
- Proceso de investigación
- Realidad
- Recolección de los datos
- Teoría

Ejercicios

1. Revise los resúmenes de un artículo científico que se refiera a un estudio cuantitativo y un artículo científico resultante de un estudio cualitativo, preferiblemente sobre un tema similar.
2. A raíz de lo que leyó en este capítulo, ¿cuáles serían las diferencias entre ambos estudios? Comente las implicaciones con su profesor y compañeros.
3. Centro de recursos en línea En el centro de recursos en línea de esta obra: http://www.mhhe.com/he/hmi6e, encontrará una serie de revistas científicas de corte cuantitativo y cualitativo para elegir los artículos (Material complementario → Apéndices → Apéndice 1. Publicaciones periódicas más importantes).
4. Se encuentran más ejercicios en el centro de recursos en línea (Material complementario → Ejercicios adicionales).

Los investigadores opinan

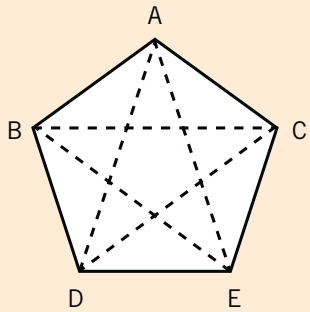
Ideas sobre qué es investigar y cómo se lleva a cabo

Empezaré citando un ejemplo que uno de mis profesores de la Universidad de Columbia me enseñó al comienzo de mi carrera.

Estás invitado(a) a una fiesta... En ella puedes conocer a un invitado particular o no conocerlo. Lo mismo le ocurre a cada uno de los invitados. Con base en esto, formulo una pregunta: ¿cuál será el mínimo número de invitados a una fiesta para que podamos garantizar que, ante cualquier relación existente entre ellos (que se conozcan o que no se conozcan), siempre encontremos al menos un grupo de tres que se conozcan entre sí, o bien, un grupo de tres que sean desconocidos? La respuesta es seis. En otras palabras, podemos asegurar que en una fiesta donde hay seis invitados, encontraremos un grupo de tres (de esos seis) donde, o bien los tres se conozcan entre ellos, o bien, los tres sean desconocidos.

No importa si has llegado o no a esta respuesta, puedes tener una idea de lo que es la investigación. De todas formas te doy algunas pistas que te faciliten llegar al resultado: imagina que toda persona invitada a una fiesta es un punto en la superficie de un papel. Dos puntos representan dos invitados; tres puntos, tres invitados; etc. Por tanto utiliza un bolígrafo para dibujar dos puntos en un papel blanco y denomínalos A y B. Estos dos invitados (A y B) se pueden conocer entre ellos o no. Si se conocen, conecta los dos puntos con una línea continua, si no, con una línea discontinua.

Podemos trasladar el dilema de la fiesta a un problema de conexión de puntos en el plano con líneas continuas o discontinuas. ¿Cuántos puntos tenemos que dibujar en un plano para que, sin importar como estén conectados (con línea continua o discontinua), se pueda asegurar que siempre se encuentra un grupo de tres donde, o bien, todos estén conectados con líneas continuas, o bien, todos se conecten con líneas discontinuas? Naturalmente una fiesta de tres no será, porque cuando, por ejemplo, A conozca a B (línea continua entre ambos) pero no conozca a C (línea discontinua entre B y C), ya no se podrá encontrar el subgrupo de tres donde todos se encuentren conectados con una línea continua o todos conectados con una línea discontinua. Ocurre lo mismo en un grupo de cuatro. Y lo mismo sucede en uno de cinco (vea la figura).



No podemos garantizar con cinco puntos que siempre encontraremos un subgrupo de tres personas donde todos estén conectados por una línea continua o todos lo estén por una línea discontinua, en cuanto que si ocurre la situación que observamos en la figura, no existe un subgrupo de tres invitados donde estén conectados por una línea continua o por una discontinua (es decir, que los tres se conozcan entre ellos o no se conozcan entre ellos). Por tanto, hemos demostrado que si ponemos menos de seis puntos en un papel, será imposible garantizar que ante cualquier situación (los diferentes invitados se conozcan entre sí o no) se encontrará un subgrupo de tres que están todos conectados con líneas continuas o discontinuas. Entonces, ¿qué pasaría con seis? Si dibujamos seis puntos en un papel blanco, ¿podemos asegurar que encontraremos siempre un subgrupo de tres donde estén todos conectados con líneas continuas o discontinuas? Se puede ver fácilmente de la siguiente forma: regresamos a la fiesta de cinco y añadimos una persona más, F. Ahora, no importa cuáles sean las combinaciones de líneas (continuas o discontinuas) con que conectamos F a las otras, siempre habrá un subgrupo de tres que esté conectado con líneas continuas o líneas discontinuas.

La siguiente pregunta es: ¿qué tamaño deberá tener la fiesta para que podamos asegurar que encontraremos al menos un grupo de cuatro invitados que, o bien, todos se conozcan entre ellos, o bien, todos sean desconocidos? Esta cuestión fue resuelta hace muchos años por el famoso matemático Erdös. La respuesta es 18 y es complicado llegar a ella, siendo hasta ahora la más simple que se conoce (de hecho, él era conocido por su devoción a la

simplicidad en investigación, así como en la vida) y requirió de más de una docena de páginas de pruebas técnicas matemáticas.

Las preguntas anteriores son las primeras y más simples del denominado "dilema de la fiesta". Ahora te debes preguntar cuál es la respuesta a la tercera cuestión: ¿qué tamaño deberá tener la fiesta para que podamos asegurar que encontraremos ante cualquier situación (que los invitados se conozcan o no), al menos un grupo de cinco invitados donde, o bien, todos se conocen entre ellos o bien, todos sean desconocidos? ¡Te sorprendería si te dijera que nadie hasta la fecha ha encontrado la respuesta a esta pregunta!

Supongo que habrás intentado contestar al menos la primera pregunta. Por tanto, déjame preguntarte algo más: ¿has encontrado alguna forma para llegar a la respuesta? Recuerda que encontrar la respuesta a la última pregunta seguramente te hará famoso instantáneamente. En resumen, la investigación no es otra cosa que encontrar respuestas satisfactorias a preguntas. Las preguntas no tienen por qué ser técnicamente complejas, a pesar de que se puedan presentar dificultades en alguna de las fases del proceso. En cambio podrían ser (de hecho las mejores lo son) simples cuestiones cotidianas. Sorprendentemente la investigación de alto nivel, cuando se expresa en términos técnicos de un campo determinado, puede sonar demasiado abstracta o muy alejada de la realidad. Pero, por increíble que parezca, suele estar originada en simples situaciones de la vida real.

Doctora Laura Galguera
Universidad de Oviedo
y Universidad de Columbia
(Estados Unidos)

Los estudiantes escuchan tanto acerca de lo difícil y aburrida que es la investigación que llegan a esta etapa de su escolaridad con la mente llena de prejuicios y actúan bajo presión, temor e, incluso, odio hacia ella.

Antes de que se ocupen en las tareas de la elaboración de un proyecto, es necesario hacerlos reflexionar sobre su actitud ante tal empresa, para que valoren la investigación en su justa dimensión, ya que no se trata de llevarlos a creer que es la panacea que solucionará todos los problemas, o que sólo en los países del primer mundo se tiene la capacidad para realizarla.

La investigación representa una más de las fuentes de conocimiento, por lo que, si decidimos ampliar sus fronteras, será indispensable llevarla a cabo con responsabilidad y ética.

Aunque la investigación cuantitativa está consolidada como la predominante en el horizonte científico internacional, en los últimos años la investigación cualitativa ha tenido mayor aceptación; por otro lado, se comienza a superar el desgastado debate de oposición entre ambos tipos.

Otro avance en la investigación lo representa internet; en el pasado, la revisión de la literatura resultaba larga y tediosa, ahora ocurre lo contrario, por lo cual el investigador puede dedicarse más al análisis de la información en vez de a escribir datos en cientos de tarjetas.

Sin embargo, aún quedan investigadores y docentes que gustan de adoptar poses radicales. Se comportan como el "niño del martillo", quien, habiendo conocido esta herramienta, toma todo aquello que encuentra a su paso como un clavo, sin la posibilidad de preguntarse si lo que necesita es un serrucho o un desarmador.

Carlos G. Alonzo Blanqueto
Profesor investigador titular
Facultad de Educación
Universidad Autónoma de Yucatán
Mérida, México

---

capítulo

2

Origen de un proyecto de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta: la idea

Para iniciar una investigación, siempre se necesita una idea; todavía no se conoce el sustituto de una buena idea.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta

Paso 1

- Concebir el tema a investigar.
- Generar la idea que será estudiada.

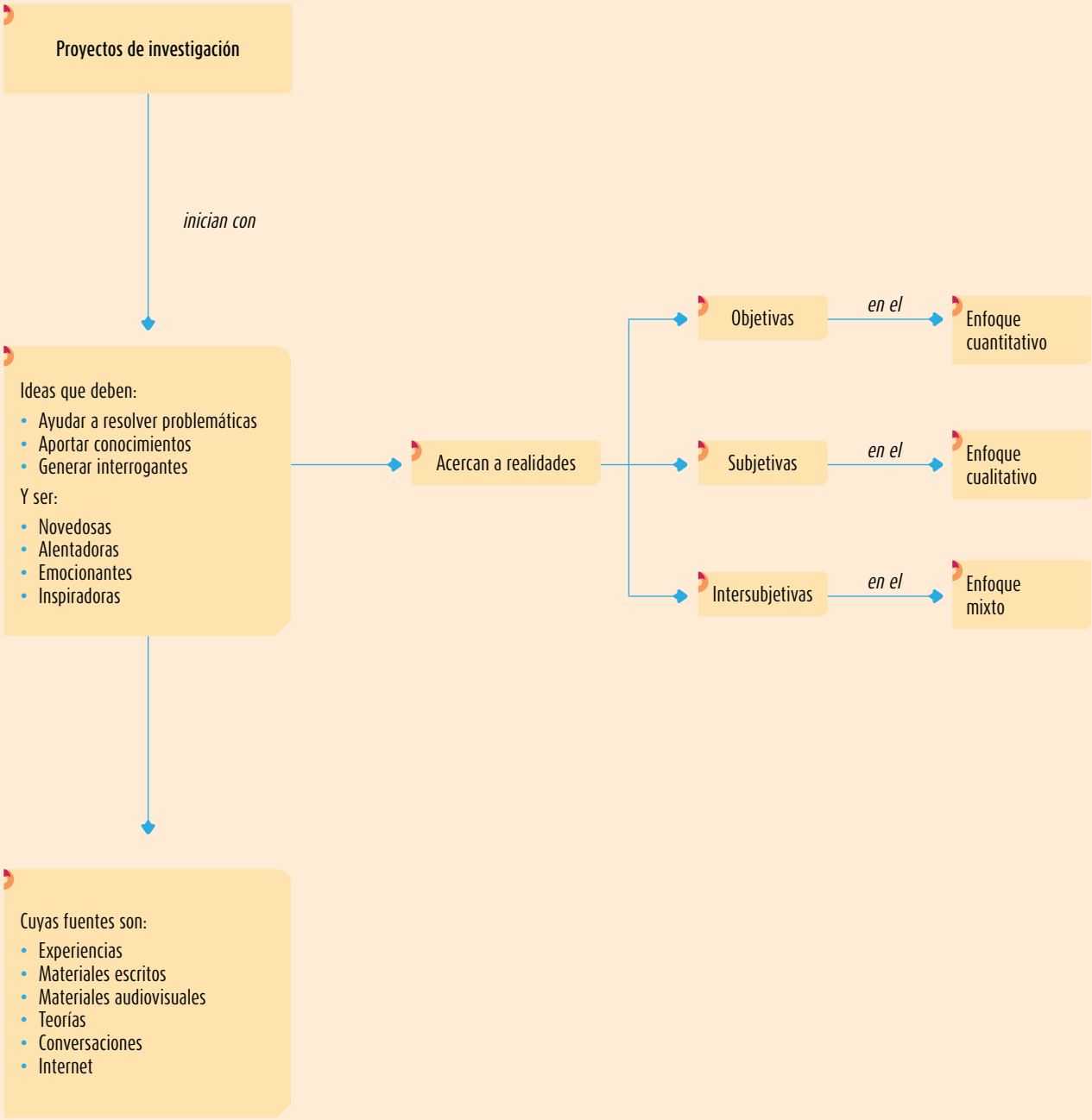
Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Generar ideas potenciales para investigar desde una perspectiva científica cuantitativa, cualitativa o mixta.
2. Conocer las fuentes que pueden inspirar investigaciones científicas, ya sea desde un enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto.

Síntesis

En este capítulo se plantea la forma en que se inician las investigaciones de cualquier tipo: mediante ideas. Asimismo, se habla de las fuentes que inspiran ideas de investigación y la manera de desarrollarlas, para así poder formular planteamientos de investigación científica cuantitativos, cualitativos o mixtos. Al final, se sugieren criterios y recomendaciones para generar buenas ideas.


Proyectos de investigación
inician con
Ideas que deben:
• Ayudar a resolver problemáticas
• Aportar conocimientos
• Generar interrogantes
Y ser:
• Novedosas
• Alentadoras
• Emocionantes
• Inspiradoras
Acercan a realidades
Objetivas
en el
Enfoque cuantitativo
Subjetivas
en el
Enfoque cualitativo
Intersubjetivas
en el
Enfoque mixto
Cuyas fuentes son:
• Experiencias
• Materiales escritos
• Materiales audiovisuales
• Teorías
• Conversaciones
• Internet

Cómo se originan las investigaciones cuantitativas, cualitativas o mixtas

Ideas de investigación Representan el primer acercamiento a la realidad que se investigará o a los fenómenos, sucesos y ambientes por estudiar.

Las investigaciones se originan de **ideas**, sin importar qué tipo de paradigma fundamente nuestro estudio ni el enfoque que habremos de seguir. Las ideas constituyen el primer acercamiento a la *realidad objetiva* (desde la perspectiva cuantitativa), a la *realidad subjetiva* (desde la aproximación cualitativa) o a la *realidad intersubjetiva* (desde la óptica mixta) que habrá de investigarse.

Fuentes de ideas para una investigación

1 Hay una gran variedad de *fuentes que pueden generar ideas de investigación*, entre las cuales se encuentran las experiencias individuales, materiales escritos (libros, artículos de revistas o periódicos, notas y tesis), piezas audiovisuales y programas de radio o televisión, información disponible en internet (dentro de su amplia gama de posibilidades, como páginas web, foros de discusión, redes sociales y otras), teorías, descubrimientos producto de investigaciones, conversaciones personales, observaciones de hechos, creencias e incluso intuiciones y presentimientos. Sin embargo, las fuentes que originan las ideas no forzosamente se relacionan con la calidad de éstas. El hecho de que un estudiante lea un artículo científico y extraiga de él una idea de investigación no necesariamente significa que sea mejor que la de otro estudiante que la obtuvo mientras veía una película o un partido de fútbol de la Copa Libertadores. Estas fuentes también llegan a generar ideas, cada una por separado o en conjunto; por ejemplo, al sintonizar un noticiario y escuchar sobre hechos de violencia o terrorismo, es posible comenzar a formarse una idea para efectuar una investigación. Después se puede platicar la idea con algunos amigos y precisarla un poco más o modificarla. Más tarde se busca información al respecto en revistas y periódicos, hasta consultar artículos científicos y libros sobre violencia, terrorismo, pánico colectivo, muchedumbres, psicología de las masas, etcétera.

Lo mismo podría suceder en el caso de la inmigración, el pago de impuestos, la crisis económica, las relaciones familiares, la amistad, los anuncios publicitarios en radio, las enfermedades de transmisión sexual, la administración de una empresa, el desarrollo urbano, las mejores prácticas de manufactura y otros temas.

Cómo surgen las ideas de investigación

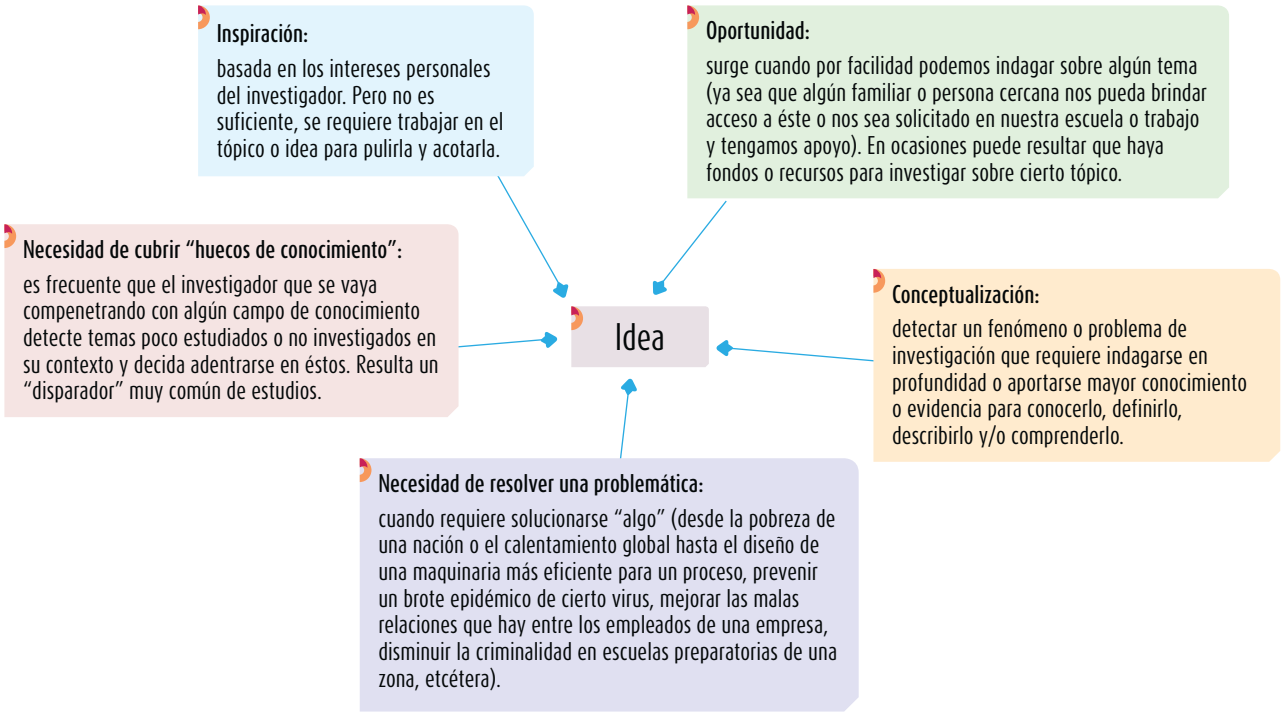
2 Una *idea* puede surgir donde se congregan grupos (restaurantes, hospitales, bancos, industrias, universidades y otras muchas formas de asociación) o al observar las campañas de elección de legisladores y otros puestos públicos. Alguien podría preguntarse: ¿sirve para algo toda esta publicidad? ¿Tantos letreros, carteles, anuncios en televisión y bardas pintadas tienen algún efecto sobre los votantes? Asimismo, es posible generar ideas al leer una revista de divulgación; por ejemplo, al terminar un artículo sobre la política exterior española, alguien podría concebir una investigación sobre las actuales relaciones entre España y Latinoamérica. Al estudiar en casa, ver la televisión o ir al cine (la película romántica de moda sugeriría una idea para investigar algún aspecto de las relaciones amorosas); al charlar con otras personas o al recordar alguna vivencia. Por ejemplo, un médico, que a partir de la lectura de noticias sobre el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), desea conocer más sobre los avances en el combate a esta enfermedad. Mientras se "navega" por internet o se participa en alguna red social, uno puede generar ideas de investigación, o bien a raíz de algún suceso que esté ocurriendo en el presente, como el caso de una alumna japonesa de una maestría en desarrollo humano, quien inició un estudio en México con mujeres de 35 a 55 años que acababan de enviudar, para analizar el efecto psicológico que tiene el perder al esposo, porque una de sus mejores amigas había sufrido tal pérdida y a ella le correspondió brindarle apoyo (Miura, 2001). Esta experiencia fue casual, pero motivó un profundo estudio.

A veces las ideas nos las proporcionan otras personas y responden a determinadas necesidades. Por ejemplo, un profesor nos puede solicitar una indagación sobre cierto tema; en el trabajo, un supe-

rior puede requerirle a un subordinado un estudio en particular; o un cliente contrata un despacho para que efectúe una investigación de mercado.

Respecto de los "motores" que pueden impulsar ideas, Savin-Baden y Major (2013), así como Sandberg y Alvesson (2011) mencionan: la inspiración, la oportunidad, la necesidad de cubrir "huecos de conocimiento" o la conceptualización. Asimismo, Hernández-Sampieri (2014) agrega la necesidad de resolver una problemática. Esto se aprecia en la figura 2.1.

Figura 2.1 Motores de ideas para investigar.



Vaguedad de las ideas iniciales

La mayoría de las ideas iniciales son vagas y requieren analizarse con cuidado para que se transformen en planteamientos más precisos y estructurados, en particular en el proceso cuantitativo. Como mencionan Labovitz y Hagedorn (1981), cuando una persona concibe una idea de investigación, debe familiarizarse con el campo de conocimiento en el que se ubica la idea.

Ejemplo

Una joven (Mariana) al reflexionar acerca del noviazgo puede preguntarse: "¿qué aspectos influyen para que un hombre y una mujer tengan una relación cordial y satisfactoria para ambos?", y decidir llevar a cabo una investigación que estudie los factores que intervienen en la evolución del noviazgo. Sin embargo, hasta este momento su idea es vaga y debe especificar diversas cuestiones, como:

- Si piensa incluir en su estudio todos los factores que llegan a influir en el desarrollo del noviazgo o solamente algunos de ellos.
- Si va a concentrarse en personas de cierta edad o abarcar de varias edades.
- Si la investigación tendrá un enfoque psicológico o uno sociológico.

Puede ser que le interese relacionar los elementos que afectan el noviazgo en el caso de estudiantes universitarios (crear una especie de modelo), o bien que prefiera entender el significado del noviazgo en jóvenes de su edad. Con el propósito de que continúe su investigación es indispensable que se introduzca en el área de conocimiento en cuestión: deberá platicar con investigadores en el campo de las relaciones personales (como psicólogos, psicoterapeutas, comunicólogos, desarrollistas humanos), buscar y leer artículos y libros

que hablen del noviazgo, conversar con varias parejas, ver películas educativas sobre el tema, buscar sitios en Internet con información útil para su idea y realizar otras actividades similares. Una vez que se haya adentrado en el tema, se encontrará en condiciones de precisar su idea de investigación.

Una joven podría concebir la idea de investigar: ¿qué aspectos influyen para que un hombre y una mujer tengan una relación cordial y satisfactoria para ambos?

Necesidad de conocer los antecedentes

Para tal profundización es necesario revisar estudios, investigaciones y trabajos anteriores, especialmente si uno no es experto en el tema. Conocer lo que se ha hecho respecto de una idea ayuda a:

- *No investigar sobre algún tema que ya se haya estudiado a fondo*. Esto implica que una buena investigación debe ser novedosa, lo cual puede lograrse al tratar un tema no estudiado, profundizar poco en uno medianamente conocido, o darle una visión diferente o innovadora a un problema aunque ya se haya examinado repetidamente (por ejemplo, la familia es un tema muy indagado; sin embargo, si alguien la analiza desde una perspectiva diferente, digamos, la manera como se presenta en las películas latinoamericanas muy recientes, le daría a su investigación un enfoque novedoso).
- *Estructurar más formalmente la idea de investigación*. Por ejemplo, una persona, al ver un programa televisivo con escenas de alto contenido sexual explícito o implícito, quizá se interese en llevar a cabo una investigación en torno a esta clase de programas. Sin embargo, su idea es confusa, no sabe cómo abordar el tema; entonces, consulta diversas fuentes bibliográficas al respecto, platica con alguien que conoce la temática y analiza más programas de ese tipo. Después de profundizar en el campo de estudio correspondiente, es capaz de esbozar con mayor claridad y formalidad lo que desea investigar. Vamos a suponer que decide centrarse en un estudio cuantitativo sobre los efectos que tienen dichos programas en la conducta sexual de los adolescentes argentinos; o bien, que decide comprender los significados que tienen para ellos tales emisiones televisivas (cualitativo). También, podría abordar el tema desde otro punto de vista, por ejemplo, investigar si hay o no una cantidad considerable de programas con alto contenido sexual en la televisión argentina actual, por qué canales y en qué horarios se transmiten, qué si-tuaciones muestran este tipo de contenido y en qué forma lo hacen (cuantitativo). De esta manera, su idea será precisa en mayor medida.

  Desde luego que en el enfoque cualitativo de la investigación el propósito no es siempre contar con una idea y planteamiento de investigación completamente estructurados; pero sí con una idea y visión que nos conduzca a un punto de partida, y en cualquier caso, resulta aconsejable consultar fuentes previas para obtener referencias, aunque finalmente iniciemos nuestro estudio partiendo de bases propias y sin establecer alguna creencia preconcebida.
- *Seleccionar la perspectiva principal desde la cual se abordará la idea de investigación*. En efecto, aunque los fenómenos o problemas sean "los mismos", pueden analizarse de diversas formas, según la disciplina dentro de la cual se enmarque la investigación. Por ejemplo, si las organizaciones se estudian básicamente desde el punto de vista comunicológico, el interés se centraría en aspectos como las redes y los flujos de comunicación en las organizaciones, los medios de comunicación, los tipos de mensajes que se emiten y la sobrecarga, la distorsión y la omisión de la información. Por otra parte, si se trabajan más bien desde una perspectiva sociológica, la investigación se ocuparía de cuestiones como la estructura jerárquica en las organizaciones, los perfiles socioeconómicos de sus miembros, la migración de los trabajadores de áreas rurales a zonas urbanas y su ingreso a centros fabriles, las ocupaciones y otros asuntos. Si se adopta una perspectiva fundamentalmente psicológica, se analizarían fenómenos como los procesos de liderazgo, la per-

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

sonalidad de los miembros de la organización, la motivación en el trabajo. Pero, si se utilizara un encuadre predominantemente mercadológico de las organizaciones, se investigarían, por ejemplo, aspectos como los procesos de compraventa, la evolución de los mercados y las relaciones entre empresas que compiten dentro de un mercado.

La mayoría de las investigaciones, a pesar de que se ubiquen dentro de un encuadre o perspectiva en particular, no pueden evitar, en mayor o menor medida, tocar temas que se relacionen con distintos campos o disciplinas (por ejemplo, las teorías de la agresión social desarrolladas por los psicólogos han sido utilizadas por los comunicólogos para investigar los efectos que la violencia televisada genera en la conducta de los niños que se exponen a ella). Por ende, cuando se considera el enfoque seleccionado se habla de **perspectiva principal** o **fundamental**, y no de perspectiva única. La elección de una u otra perspectiva tiene importantes implicaciones en el desarrollo de un estudio. También es común que se efectúen investigaciones interdisciplinarias que aborden un tema utilizando varios encuadres.

Perspectiva o encuadre Disciplina desde la cual se guía centralmente la investigación.

Enfoque del estudio Cuantitativo, cualitativo o mixto.

Si una persona quiere conocer cómo desarrollar un municipio, podría emplear una perspectiva ambiental y urbanística, con la que analizara aspectos como vías de comunicación, suelo y subsuelo, áreas verdes, densidad poblacional, características de las viviendas, disponibilidad de terrenos, aspectos legales, etc. Pero no puede olvidarse de otras perspectivas, como la educativa, de salud, desarrollo económico, desarrollo social, entre otras. Además de que adoptemos un enfoque cualitativo, cuantitativo o mixto de la investigación, tenemos que elegir un encuadre principal para abordar nuestro estudio o establecer qué perspectivas lo conducirán.

Investigación previa de los temas

Es evidente que, cuanto mejor se conozca un tema, el proceso de afinar la idea será más eficiente y rápido. Desde luego, hay temas que han sido más investigados que otros y, en consecuencia, su campo de conocimiento se encuentra mejor estructurado. Estos casos requieren planteamientos más específicos. Podríamos decir que hay:

- *Temas ya investigados, estructurados y formalizados*, sobre los cuales es posible encontrar documentos escritos y otros materiales que reportan los resultados de investigaciones anteriores.
- *Temas ya investigados pero menos estructurados y formalizados*, sobre los cuales se ha investigado aunque existen sólo algunos documentos escritos y otros materiales que reporten esta investigación; el conocimiento puede estar disperso o no ser accesible. De ser así, habría que buscar los estudios no publicados y acudir a medios informales, como expertos en el tema, profesores, amigos, etc. Internet (incluyendo sus redes sociales) constituye una valiosa herramienta en este sentido.
- *Temas poco investigados y no estructurados*, los cuales requieren un esfuerzo para encontrar lo que escasamente se ha investigado.
- *Temas no investigados*.

Criterios para generar ideas

Algunos inventores famosos han sugerido estos criterios para generar ideas de investigación productivas: 2

- *Las buenas ideas intrigan, alientan y estimulan al investigador de manera personal*. Al elegir un tema para investigar, y más concretamente una idea, es importante que nos resulte atractiva, interesante o necesaria. Es muy tedioso tener que trabajar en algo que no sea de nuestro interés. En la medida en que la idea motive al investigador, éste se compenetrará más con el estudio y tendrá una mayor predisposición para salvar los obstáculos que se le presenten.
- *Las buenas ideas de investigación "no son necesariamente nuevas, pero sí novedosas"*. En muchas ocasiones es necesario actualizar estudios previos, adaptar los planteamientos derivados de investigaciones efectuadas en contextos diferentes o conducir ciertos planteamientos a través de nuevos caminos.

- *Las buenas ideas de investigación pueden servir para elaborar teorías y solucionar problemáticas*. Una buena idea puede conducir a una investigación que ayude a formular, integrar o probar una teoría, a iniciar otros estudios que, aunados a la investigación, logren constituir una teoría o bien, a generar nuevos métodos de recolectar y analizar datos. En otros casos, las ideas dan origen a investigaciones que contribuyen a resolver problemas concretos. Así, un estudio que se diseñe para analizar los factores que provocan conductas delictivas en los adolescentes sería útil para el establecimiento de programas dirigidos a resolver problemas de delincuencia juvenil.
- *Las buenas ideas pueden fomentar nuevas interrogantes y cuestionamientos*. Hay que encontrar respuestas, pero también es preciso hacer más preguntas. A veces un estudio llega a generar más preguntas que respuestas.

Recomendaciones para desarrollar ideas y comenzar una investigación

Con el fin de llevar a buen término una investigación, es necesario considerar algunos aspectos, los cuales se listan a continuación:

a) Examinar temas acotados, que no sean muy generales.
b) Compartir la idea con amigos y otras personas informadas (en persona y en las redes sociales en internet) para conocer opiniones, datos y referencias.
c) Meditar y escribir sobre las implicaciones de estudiar la idea, no solamente enunciarla.
d) Reflexionar sobre la idea para enfocarse en algún aspecto.
e) Relacionar nuestras ideas personales y experiencias con la idea de investigación (Lester y Lester, 2012). Por ejemplo, un estudiante de ciencias de la salud cuya madre sufre de cáncer vaginal podría realizar un estudio sobre sus causas; o bien, alguien que cursa una licenciatura y además trabaja en un supermercado puede analizar el impacto que tienen los descuentos y promociones en la lealtad de los clientes.

Respecto de este último punto, Lester y Lester (2012) presentan ejemplos sobre la manera de conectar experiencias personales con la idea de investigación, los cuales se incluyen en la tabla 2.1.

Tabla 2.1 Ejemplos de conexiones entre las experiencias y la idea de investigación[1]

1. Combinar intereses personales con un campo académico o profesional	
Interés personal	Fútbol.
Campo	Medicina deportiva.
Ideas posibles	"Eficacia de distintas terapias para lesiones de los músculos de las piernas", "técnicas para operaciones de meniscos".
2. Considerar problemas o situaciones que afectan al investigador, su familia u otras personas cercanas	
Interés personal	La educación de los niños (hermanos).
Problema	Aprendizaje de niños hiperactivos.
Ideas posibles	"Métodos de enseñanza de la investigación basados en la computación para niños hiperactivos en edad preescolar", "efectos de los medicamentos para calmar la hiperactividad en niños especiales de primaria".
3. Tomar en cuenta temas científicos de interés personal	
Interés personal	Pozos de riego para el cultivo de leguminosas en el rancho o granja familiar.
Tema científico	Toxinas químicas en aguas subterráneas.
Ideas posibles	"Consecuencias del envenenamiento por toxinas químicas presentes en aguas subterráneas", "métodos para eliminar la contaminación de aguas subterráneas por toxinas químicas".

(*continúa*)

[1] Adaptado de Lester y Lester (2012, p. 12). Desde luego, son ideas que requieren precisarse.

Tabla 2.1 (*continuación*)

4. Vincular la herencia cultural, nacional y regional a la idea	
Interés personal	Emigración de mexicanos a Estados Unidos.
Herencia	Latina/mexicana.
Ideas posibles	"Percepción que tienen los migrantes mexicanos en Estados Unidos respecto de los migrantes de otros países con los cuales trabajan juntos" (Contreras y Hernández-Sampieri, 2011), "impacto de la migración a Estados Unidos de los trabajadores mexicanos en sus familias".
5. Recordar alguna experiencia y relacionarla con intereses personales para generar una idea	
Interés personal	Uso de redes sociales en internet.
Experiencia	Utilización cotidiana de una red específica.
Ideas posibles	"Usos y funciones de las principales redes sociales en internet por parte de estudiantes universitarios", "comparar el uso que hacen los estudiantes universitarios de las redes sociales en internet con el uso por parte de jóvenes que no estudian", "significados profundos de las experiencias en las redes sociales en internet".

Con el propósito de identificar ideas con potencial para ser investigadas y transitar paulatinamente hacia el planteamiento del problema, Lester y Lester (2012) sugieren utilizar preguntas o cuestionamientos. Por ejemplo, supongamos que un estudiante de medicina se encuentra interesado en conocer qué factores deben tomarse en cuenta al recomendar a los pacientes hipertensos ciertos medicamentos que contribuyen a controlar su presión arterial. Para afinar su idea es conveniente que se haga preguntas básicas: ¿qué es la presión arterial? ¿Qué es un medicamento? ¿Cuáles son los tipos de medicamentos más comunes para tratar la hipertensión arterial? ¿Cuáles son los componentes principales de estos medicamentos? ¿Qué efectos primarios y secundarios tienen tales medicamentos? ¿Qué se debe tomar en cuenta antes de administrar los medicamentos para el control de la presión arterial? ¿Qué marcas genéricas y comerciales de medicamentos para hipertensión arterial se encuentran disponibles en mi ciudad o mi comunidad?

Otro ejemplo: un alumno de ingeniería civil está interesado en investigar si el material PET (tereftalato de polietileno) puede utilizarse como ladrillo para construir casas y si su costo es accesible, le resultaría conveniente precisar su idea con preguntas de acercamiento: ¿qué es un material de construcción? ¿Qué tipos de materiales pueden utilizarse en la edificación de viviendas? ¿Qué es el PET y cuáles son sus propiedades? ¿De qué formas es posible usar el PET en la construcción? ¿Puede reciclarse para elaborar tabiques o reutilizarse? ¿Qué es más adecuado en cuanto a resistencia estructural, propiedades térmicas, aislamiento acústico y costo? ¿Puede cumplir con las normas de construcción para ladrillos, bloques o equivalentes requeridas en el contexto donde se utilizaría?

En ambos casos, los estudiantes toman notas y las respuestas a ciertas preguntas pueden conducir a otros cuestionamientos y así, hasta tener una idea más clara y precisa de lo que se quiere investigar. Además, el investigador comienza a revisar bibliografía básica sobre su tema.

Resumen

- Las investigaciones se originan a partir de ideas, las cuales pueden derivarse de distintas fuentes y su calidad no está necesariamente relacionada con la fuente de la que provienen.
- Con frecuencia, las ideas son vagas y deben traducirse en problemas más concretos de investigación, para lo cual se requiere una revisión bibliográfica sobre la idea o buscar referencias. Ello, sin embargo, no impide que adoptemos una perspectiva única y propia.
- Entre los "motores" que pueden generar ideas tenemos: inspiración, oportunidad, necesidad de cubrir "huecos de conocimiento", conceptualización y necesidad de resolver una problemática.
- Las buenas ideas deben alentar al investigador, ser novedosas y servir para la elaboración de teorías y la resolución de problemas.
- Para desarrollar ideas de investigación una estrategia puede ser relacionarlas con nuestras ideas personales y experiencias.

Conceptos básicos

- Enfoque de investigación
- Estructuración de la idea de investigación
- Fuentes generadoras de ideas de investigación
- Ideas de investigación
- Innovación en la investigación
- Perspectiva de la investigación
- Tema de investigación

Ejercicios

1. Vea una película romántica y deduzca dos ideas de investigación.
2. Centro de recursos en línea Seleccione una revista científica (consulte en el material complementario de la página de recursos del libro: Apéndice 1, la lista de revistas científicas), tome un artículo y deduzca dos ideas de investigación.
3. Compare las ideas deducidas de la película y del artículo y conteste las siguientes preguntas: ¿Son fructíferas todas las ideas? ¿Cuáles ideas son más útiles, las derivadas de la película o las del artículo científico? ¿Cómo surgieron las ideas?
4. Navegue por internet y deduzca una idea de estudio.
5. Deduzca una idea de investigación a partir de sus experiencias durante la última semana en su red social de internet favorita.
6. Elija una idea de investigación que irá desarrollando conforme lea el libro. Primero con el enfoque cuantitativo y luego con el cualitativo.

Ejemplos desarrollados[2]

Conforme se desarrolle esta obra, el lector encontrará cómo se van desarrollando estos ejemplos de acuerdo con el tema estudiado.

Ideas de ejemplos cuantitativos

- La relación entre la personalidad y las enfermedades[3]
  Determinar si hay un vínculo entre la personalidad y la presencia de enfermedades.
- La televisión y el niño
  Describir los usos que el niño hace de la televisión y las gratificaciones que obtiene al ver programas televisivos.
- La pareja y relación ideales
  Identificar los factores que describen a la pareja y la relación ideal.
- El abuso sexual infantil
  Evaluar los programas para prevenir el abuso sexual infantil.

Ideas de ejemplos cualitativos

- La guerra cristera en Guanajuato
  Comprender la guerra cristera en Guanajuato (1926-1929) desde la perspectiva de sus actores.
- Consecuencias del abuso sexual infantil[4]
  Entender las experiencias del abuso sexual infantil y sus consecuencias a largo plazo.
- Centros comerciales
  Conocer la experiencia de compra en centros comerciales.

Ejemplo de una idea para investigar por medio de los métodos mixtos

La investigación mixta es un enfoque relativamente nuevo que implica combinar los métodos cuantitativo y cualitativo en un mismo estudio. Por ahora, simplemente enunciamos una idea de un ejemplo de esta clase de investigación. En el capítulo 17 se profundiza en las características y diseños del proceso mixto y se incluyen diversos ejemplos (entre ellos el siguiente sobre la moda), al igual que en el capítulo 12 del centro de recursos en línea: "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos" (en Material complementario, capítulos adicionales).

Centro de recursos en línea

- La moda y las mujeres mexicanas
  Conocer cómo definen y experimentan la moda las mujeres mexicanas.

Centro de recursos en línea

[2] En el capítulo 11 del centro de recursos en línea ("Consejos prácticos para realizar investigación", Material complementario, capítulos adicionales) el lector encontrará más ejemplos de ideas de investigación en diversos campos del conocimiento (aplicables a distintas carreras universitarias o licenciaturas).
[3] Adaptado de Yousfi, Matthews, Amelang y Schmidt-Rathjens (2004).
[4] Adaptado de Morrow y Smith (1995).

Los investigadores opinan

El planteamiento del problema nos conduce a saber qué deseamos investigar, a identificar los elementos que estarán relacionados con el proceso y a precisar el enfoque, en virtud de que en las perspectivas cuantitativa y cualitativa se define con claridad cuál es el objeto de análisis en una situación determinada, y de que, según el tipo de estudio que se pretenda realizar, ambos pueden mezclarse.

En la actualidad existen muchos recursos para trabajar en investigación cualitativa, entre ellos se encuentran libros en los que se presentan técnicas y herramientas actualizadas, además de las redes de computación, de las cuales es posible que el investigador obtenga información para nuevos proyectos.

En la investigación cuantitativa se destaca el desarrollo de programas computacionales; por ejemplo, en mi área, que es la ingeniería en sistemas computacionales, existe el software de monitoreos, el cual contribuye a la evaluación y al rendimiento del hardware. En ambos enfoques, internet representa una herramienta de trabajo, además permite realizar investigación en lugares remotos.

Es muy importante inculcar a los estudiantes el valor que representa obtener conocimientos por medio de una investigación, lo mismo que un pensamiento crítico y lógico, además de recomendarles que para iniciar un proyecto es necesario revisar la literatura existente y mantenerse al tanto de los problemas sociales.

En mi campo de trabajo, la docencia, la investigación es escasa, porque no se le dedica el tiempo suficiente; sin embargo, en el área de ciencias, el gobierno desarrolla proyectos muy valiosos para el país.

Dilsa Eneida Vergara D.
Docente de tiempo completo
Facultad de Ingeniería de Sistemas Computacionales
Universidad Tecnológica de Panamá
El Dorado, Panamá

El investigador no es sólo aquel individuo de bata blanca encerrado en un laboratorio. La investigación tiene relación con la comunidad, el ámbito social o la industria. No la llevan a cabo únicamente los genios; también es posible que la realice cualquier persona, si se prepara para ello.

Un proyecto se inicia con la formulación de preguntas basadas en la observación; tales interrogantes surgen durante una conferencia, mientras se leen los diarios o en la realidad cotidiana, y deben ser validadas por personas que poseen conocimiento del tema, con la finalidad de verificar que sean relevantes, que sirvan para efectuar una investigación, y si en realidad ésta aportaría algo a la disciplina relacionada o solucionará algún problema.

Después, se hará el planteamiento del problema, el cual, si se redacta de manera clara y precisa, representará un gran avance. Sin descartar que más adelante se hagan ajustes o se precisen ideas, en esencia debe contener lo que se propuso al comienzo.

En cuanto a los enfoques cualitativo y cuantitativo de la investigación, se han logrado significativos cambios, por ejemplo, la investigación cualitativa adquirió mayor nivel tanto en el discurso como en su marco epistemológico, además de que se desarrollaron instrumentos mucho más válidos para realizarla.

En la investigación cuantitativa mejoraron los procesos y se crearon programas electrónicos que facilitan la tabulación de datos; asimismo, ahora se manejan con mayor propiedad los marcos epistemológicos. Cabe mencionar que en este tipo de investigación, las pruebas estadísticas son valiosas para determinar si existen diferencias significativas entre mediciones o grupos, además de que permiten obtener resultados más objetivos y precisos.

Gertrudys Torres Martínez
Docente investigadora
Facultad de Psicología
Universidad Piloto de Colombia
Bogotá, Colombia

Cuando un estudiante conoce la obra *Metodología de la investigación* de Roberto Hernández-Sampieri, quizá se enfrente a un texto desconocido para él, una elección de su profesor o, incluso, una propuesta bibliográfica del programa de una asignatura —a menos que el trabajo de investigación como el oficio del investigador le sean afines, quizá por estar redactando su tesis, o bien, si la búsqueda y análisis de información forma parte de su desempeño laboral—, pero a excepción de tales casos, la ve como un texto obligatorio más; en cambio, si se trata de un profesor, dicha obra es ya una compañera de las andanzas docentes, una obra clásica pero no por ello pasada de moda, pues entre sus virtudes cuenta el haber logrado éxito al paso de una tras otra de sus ediciones, algo más que un mayor tiraje de libros, ya que, como pocos títulos disponibles en el mercado, se ha revisado y actualizado, no sólo como una decisión unilateral de su autor y editores, sino también como parte de un proceso de mejora continua a través de la fecunda y bilateral retroalimentación con sus lectores, con quienes han hecho de él la primera selección por antonomasia a la hora de pensar en enseñar teoría e ilustrarla con casos reales sobre metodología, más allá de repetir o imitar ejercicios del libro, más bien con la idea de crear individuos que de manera autónoma y creativa sean capaces de iniciar una investigación original o continuar lo investigado por otros con las bases suficientes para producir nuevo conocimiento en sus diferentes disciplinas, y para conseguir esto una obra debe estar abierta siempre a sus lectores para mejorar, cosa que dentro del área de la metodología, ésta es tal vez la única que lo ha hecho, rechazando el sólo convertirse en un clásico o best-seller que con el tiempo envejece y hasta los que lo tenían como libro de cabecera lo abandonan por la necesidad de lo actual, esta última característica define el libro de Hernández-Sampieri, pues nos lleva por un recorrido desde las diferencias entre las aproximaciones cualitativa y cuantitativa a la realidad para plantear de la manera más adecuada un problema, definirlo de una forma en que nos abra a nuevas respuestas sin caer en las mismas trilladas de siempre, al proponer un diseño de investigación que aliado

con los caminos idóneos para recolectar información confiable y analizarla e interpretarla, nos pongan en condiciones de decir hemos hallado algo nuevo, sabemos más, hemos mejorado la comprensión de un tema e incluso hemos encontrado la solución que todos buscaban, camino o método que de la mano de Hernández-Sampieri se emprende una y otra vez, desde su obra hasta espacios virtuales y foros en línea como material de apoyo en formato electrónico que potencializa las de por sí poderosas herramientas metodológicas que expone y pone a la revisión crítica de sus lectores para mejorar la obra y como un esfuerzo en cadena y cascada mejorar con ello los alcances de la misma, así como la productiva asimilación y puesta en práctica de los usuarios del libro, pues es de consulta permanente más que un libro pasajero en nuestras vidas, llegó para quedarse y seguir juntos el camino metódico del cómo hallar las respuestas que buscamos cada día de nuestras vidas.

Doctor Moisés del Pino Peña
Universidad Iberoamericana
México, DF

parte 2

El proceso de la investigación cuantitativa

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

capítulo

3 Planteamiento cuantitativo del problema

El planteamiento del problema es el centro, el corazón de la investigación: dicta o define los métodos.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 2 Planteamiento del problema de investigación

- Establecer los objetivos de investigación.
- Desarrollar las preguntas de investigación.
- Justificar la investigación y analizar su viabilidad.
- Evaluar las deficiencias en el conocimiento del problema.

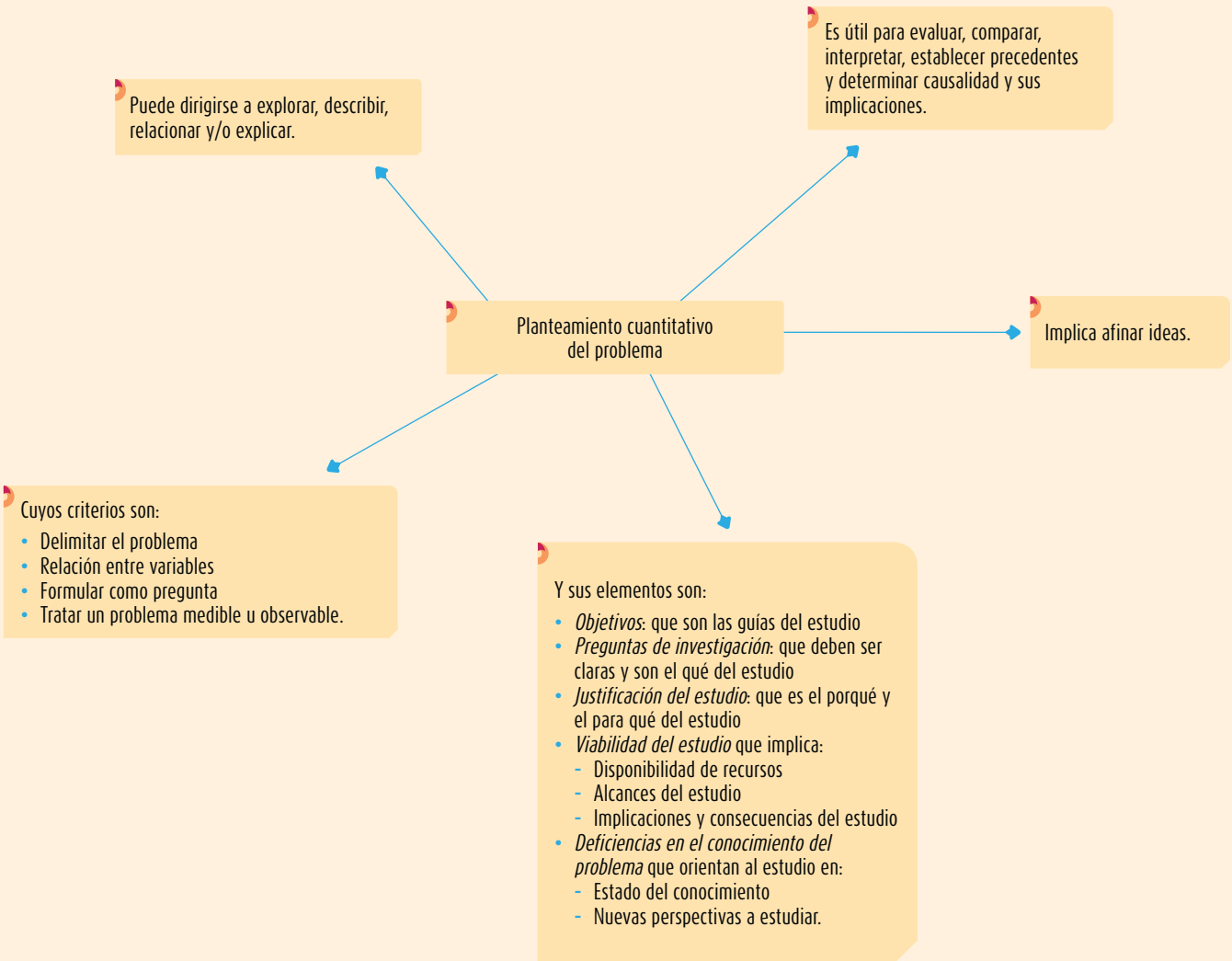
Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Formular de manera lógica y coherente problemas de investigación cuantitativa con todos sus elementos.
2. Redactar objetivos y preguntas de investigación cuantitativa.
3. Comprender los criterios para proponer y evaluar un problema de investigación cuantitativa.

Síntesis

En el presente capítulo se mostrará la manera en que la idea se desarrolla y se transforma en el planteamiento del problema de investigación cuantitativa. En otras palabras, se explica cómo plantear un problema de investigación. Cinco elementos, que se analizarán en el capítulo, son fundamentales *para plantear cuantitativamente un problema:* objetivos de investigación, preguntas de investigación, justificación de la investigación, viabilidad de ésta y evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema.


Es útil para evaluar, comparar, interpretar, establecer precedentes y determinar causalidad y sus implicaciones.
Puede dirigirse a explorar, describir, relacionar y/o explicar.
Planteamiento cuantitativo del problema
Implica afinar ideas.
Cuyos criterios son:
• Delimitar el problema
• Relación entre variables
• Formular como pregunta
• Tratar un problema medible u observable.
Y sus elementos son:
• Objetivos: que son las guías del estudio
• Preguntas de investigación: que deben ser claras y son el qué del estudio
• Justificación del estudio: que es el porqué y el para qué del estudio
• Viabilidad del estudio que implica:
- Disponibilidad de recursos
- Alcances del estudio
- Implicaciones y consecuencias del estudio
• Deficiencias en el conocimiento del problema que orientan al estudio en:
- Estado del conocimiento
- Nuevas perspectivas a estudiar.

¿Qué es plantear el problema de investigación cuantitativa?

Una vez que se ha concebido la idea de investigación y el científico, estudiante o experto ha profundizado en el tema y ha elegido el enfoque cuantitativo, se encuentra en condiciones de plantear el problema de investigación.[1]

Planteamiento cuantitativo del problema Desarrollo de la idea en cinco elementos: 1) objetivos de investigación, 2) preguntas de investigación, 3) justificación de la investigación, 4) viabilidad de la investigación y 5) evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema.

De nada sirve contar con un buen método y mucho entusiasmo, si no sabemos qué investigar. En realidad, *plantear el problema no es sino afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación*. El paso de la idea al planteamiento del problema puede ser inmediato o bien tardar un tiempo considerable; depende de cuán familiarizado esté el investigador con el tema de su estudio, la complejidad misma de la idea, la existencia de estudios antecedentes, el empeño del investigador y sus habilidades personales. Seleccionar un tema o una idea no lo coloca inmediatamente en la posición de considerar qué información habrá de recolectar, con cuáles métodos y cómo analizará los datos que obtenga. Antes, necesita formular el *problema específico* en términos concretos y explícitos, de manera que sea susceptible de investigarse con procedimientos científicos (Race, 2010; Selltiz *et al.*, 1980). *Delimitar* es la esencia de los planteamientos cuantitativos.

Ahora bien, como señala Ackoff (1967), un problema planteado correctamente está resuelto en parte; a mayor exactitud corresponden más posibilidades de obtener una solución satisfactoria. El investigador debe ser capaz no sólo de conceptuar el problema, sino también de escribirlo en forma clara, precisa y accesible. En ocasiones sabe lo que quiere hacer, pero no cómo comunicarlo a los demás, y tiene que realizar un mayor esfuerzo por traducir su pensamiento a términos comprensibles, pues en la actualidad la mayoría de las investigaciones requieren la colaboración de varias personas.

Los planteamientos cuantitativos se derivan de la literatura y corresponden a una extensa gama de propósitos de investigación, como: describir tendencias y patrones, evaluar variaciones, identificar diferencias, medir resultados y probar teorías.

Criterios para plantear el problema

1 Según Kerlinger y Lee (2002) los criterios para plantear un problema de investigación cuantitativa son:

- El problema debe expresar una relación entre dos o más conceptos o variables (características o atributos de personas, fenómenos, organismos, materiales, eventos, hechos, sistemas, etc., que pueden ser medidos con puntuaciones numéricas).
- El problema debe estar formulado como pregunta, claramente y sin ambigüedades; por ejemplo: ¿qué efecto?, ¿en qué condiciones...?, ¿cuál es la probabilidad de...?, ¿cómo se relaciona... con...?
- El planteamiento debe implicar la posibilidad de realizar una prueba empírica, es decir, la factibilidad de observarse en la "realidad objetiva". Por ejemplo, si alguien se propone estudiar cuán sublime es el alma de los adolescentes, está planteando un problema que no puede probarse empíricamente, pues ni "lo sublime" ni "el alma" son observables. Claro que el ejemplo es extremo, pero nos recuerda que el enfoque cuantitativo trabaja con aspectos observables y medibles de la realidad.

¿Qué elementos contiene el planteamiento del problema de investigación en el proceso cuantitativo?

1 Los elementos para plantear un problema son fundamentalmente cinco y están relacionados entre sí: *los objetivos que persigue la investigación, las preguntas de investigación, la justificación y la viabilidad del estudio, y la evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema.*

En la investigación, como en la vida, nuestras acciones se guían por objetivos y preguntas. Por ejemplo, si un artista va a pintar un cuadro, antes de comenzar debe plantearse qué va a dibujar. No

[1] El término "problema" proviene del griego y su significado original es "escudo, valla, obstáculo o impedimento" (Eidlin, 2009).

es lo mismo un paisaje de la naturaleza que una escena de la vida cotidiana o un bodegón. También tiene que definir qué técnica utilizará (óleo, acuarela, lápiz, pastel, etc.). Por otro lado, es necesario que determine el tamaño del cuadro o área en que va a pintar. Lo mismo ocurre con un músico cuando decide componer una pieza. Para empezar, debe plantearse si va a componer una balada, una rola rockera, una bachata, una sinfonía, un tango, etcétera.

De igual manera, un investigador, antes de emprender su estudio, tiene que plantear el problema (establecer sus objetivos y preguntas, lo que "va a pintar o a componer") y qué método o enfoque va a utilizar (cuantitativo, cualitativo o mixto; por ejemplo, en pintura: óleo, acuarela, etc., o una mezcla; en música: contrapunto, serialismo, al azar, improvisación, etcétera).

Pero además de estos dos elementos hacen falta otros: la justificación (¿por qué componer la pieza?), la viabilidad del estudio (¿es factible componerla con los conocimientos, habilidades y recursos que se poseen y a tiempo?) y una evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema (¿qué aporta la pieza de acuerdo con el panorama y tendencias musicales?).

Objetivos de la investigación

2

En primer lugar, es necesario establecer qué se pretende con la investigación, es decir, *cuáles son sus objetivos.* Con unas investigaciones se busca, ante todo, contribuir a resolver un problema en especial; en tal caso, debe mencionarse cuál es ese problema y de qué manera se piensa que el estudio ayudará a resolverlo. Otras investigaciones tienen como objetivo principal probar una teoría o aportar evidencias empíricas a favor de ella. Los **objetivos** deben expresarse con claridad y ser específicos, medibles, apropiados y realistas —es decir, susceptibles de alcanzarse (Tucker, 2004)—. *Son las guías del estudio* y hay que tenerlos presentes durante todo su desarrollo. Al redactarlos, es habitual utilizar verbos y derivados del tipo: "describir", "determinar", "demostrar", "examinar", "especificar", "indicar", "analizar", "estimar", "comparar", "valorar" y "relacionar" respecto de los conceptos o variables incluidas.

Objetivos de investigación Señalan a lo que se aspira en la investigación y deben expresarse con claridad, pues son las guías del estudio.

Evidentemente, los objetivos que se especifiquen deben ser congruentes entre sí.

Ejemplo

Investigación de Mariana sobre el noviazgo

Para continuar con el ejemplo del capítulo anterior, diremos que una vez que Mariana se ha familiarizado con el tema y decidido llevar a cabo una investigación cuantitativa, encuentra que, según algunos estudios, los factores más importantes son la atracción física, la confianza, la proximidad física, el grado en que cada uno de los novios refuerza positivamente la imagen personal del otro y la similitud entre ambos (en convicciones fundamentales y valores). Entonces, los objetivos de su investigación se podrían plantear de la siguiente manera:

- Determinar si la atracción física, la confianza, la proximidad física, el reforzamiento de la autoestima y la similitud tienen una influencia significativa en el desarrollo del noviazgo entre jóvenes catalanes.

El "desarrollo del noviazgo" se entenderá como la evaluación que hacen los novios de su relación, el interés que muestran por ella y su disposición a continuarla.

- Evaluar cuál de los factores mencionados ejerce mayor influencia sobre la evaluación de la relación, el interés que muestran por ella disposición a continuarla.
- Indagar si se encuentran vinculadas entre sí la atracción física, la confianza, la proximidad física, el reforzamiento de la autoestima y la similitud.
- Analizar si hay o no diferencias entre los hombres y las mujeres respecto al peso que le asignan a cada factor en la evaluación de la relación, el interés que muestran por ella y su disposición a continuarla.
- Examinar si hay o no diferencias entre parejas de distintas edades en relación con el peso asignado a cada uno de los factores en torno a la evaluación de la relación, el interés que muestran por ella y la disposición a continuarla.

Es posible que durante la investigación surjan otros objetivos, se modifiquen los objetivos iniciales o incluso se cambien por nuevos objetivos, según la dirección que tome el estudio.

Preguntas de investigación

2 Además de definir los objetivos concretos de la investigación, es conveniente plantear, por medio de una o varias preguntas, el problema que se estudiará. Hacerlo en forma de preguntas tiene la ventaja de presentarlo de manera directa, lo cual minimiza la distorsión (Christensen, 2006).

Con frecuencia, las preguntas de investigación se plantean en términos de ¿qué?, ¿por qué? y ¿cómo? (Lewkowicz, 2010; Lavralcas, 2008 y Blaikie, 2003).

Preguntas de investigación Preguntas que orientan hacia las respuestas que se buscan con la investigación. No deben utilizar términos ambiguos ni abstractos.

No siempre en la *pregunta* o las *preguntas* se comunica el problema en su totalidad, con toda su riqueza y contenido. A veces se formula solamente el propósito del estudio, aunque las **preguntas** deben resumir lo que habrá de ser la investigación. Al respecto, no podemos decir que haya una sola forma correcta de expresar todos los problemas de investigación, pues cada uno requiere un análisis particular; pero las preguntas generales tienen que aclararse y delimitarse para esbozar el campo del problema y sugerir actividades pertinentes para la investigación (Ferman y Levin, 1979).

Las preguntas demasiado generales *no* conducen a una investigación concreta; por tanto, hay que acotar las preguntas como las siguientes: ¿por qué algunos matrimonios duran más que otros?, ¿cómo afecta el fuego al concreto?, ¿por qué hay personas más satisfechas con su trabajo que otras?, ¿en qué programas de televisión hay muchas escenas sexuales?, ¿cambian con el tiempo las personas que van a psicoterapia?, ¿los gerentes se comprometen más con su empresa que los obreros?, ¿cómo se relacionan los medios de comunicación colectiva con el voto?, etc. Esas preguntas constituyen más bien ideas iniciales que es necesario refinar y precisar para que guíen el comienzo de un estudio.

La última pregunta, por ejemplo, habla de "medios de comunicación colectiva", término que implica la radio, la televisión, los periódicos, las publicaciones, el cine, los anuncios publicitarios en exteriores, internet y otros más. Asimismo, se menciona "voto" sin especificar el tipo, el contexto ni el sistema social, tampoco si se trata de una votación política de nivel nacional o local, sindical, religiosa, para elegir al representante de una cámara industrial o a un funcionario como un alcalde o un miembro de un poder legislativo. Incluso si el voto fuera para una elección presidencial, la relación expresada no lleva a diseñar actividades pertinentes para completar una investigación, a menos que se piense en "un gran estudio" que analice todas las posibles vinculaciones entre ambos términos (medios de comunicación colectiva y voto).

En efecto, tal como se formula la pregunta, origina una gran cantidad de dudas: ¿se investigarán los efectos que la difusión de propaganda a través de dichos medios tiene en la conducta de los votantes?, ¿se analizará el papel de estos medios como agentes de socialización política respecto del voto?, ¿se investigará en qué medida se incrementa el número de mensajes políticos en los medios de comunicación masiva durante épocas electorales?, ¿acaso se estudiará cómo los resultados de una votación afectan lo que opinan las personas que manejan esos medios? Es decir, no queda claro qué se va a hacer en realidad.

Las preguntas deben ser concretas, pues no es lo mismo votar por un consejero estudiantil que para elegir al presidente de un país.

Lo mismo ocurre con las otras preguntas, que son demasiado generales. En su lugar deben plantearse preguntas mucho más específicas, como por ejemplo: ¿el tiempo que las parejas dedican cotidianamente a evaluar su relación está vinculado con el tiempo que perdura su matrimonio? (en un contexto particular, por ejemplo: parejas que tienen más de 20 años de matrimonio y viven en los suburbios de Madrid). Otros ejemplos de preguntas son los siguientes: ¿cómo afecta el fuego a las propiedades mecánicas residuales y el rendimiento estructural de las vigas de concreto reforzado (CR)?; ¿cómo se asocian la satisfacción laboral y la variedad en el trabajo en la gestión gerencial de las empresas industriales con más de mil trabajadores en la ciudad de Caracas?, ¿las series televisivas estadounidenses traducidas al español *En la escena del crimen* o *CSI* y *La ley y el orden UVE* exhibieron el último año más escenas sexuales que

las telenovelas chilenas?, ¿conforme se desarrollan las psicoterapias aumentan o declinan las expresiones verbales de discusión y exploración de los futuros planes personales que manifiestan las pacientes (que son mujeres ejecutivas que viven en Barranquilla)?, ¿existe alguna relación entre el nivel jerárquico y la motivación intrínseca en el trabajo en los empleados del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Argentina?, ¿la exposición de los votantes a los debates televisivos de los candidatos a la presidencia de Guatemala está relacionada con la decisión de votar o de abstenerse?

Cuanto más precisas son las preguntas, más fácilmente se responden, y esto deben tomarlo en cuenta sobre todo los estudiantes que se inician en la investigación. Desde luego, hay macroestudios en los que se investigan muchas dimensiones de un problema y que, inicialmente, llegan a plantear preguntas más generales. Sin embargo, casi todos los estudios versan sobre cuestiones más específicas y limitadas.

Ejemplo

Investigación de Mariana sobre el noviazgo

Al aplicar lo anterior al ejemplo de la investigación sobre el noviazgo, las preguntas de investigación podrían ser:

- ¿La atracción física, la confianza, la proximidad física, el reforzamiento de la autoestima y la similitud ejercen una influencia significativa en el desarrollo del noviazgo entre jóvenes catalanes?
- ¿Cuál de estos factores ejerce mayor influencia sobre la evaluación de la relación, el interés que muestran por ella y la disposición a continuarla?
- ¿Están vinculadas la atracción física, la confianza, la proximidad física, el reforzamiento de la autoestima y la similitud?
- ¿Existe alguna diferencia de género (entre los hombres y las mujeres) con respecto al peso que le asignan a cada factor en la evaluación de la relación, el interés que muestran por ella y su disposición a continuarla?
- ¿La edad está relacionada con el peso asignado a cada factor respecto de la evaluación de la relación, el interés que muestran por ella y la disposición a continuarla?

Como podemos observar, las preguntas están completamente relacionadas con sus respectivos objetivos (van a la par, son un reflejo de éstos).

Ya sabemos que el estudio se llevará a cabo en Cataluña, pero debemos ser más específicos; por ejemplo: realizarlo entre estudiantes de licenciaturas administrativas de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ahora bien, con una simple ojeada al tema nos daríamos cuenta de que se pretende abarcar demasiado en el problema de investigación y, a menos que se cuente con muchos recursos y tiempo, se tendría que limitar el estudio, por ejemplo, al factor de la similitud. Entonces, se preguntaría: ¿la similitud ejerce alguna influencia significativa sobre la elección de la pareja en el noviazgo y la satisfacción dentro de éste?

Por otro lado, como sugieren Morse (2010) y Rojas (2001), es necesario establecer los límites temporales y espaciales del estudio (época y lugar) y esbozar un perfil de las unidades o casos que se van a analizar (personas, procesos, viviendas, escuelas, animales, fenómenos, eventos, etc.), perfil que, aunque es tentativo, resulta muy útil para definir el tipo de investigación que habrá de llevarse a cabo.

Desde luego, es muy difícil que todos estos aspectos se incluyan en las preguntas de investigación. Pero cabe plantearse una o varias interrogantes y acompañarlas de una breve explicación del tiempo, el lugar y las unidades de observación del estudio.

Al igual que en el caso de los objetivos, durante la investigación pueden modificarse las preguntas originales o agregarse otras nuevas; y como se deduce de lo anterior, la mayoría de los estudios plantean más de una pregunta, ya que de este modo se cubren diversos aspectos del problema a investigar.

León y Montero (2003) mencionan los requisitos que deben cumplir las preguntas de investigación:

- Que no se conozcan las respuestas (si se conocen, no valdría la pena realizar el estudio).
- Que puedan responderse con evidencia empírica (datos observables o medibles).
- Que impliquen usar medios éticos.
- Que sean claras.
- Que el conocimiento que se obtenga sea sustancial (que aporte conocimientos a un campo de estudio).

Justificación de la investigación Indica el porqué de la investigación exponiendo sus razones. Por medio de la justificación debemos demostrar que el estudio es necesario e importante.

Justificación de la investigación

Además de los objetivos y las preguntas de investigación, *es necesario* **justificar el estudio** *mediante la exposición de sus razones* (el *para qué* del estudio o *por qué debe efectuarse*). La mayoría de las investigaciones se ejecutan con un propósito definido, pues no se hacen simplemente por capricho de una persona, y ese propósito debe ser lo suficientemente significativo para que se justifique su realización. Además, en muchos casos se tiene que explicar por qué es conveniente llevar a cabo la investigación y cuáles son los beneficios que se derivarán de ella: el pasante deberá exponer a un comité escolar el valor de la tesis que piensa realizar, el investigador universitario hará lo mismo con el grupo de personas que aprueban proyectos de investigación en su institución e incluso con sus colegas, el asesor tendrá que aclarar a su cliente las bondades que se obtendrán de un estudio determinado, el subordinado que propone una investigación a su superior deberá dar razones de su utilidad. Lo mismo ocurre en todos los casos; siempre es importante la justificación.

Criterios para evaluar la importancia potencial de una investigación

3 Una investigación llega a ser conveniente por diversos motivos: tal vez ayude a resolver un problema social, a formular una teoría o a generar nuevas inquietudes de investigación. Lo que algunos consideran relevante para investigar puede no serlo para otros, pues suele diferir la opinión de las personas. Sin embargo, es posible establecer criterios para evaluar la utilidad de un estudio propuesto, los cuales, evidentemente, son flexibles y de ninguna manera son exhaustivos. A continuación se indican algunos de estos criterios formulados como preguntas, que fueron adaptados de Ackoff (1973) y Miller y Salkind (2002). También afirmaremos que, cuantas más respuestas se contesten de manera positiva y satisfactoria, más sólidas serán las bases de la investigación para que se justifique emprenderla.

- *Conveniencia.* ¿Qué tan conveniente es la investigación?; esto es, ¿para qué sirve?
- *Relevancia social.* ¿Cuál es su trascendencia para la sociedad?, ¿quiénes se beneficiarán con los resultados de la investigación?, ¿de qué modo? En resumen, ¿qué alcance o proyección social tiene?
- *Implicaciones prácticas.* ¿Ayudará a resolver algún problema real?, ¿tiene implicaciones trascendentales para una amplia gama de problemas prácticos?
- *Valor teórico.* Con la investigación, ¿se llenará algún vacío de conocimiento?, ¿se podrán generalizar los resultados a principios más amplios?, ¿la información que se obtenga puede servir para revisar, desarrollar o apoyar una teoría?, ¿se podrá conocer en mayor medida el comportamiento de una o de diversas variables o la relación entre ellas?, ¿se ofrece la posibilidad de una exploración fructífera de algún fenómeno o ambiente?, ¿qué se espera saber con los resultados que no se sabía antes?, ¿se pueden sugerir ideas, recomendaciones o hipótesis para futuros estudios?
- *Utilidad metodológica.* ¿La investigación puede ayudar a crear un nuevo instrumento para recolectar o analizar datos?, ¿contribuye a la definición de un concepto, variable o relación entre variables?, ¿pueden lograrse con ella mejoras en la forma de experimentar con una o más variables?, ¿sugiere cómo estudiar más adecuadamente una población?

Desde luego, es muy difícil que una investigación pueda responder positivamente a todas estas preguntas. Algunas veces sólo cumple un criterio.

Ejemplo

Investigación de Mariana sobre el noviazgo

Mariana podría justificar su estudio de la siguiente manera:[2]

De acuerdo con Méndez (2014), una de las preocupaciones centrales de los jóvenes lo constituye la relación con su pareja sentimental. En algunos estudios como el de Mendoza (2013) y el de Stafford y Merolla (2007)

[2] Por cuestiones de espacio, el ejemplo se ha simplificado y reducido. Lo importante es que se comprenda la forma en que se justifica una investigación. Los años de algunas citas se han adaptado para mantener vigente el ejemplo.

se encontró que los universitarios que tienen dificultades con sus parejas o se encuentran físicamente alejados de ellas (digamos que viven en otra ciudad o se frecuentan de manera ocasional), tienen un desempeño académico más bajo que quienes llevan una relación armónica y que se frecuentan con regularidad. Muñiz y Rangel (2014) encontraron que un noviazgo satisfactorio eleva la autoestima...

Asimismo, 85% de los universitarios dedican un tiempo considerable de sus pensamientos a la pareja (Torres, 2011)... [*Es importante incluir cifras y citas de otros estudios que señalen la importancia y magnitud del problema de estudio.*]

La investigación planteada contribuirá a generar un modelo para entender este importante aspecto en la vida de los jóvenes estudiantes iberoamericanos (*valor teórico*). Asimismo, los resultados del estudio ayudarán a crear una mayor conciencia entre los mentores de los universitarios sobre esta faceta de sus aconsejados, y cuando uno de ellos tenga problemas en sus relaciones de pareja, podrán asesorarlo mejor y más completamente (*implicación práctica*). Por otro lado, mediante la investigación se desarrollará un método para medir las variables del estudio en el contexto catalán, pero con aplicaciones a otros ambientes latinoamericanos (*valor metodológico*)...

Viabilidad de la investigación

Recordemos que además de los elementos anteriores, es necesario considerar otro aspecto importante del planteamiento del problema: la *viabilidad* o *factibilidad* del estudio; para ello, debemos tomar en cuenta la disponibilidad de tiempo, recursos financieros, humanos y materiales que determinarán, en última instancia, los alcances de la investigación (Mertens, 2010 y Rojas, 2001).

Asimismo, resulta indispensable que tengamos acceso al lugar o contexto donde se realizará el estudio. Es decir, tenemos que preguntarnos de manera realista si es posible llevar a cabo esta investigación y cuánto tiempo tomará efectuarla. Estas preguntas son particularmente importantes cuando se sabe de antemano que se dispondrá de pocos recursos.

Las investigaciones que se demoran más allá de lo previsto pueden no ser útiles cuando se concluyen, sea porque sus resultados no se aplican, porque han sido superados por otros estudios o porque el contexto cambió. La oportunidad y el cumplimiento de las especificaciones son esenciales (Hernández-Sampieri, 2014).

Ejemplo

Un caso de inviabilidad

Este hecho ocurrió hace algunos años, cuando un grupo de compañeros estudiantes de ciencias de la comunicación decidió realizar su tesis sobre el efecto que tendría introducir la televisión en una comunidad donde no se conocía. El estudio buscaba, entre otras cuestiones, analizar si los patrones de consumo cambiaban, las relaciones interpersonales se modificaban, y las actitudes y los valores centrales de los habitantes (religión, actitudes hacia el matrimonio, familia, planificación familiar, trabajo, etc.) se transformaban con la introducción de la televisión. La investigación parecía interesante porque había pocos estudios similares, y éste aportaría información útil para el análisis de los efectos de tal medio, la difusión de innovaciones y otras áreas de conocimiento. Sin embargo, el costo de la investigación era muy elevado (había que adquirir muchos televisores y obsequiarlos a los habitantes o rentarlos, hacer llegar a la comunidad las transmisiones, contratar a bastante personal, hacer considerables erogaciones en viáticos, etc.), lo cual superaba las posibilidades económicas de los estudiantes, aun cuando consiguieran financiamiento. Además, llevaría bastante tiempo realizarlo (cerca de tres años), tomando en cuenta que se trataba de una tesis. Posiblemente para un investigador especializado en el área, este plazo no resultaría un obstáculo. El factor temporal varía con cada investigación; a veces se requieren los datos en el corto plazo, mientras que en otras ocasiones el tiempo no es relevante. Hay estudios que duran años porque su naturaleza así lo exige.

Evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema

También es importante que consideremos respecto de nuestro problema de investigación las siguientes preguntas: ¿qué más necesitamos saber del problema?, ¿qué falta de estudiar o abordar?, ¿qué no

se ha considerado?, ¿qué se ha olvidado? Las respuestas nos ayudarán a saber dónde se encuentra ubicada nuestra investigación en la evolución del estudio del problema y qué nuevas perspectivas podríamos aportar.

Ahora bien, de acuerdo con Hernández-Sampieri y Méndez (2009), este aspecto del planteamiento sólo se puede incluir si el investigador ha trabajado o se encuentra vinculado con el tema de estudio, y si sus conocimientos le confieren una perspectiva clara del problema que se va a indagar. De no ser así, la evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema se tendrá que llevar a cabo después de haber hecho una revisión más completa de la literatura, lo cual es parte del siguiente paso en el proceso de la investigación cuantitativa. Para poner un ejemplo de lo anterior, Núñez (2001) al inicio de su investigación pretendía entender el sentido de vida de los maestros universitarios, según los conceptos de Viktor E. Frankl.[3] Sin embargo, era la primera vez que profundizaba en estas nociones y en ese momento ella no sabía que había muy pocos instrumentos para medir tal variable tan compleja (y menos en el contexto latinoamericano). Fue hasta después de realizar la revisión de la literatura que se dio cuenta de esto. Entonces, modificó su planteamiento y se abocó, primero, a desarrollar y validar un cuestionario que midiera el sentido de vida, y luego a comprender su naturaleza y alcance en los docentes.

Consecuencias de la investigación

Aunque no sea con fines científicos, pero sí éticos,[4] es necesario que el investigador se cuestione acerca de las *consecuencias del estudio.* En el ejemplo anterior del caso de inviabilidad, suponiendo que se hubiera efectuado la investigación, resultaría conveniente preguntarse antes de realizarla cómo afectará a los habitantes de esa comunidad.

Imaginemos que se piensa realizar un estudio sobre el efecto de un medicamento que se usa en el tratamiento de la esquizofrenia. Cabría reflexionar sobre la conveniencia de efectuar o no la investigación, lo cual no contradice el postulado de que la investigación científica no estudia aspectos morales ni formula juicios de este tipo. No lo hace, pero tampoco significa que un investigador no pueda decidir si realiza o no un estudio porque ocasionaría efectos perjudiciales para otros seres humanos. De lo que aquí se habla es de suspender una investigación por ética personal, y no de llevar a cabo un estudio de cuestiones éticas o morales. La decisión de realizar o no una investigación por las consecuencias que ésta pueda acarrear es una decisión individual de quien la concibe. También es un aspecto del planteamiento del problema que debe ventilarse. La responsabilidad es digna de tomarse en cuenta siempre que se va a realizar un estudio. Respecto de esta cuestión, las investigaciones actuales sobre la clonación plantean retos interesantes.

Tipos de planteamientos por su propósito

Los planteamientos cuantitativos pueden dirigirse a: 1) explorar fenómenos, eventos, comunidades, hechos y conceptos o variables (su esencia es exploratoria); 2) describirlos (su naturaleza es descriptiva); 3) vincularlos (su esencia es correlacional o correlativa); y 4) considerar los efectos de unos en otros (su naturaleza es causal).

Lester y Lester (2012) consideran que los planteamientos son útiles para: 1) evaluar, 2) comparar, 3) interpretar, 4) establecer precedentes y 5) determinar causalidad y sus implicaciones. Esta tipología es muy adecuada para la investigación aplicada (incluyendo la que tiene como justificación adelantos y productos tecnológicos) y para las investigaciones de las que se derivan acciones.

1. **Evaluar.** Para evaluar es necesario establecer criterios claros de valoración y luego explicar cómo el problema los articula. Por ejemplo, en una investigación que tiene como objetivo determinar los factores del desempeño docente que tienen un mayor efecto en el aprendizaje de un grupo de

[3] Importante psicoterapeuta del siglo xx, quien fue internado en el campo de concentración de Theresienstadt hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, donde perfiló el concepto de la búsqueda de un sentido para la vida del ser humano.

[4] En el centro de recursos en línea de la obra (Material complementario → Capítulos adicionales → Capítulo 2) el lector encontrará un capítulo sobre la ética en la investigación.

Centro de recursos en línea

estudiantes, las evaluaciones sobre tal desempeño deben basarse en criterios explícitos (interés por el progreso de los alumnos, conocimiento de los temas que enseña, motivación para que los estudiantes se interesen por los contenidos, claridad de sus explicaciones, etcétera).

Un ejemplo de objetivo de esta categoría podría ser: "evaluar la eficacia de un método para controlar la diabetes" en adultos colombianos entre 50 y 60 años (desde luego, hay que especificar el método y al final determinar a qué se debe la eficacia).

2. **Comparar.** Contrastar grupos, categorías, clases o tipos de fenómenos en cuanto a alguna propiedad o variable. Por ejemplo, la siguiente pregunta de investigación: ¿cuál de los siguientes fondos de inversión ha producido mayores ganancias para los inversionistas en el último año: Fondo ECA, Fondo RHS o Fondo NL304?[5] ¿Por qué?
3. **Interpretar.** Analizar el significado e implicaciones de un problema de investigación. Por ejemplo, en la investigación jurídica puede plantearse respecto a determinada reforma legal (un nuevo artículo en una ley o la introducción de un reglamento) la siguiente pregunta: ¿cuál es el significado y las implicaciones de este cambio en la ley para cierto tipo de personas? Imaginemos que se aumentan los impuestos en la ley hacendaria de un país para el próximo año. ¿Qué implica para cierta categoría de contribuyentes? (digamos microempresarios de una región y rubro específicos). ¿Qué efectos tendría en sus ganancias?. Lo mismo si se introduce cadena perpetua a los secuestradores, resultaría indispensable interpretar su significado y sus consecuencias para diferentes sectores de la población.
4. **Establecer precedentes.** Determinar si se han presentado fenómenos, problemas de investigación o situaciones similares. Por ejemplo, en una controversia legal comercial entre dos naciones, debe realizarse una investigación para indagar si existen o no precedentes jurídicos y qué decisiones se han tomado. Los precedentes son convenciones, costumbres o actos bien establecidos. En el ámbito legal representan un conjunto de normas instituidas por casos previos (Lester y Lester, 2012). Por ejemplo, en estudios médicos es común que se verifique qué otros casos (precedentes) se han presentado similares al que se analiza, cómo han sido tratados y qué resultados se han obtenido (desde un diagnóstico clínico hasta un brote epidémico). Lo mismo pasa en el análisis de catástrofes naturales y no naturales (terremoto, gran explosión, actos de terrorismo, etcétera).
5. **Determinar las causas de un fenómeno o problema de investigación.** Desde qué provocó una gran explosión como la ocurrida en México el 31 de enero del 2013 en un edificio de oficinas de la empresa Petróleos Mexicanos (Pemex), con consecuencias terribles (decenas de muertes y heridos), hasta qué factores provocan un incremento en el porcentaje de diabéticos en un país, estado o provincia latinoamericana o qué causó la profunda crisis de desempleo en España durante 2012.

Por su parte, Creswell (2013a) habla de tres propósitos fundamentales, que más adelante retomaremos para ilustrar cómo redactar planteamientos cuantitativos: 1) comparar grupos o categorías según una o más variables, para analizar el efecto de una causa sobre una consecuencia (como es característico de los experimentos); 2) relacionar diversas variables (dos o más); y 3) determinar el impacto de una o más causas (que más adelante denominaremos variables independientes) sobre una o más consecuencias (variables dependientes). En ocasiones, también hay que considerar el efecto de alguna o diversas variables mediadoras o intervinientes.

Algunos ejemplos de dificultades o errores frecuentes en el planteamiento del problema

A continuación veremos ejemplos de dificultades o errores que suelen presentarse al elaborar un planteamiento. En ocasiones sólo se menciona el objetivo del estudio y otras veces únicamente la pregunta de investigación, no ambos elementos, casi siempre con la finalidad de no extender demasiado las

[5] Fondos ficticios.

explicaciones. Un ejercicio que puede resultar revelador para los estudiantes es que cuando se muestra el objetivo, se redacte la pregunta y viceversa. Veamos.

1. *Términos generales, poco específicos.*

Este error ya se trató, pero es tan común que vale la pena agregar más ejemplos.

Ejemplo de pregunta inadecuada: ¿cuáles serán las necesidades de asesoría de alto nivel de las empresas medianas y grandes de la zona centro del país?

Esta pregunta es sumamente vaga y necesita delimitarse: ¿qué tipo de necesidades en qué rubro? (financiero, recursos humanos, calidad, producción, mercadotecnia, etc.). Aun así, estos rubros son generales y están integrados por otros. Por ejemplo, recursos humanos: capacitación, manejo de la nómina, salarios y prestaciones, clima organizacional, etc. ¿Qué significa "alto nivel"? En realidad, nada; es una frase imprecisa. "Las empresas medianas y grandes", ¿en cuánto a qué: personal (nómina), ventas, volumen económico de operaciones? Recordemos que los criterios para definir el tamaño de una empresa varían dependiendo de su giro: comercial, industrial o servicios.

¿Y qué significa la "zona centro del país"? Resulta ineludible especificar qué provincias abarca. Además, suponiendo que se delimite, ¿se incluirán en el estudio todas las empresas medianas y grandes de cualquier clase de actividad productiva de un país? (desde hoteles, supermercados, salones de belleza, agencias automotrices y tiendas departamentales, hasta todo tipo de industrias). Es irreal, "fantasioso"; apenas los gobiernos de las naciones con todos sus recursos pueden efectuar censos empresariales. Y aun cuando se obtenga una muestra, el trabajo resultaría titánico.

Más ejemplos de planteamientos con objetivos imprecisos:

- Determinar el efecto económico potencial de la producción agrícola orgánica en el estado de Guanajuato, a partir de sus oportunidades y la demanda en los mercados exteriores.
- Identificar los productos con mayor posibilidad de penetrar en nuevos mercados.
- Sugerir un proceso óptimo para la comercialización de estos productos.

En cuanto al primer objetivo, encontramos varios términos tan generales que no nos orientan sobre un estudio específico. "Efecto económico" puede implicar muy distintas cuestiones. "Producción agrícola orgánica" abarca muy diversos cultivos (como el café, el plátano, etc.). "Mercados exteriores" (¿cuáles?). El segundo objetivo incluye "nuevos mercados", concepto sumamente vago. El tercer punto, además de emplear términos imprecisos, no es un objetivo de investigación, sino que, en todo caso, puede ser un resultado del estudio.

Otros ejemplos de objetivos vagos o muy generales:

- Analizar las causas del cáncer de mama en mujeres mayores. ¿Qué significa mujer mayor?, ¿dónde se contextualiza el estudio?, ¿todas las causas posibles?
- Conocer las consecuencias de la depresión. ¿De qué naturaleza?, ¿qué clase de consecuencias?
- Determinar los problemas de producción de las fábricas de calzado. ¿Qué tipo de problemas?, ¿fábricas de calzado?, ¿de cualquier tamaño?, ¿de toda variedad de calzado? (desde deportivo, casual, para hombres y mujeres de todas las edades de todo el mundo).
- Determinar las necesidades de las amas de casa de Asunción, al comprar en los supermercados. Sumamente vago y confuso.
- Identificar las causas y los efectos sociales del fenómeno de la reincidencia en la comisión de delitos, así como los factores legales, sociales e institucionales vinculados con ella, con el fin de determinar los recursos necesarios para contrarrestarla mediante su adecuada administración.

Este objetivo, además de ser muy largo, contiene dos partes. La primera: "identificar las causas y los efectos sociales del fenómeno de la reincidencia en la comisión de delitos, así como los factores legales, sociales e institucionales vinculados con ella". La segunda: "determinar los recursos necesarios para contrarrestarla, mediante su adecuada administración". Un objetivo o una pregunta de investigación debe expresar sólo una idea; no podemos incluir dos objetivos (ideas) en uno. Por otro lado, ¿acaso se estudiarán todos los tipos de delitos? ¿Robo a casa habitación, narcotráfico, abusos sexuales, violencia doméstica, evasión de impuestos, etc.? No sería práctico. ¿Y se piensa analizar todos los factores legales, sociales e institucionales? Definitivamente,

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

no es realista, y menos para un trabajo universitario. Los jóvenes que hicieron tal planteamiento no habían enfocado ni delimitado su estudio. Además, el segundo supuesto objetivo de investigación no es tal, sino que sólo se trata de una "consecuencia administrativa", que incluso es vaga. ¿Qué significa "contrarrestar la reincidencia delictiva" y "adecuada administración"?

2. *Objetivos o preguntas dirigidas a una etapa de la investigación y no a todo el proceso*.
En ocasiones, los alumnos redactan objetivos o preguntas de investigación que solamente se enfocan en una o unas cuantas etapas del proceso y que no constituyen guías para una indagación completa. Por ejemplo:

   - Medir el valor del capital humano en hoteles de gran turismo que operan en Bariloche.

   Además de impreciso, "medir" no es un objetivo de investigación, sino una actividad en la investigación cuantitativa (recolección de los datos). A veces se llevan a cabo estudios con el objetivo de adaptar, generar o validar un instrumento para medir una o más variables en un contexto específico y no suelen establecerse preguntas de investigación porque serían muy obvias (¿será válido y confiable el instrumento?). Además, la enunciación del objetivo puede iniciar con un verbo como "construir, generar, adaptar, desarrollar, probar, validar un instrumento".

   - Revisar la forma en que ha sido definida la satisfacción laboral o el cáncer vaginal. Aparte de que no se delimita el contexto, la definición de un concepto es parte de la revisión de la literatura o la conceptualización de las variables, que es una actividad que se realiza en toda investigación, pero no un fin en sí misma. Es un objetivo para una tarea específica. Lo mismo ocurre con objetivos como: aplicar cierta prueba estadística, relacionar categorías, recolectar datos, determinar la muestra, etcétera.

3. *Objetivos o preguntas dirigidas a una consecuencia, entregable, producto o impacto de la investigación*.

   - Promover el empleo en la ciudad de Puerto Montt en Chile.
   - Generar un nuevo programa para analizar los datos cualitativos.
   - Desarrollar un procedimiento quirúrgico.
   - Disminuir el número de decesos provocados por algún virus.
   - Incrementar la productividad de una planta que manufactura arneses para aviones comerciales.
   - Construir un edificio resistente a megaterremotos de más de 9 grados en la escala sismológica de Richter.
   - Motivar a los trabajadores de las pequeñas empresas que se dedican a la orfebrería en el municipio del Oro, Estado de México.

Los objetivos anteriores representan cuestiones que pueden resultar de una investigación (efectos positivos para un grupo, comunidad, país, región e incluso la humanidad). Desde luego, y a fin de cuentas, se investiga en todos los campos del conocimiento para mejorar nuestras condiciones de vida; pero los ejemplos de arriba no son en sí objetivos del estudio, sino productos, por loables que sean (y se incluyen en la justificación). Por ejemplo, el objetivo de investigación para el último caso sería: determinar los factores que inciden en la motivación de los trabajadores de las pequeñas empresas que se dedican a la orfebrería en el municipio del Oro, Estado de México.

En las distintas áreas del conocimiento se mejoran constantemente los procesos y se desarrollan nuevas tecnologías y productos, como fruto de las investigaciones. En estos casos, el planteamiento implica identificar las variables que inciden en la mejora o el adelanto y en analizar cómo perfeccionarlas. El logro u objetivo de la mejora sería parte de la justificación.

Ejemplo

Pérez, Arango y Agudelo (2009) realizaron un estudio para determinar el efecto que tienen los siguientes factores: experiencia del operario, tipo de dobladora, clase y grosor del material utilizado sobre la longitud y

ángulo de doblado de las piezas de metal producidas.[6] La investigación se llevó a cabo en una empresa que manufactura piezas que componen el acabado de ascensores (láminas).

Justificación básica (abreviada). En la producción de piezas de metal, el proceso de doblado es crucial y se efectúa después del corte, siguiendo las rutas de producción en la planta fabril. Las piezas que son dobladas pasan a procesos posteriores, como el de ensamble por medio de soldadura o pegado estructural.

De acuerdo con los autores, las piezas de cada proceso se catalogan según cuatro grados de calidad:

Grado 1: pieza que cumple con las especificaciones.
Grado 2: pieza que no cumple con las especificaciones, pero es útil funcionalmente.
Grado 3: pieza que no cumple con las especificaciones, pero puede ser reprocesada.
Grado 4: pieza que no cumple con las especificaciones.

El proceso de doblado es el que presenta mayores devoluciones en la planta por fallas de calidad (el que genera el mayor número de piezas grado 3 y grado 4). De hecho, este proceso fue la causa principal de las devoluciones del último año.[7]

Todo esto repercute en la producción, debido a que se generan pérdidas de tiempo, dinero y materias primas. Por ello, deben analizarse las causas de las deficiencias en el doblado que provocan pérdidas y reprocesos.

4. *Objetivos o preguntas que no implican una investigación completa (el proceso) sino la obtención de un dato o cierta información.*

   Por ejemplo, si establecemos el siguiente objetivo: determinar el número de casos positivos de VIH registrados durante un año en Managua, Nicaragua. El objetivo pide que se obtenga un dato que por alguna razón es necesario y puede ser importante contar con éste; sin embargo, no orienta hacia una investigación completa (que implique revisión de la literatura, establecimiento de hipótesis, recolección y análisis de los datos y elaboración de un reporte). Es más bien un ejercicio de obtención de información. Sería distinto si el objetivo se centrara en pronosticar un número de casos de VIH en un periodo y lugar (en este caso, 2014 y Managua) y las razones por las que se presentaría un incremento o una disminución. Algo similar ocurriría con las siguientes preguntas de investigación:

   - ¿Cuál es el monto de ventas en el mercado nacional durante el último año fiscal de determinada empresa que fabrica cereales?
   - ¿Cuántos juicios de divorcio ocurrieron durante este trimestre en los juzgados de Trujillo en Perú?

5. *Objetivos o preguntas que son de poco valor como para desarrollar toda una investigación.*

   Una estudiante presentó el siguiente objetivo para un estudio: realizar un sondeo de la carga de materias en las universidades que ofrecen la carrera de ciencias de la comunicación en la ciudad de David (Panamá). Además de que la redacción es incorrecta e imprecisa, y "realizar un sondeo" no es un objetivo de investigación, saber cuántas materias incluye el plan de estudios de dicha licenciatura en varias universidades de cierta ciudad y su distribución por semestre no es relevante como para llevar a cabo toda una investigación. Puede resultar significativo para un joven que ha elegido estudiar la carrera de ciencias de la comunicación, y se encuentra en vías de decidir en cuál universidad cursarla, pero nada más.

6. *Objetivos o preguntas que plantean estudios dispersos (en varias direcciones).*

   En ocasiones, se esbozan varios objetivos o preguntas que nos conducen a distintas investigaciones y nos llevan en varias direcciones. Tal es el caso del siguiente planteamiento:

   Objetivos:

   - Conocer la satisfacción de los obreros respecto de su jornada laboral.
   - Percibir si los obreros consideran justa la remuneración que reciben por su trabajo.

[6] Algunos términos y categorías de dos factores de este ejemplo se adaptaron y solamente se presentan algunas facetas para fines de ilustración. Hemos sido respetuosos con este importante trabajo. Recomendamos al lector leer el artículo completo, cuya referencia se encuentra en la bibliografía de este libro.

[7] Podría incluirse aquí algún dato que apoyara por qué es importante y justificable realizar el estudio. Los autores mencionan porcentajes de los avisos de calidad durante tres meses: 27.27% en el mes de enero, 23.40% en febrero y 26.08% en marzo (suponemos que son los tres últimos meses antes del estudio).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

- Saber si las condiciones de su ambiente de trabajo son favorables.
- Analizar si la relación con sus jefes es la adecuada.
- Evaluar los problemas que tienen los obreros en su matrimonio.
- Determinar el consumo de alcohol de los obreros y su relación con la productividad.

Estos objetivos tienen varios problemas, son imprecisos, generales, su redacción es incorrecta, etc. No se sabe a qué tipo de obreros nos referimos. Varios términos resultan vagos: "percepción de su jornada laboral" (¿respecto de qué?, ¿si es muy larga?, ¿si la hora para el almuerzo es satisfactoria?), "condiciones de su ambiente de trabajo" (¿cuáles?), "favorables" (¿qué es una condición favorable?), "relación adecuada" (¿en cuanto a qué?), "problemas" (¿de qué naturaleza?), "consumo de alcohol" (¿consumir una cerveza es igual a beber varios vasos de vino, tequila o ron?). Pero, además, el planteamiento abarca varias investigaciones: una relacionada con la satisfacción de las condiciones laborales, en la cual habría que especificar cuáles; otra está referida a su situación matrimonial, en la que es necesario establecer varias precisiones, y una tercera se enfoca en vincular el grado de consumo de alcohol y una medida de productividad individual, pero que también requiere mucha mayor claridad. A veces queremos abarcar tantos aspectos que nos perdemos en demasiados objetivos y preguntas.

Más ejemplos de planteamientos inadecuados y otros errores los podrá encontrar el lector en el capítulo 11 del centro de recursos de la obra (en el menú "Material complementario", apartado Capítulos adicionales).

Centro de recursos en línea

Método gráfico para delimitar el problema

Como a algunos de nosotros a veces nos resulta complejo delimitar el planteamiento del problema, a continuación sugerimos un sencillo método gráfico para este fin.

Supongamos que a una estudiante le interesan el "desarrollo humano personal", "su propio género" y el "divorcio", y decide hacer su investigación sobre "algo" vinculado a estos conceptos, pero le cuesta trabajo *acotar* su investigación y plantearla. Entonces, puede hacer lo siguiente:

1. Escribir primero los conceptos que tiene en "la mira".

Desarrollo humano (abarca múltiples conceptos)

Mujeres (¿de qué edades, lugar, etcétera?)

Divorcio (¿cuándo, hace 10 años, ayer, etcétera?)

Sus conceptos aún son muy generales y debe acotarlos.

2. Posteriormente, buscar conceptos más específicos para sus conceptos generales.

Autoestima (un elemento del desarrollo humano personal)

Paceñas (de la Paz, Bolivia) con altos ingresos

Divorcio reciente (un año o menos)

3. Una vez precisados los conceptos, redacta un objetivo y pregunta de investigación (con uno y una bastó).

Objetivo:

Determinar qué efectos en la autoestima provoca un divorcio reciente (mujeres paceñas de 30 a 40 años de nivel socioeconómico alto, divorcio reciente de un año o menos).

Pregunta de investigación:

¿Qué efectos produce en la autoestima el divorcio reciente en dichas mujeres?

Comentario: el planteamiento puede enriquecerse con datos y testimonios que nos ayuden a enmarcar el estudio o la necesidad de realizarlo.

Por ejemplo: si planteamos una investigación sobre las consecuencias de la violencia con armas de fuego en las escuelas, podemos agregar estadísticas sobre el número de incidentes violentos de ese tipo, el número de víctimas resultantes de ello, testimonios de algún experto en el tema, padres de familia o estudiantes que hayan sido testigos de los hechos, etcétera.

Centro de recursos en línea

Otras formas gráficas para lograr claridad en el planteamiento las podrá encontrar el lector en el capítulo 11 del centro de recursos en línea de esta obra.

Redacción de planteamientos cuantitativos en protocolos

El planteamiento del problema siempre se incluye en las propuestas o protocolos y los reportes o informes de resultados (sea cual sea su formato: artículo para revista científica, tesis, trabajo presentado en congreso o documento en una asignatura, entre otros). En propuestas, se incluye como un apartado o en la introducción, se redacta en tiempo presente o futuro (se plantea, se busca, se pretende, se hará, etc.) y puede escribirse en formato de párrafos o viñetas, mientras que en reportes se incluye en la introducción, se redacta en tiempo pasado (se hizo, se planteó, se pretendió, se determinó, etc.) y su formato es en párrafos.[8]

Al respecto, se sugiere que el planteamiento contenga:

- Párrafo introductorio con la intención o finalidad básica del estudio (objetivo central).
- Objetivos (presentados juntos en uno o dos párrafos).
- Preguntas (integradas en uno o dos párrafos).
- Justificación (de uno a tres párrafos que resuman las respuestas a las siguientes preguntas: ¿qué aportará el estudio?, ¿por qué es importante efectuarlo? (en propuestas) o ¿qué aportó la investigación? y ¿por qué fue importante llevarla a cabo? (en informes).
- Deficiencias en el conocimiento del problema en dos o tres párrafos: ¿cuáles son las deficiencias actuales y cómo se piensan solventar mediante la realización de la indagación? (en protocolos), y ¿cuáles eran las deficiencias y cómo se solventaron mediante la implementación del estudio? (en reportes).

A continuación mostramos algunos esquemas (guiones) de cómo puede redactarse la introducción inicial (propósito básico) y los objetivos y las preguntas en las principales clases de planteamientos en propuestas o protocolos, sin desear estandarizar (lo que sería una petulancia) sino simplemente como guías auxiliares para quien se inicia en la investigación.[9]

Introducción inicial o propósito básico del estudio

Como ya se mencionó, los planteamientos cuantitativos generalmente se orientan a explorar o describir conceptos (variables) o bien a relacionarlos o compararlos, y por eso deben incluirse. Cuando se vinculan conceptos o variables, el lenguaje usado debe asociarse con una finalidad deductiva (probar teorías e hipótesis). Creswell (2013a) sugiere que se identifiquen las variables principales, y si el estudio es explicativo (causal), que se señale cuáles son las causas (variables independientes), cuáles son los efectos o consecuentes (variables dependientes) y cuáles son los factores intervinientes (si es que se consideraron), acompañados de un modelo visual que señale con claridad la secuencia. Estos términos se amplían en capítulos subsecuentes.

Al elaborar el párrafo introductorio, Creswell (2009) recomienda:

- Utilizar palabras como "propósito, finalidad, intento u objetivo" para enfocar el estudio. Ejemplo: "el estudio tiene como objetivo (propósito, fin, intención)…"

Centro de recursos en línea

[8] En el centro de recursos en línea de esta obra (en Material complementario, apartado Capítulos adicionales) el lector podrá bajar el capítulo 9 "Elaboración de propuestas o protocolos cuantitativos, cualitativos o mixtos" que profundiza en todo lo relativo a este tema.
[9] Algunas ideas han sido adaptadas de Creswell (2013a y 2009).

- Utilizar verbos activos y frases que comuniquen la intención básica de la investigación, como: "determinar el efecto (impacto, influencia…)", generalizar, probar, comprobar, conocer, comparar, demostrar, evaluar, etcétera.
- Identificar la teoría, marco conceptual o modelo central, si lo hay. No se trata de explicarlo en esta parte, sino simplemente de mencionarlo, a modo de subrayar su importancia para el estudio.
- Señalar los conceptos o variables. En estudios causales, identificar la causa (independiente) y efecto o resultado (dependiente), así como factores, variables o conceptos intervinientes o moderadores (en experimentos, también cuestiones de control).
- En investigaciones que relacionan conceptos o variables, usar términos que los conecten o asocien, dependiendo del tipo de vínculo. Frases del tipo: "la relación entre… y …", "este grupo comparado con este otro…". Asimismo, puede haber estudios que abarquen contrastes.
- En planteamientos explicativos o causales (conceptos que tienen efectos sobre otros), posicionar los conceptos o variables de izquierda a derecha en el respectivo párrafo, de acuerdo con su causalidad (primero la causa o independiente y luego el efecto o dependiente). Si hay intervinientes, pueden ir entre las independientes y las dependientes, y si son de control, inmediatamente después de la dependiente.
- Asimismo deben incluirse otros elementos que más adelante se profundizan en la obra impresa y en el centro de recursos en línea, por lo que aquí simplemente se enuncian:[10]
- Mencionar el tipo de diseño concebido (por ejemplo, experimento, estudio de caso, encuesta).
- Referir a los casos o unidades de muestreo y análisis, siendo precisos. Definir y explicar si se trata de personas, hechos, procesos, productos, grupos, organizaciones o unidades de cualquier otra naturaleza, así como el contexto y lugar donde se efectuará la investigación. Por ejemplo: "amas de casa de un estrato socioeconómico medio-alto entre los 18 y 25 años de La Serena, Chile".
- Definir los principales conceptos o variables del estudio y cómo serán medidos o evaluados (esto último solamente se enuncia). Por ejemplo: "se aplicará el Inventario Multifacético de la Personalidad…", "se utilizará un medidor automático (baumanómetro) de presión arterial...", "se medirá con un durómetro la dureza de los materiales del experimento..."

Centro de recursos en línea

En una investigación cuantitativa, en la cual solamente se van a explorar o describir conceptos, el párrafo inicial puede ser:

> El propósito de este(a) _____ (estudio de caso, encuesta, investigación…) es _____ (explorar, describir, informar, indicar) las variables (conceptos) _____ (listarlas) en _____ (casos y contexto, ambiente, lugar del estudio).
>
> Un ejemplo de guión para el párrafo introductorio de un planteamiento que pretende relacionar conceptos (ligarlos o determinar una relación de causa y efecto) puede ser el siguiente:[11]
>
> El propósito de este(a) _____ (estudio de caso, experimento, encuesta…) es _____ para probar la(el) _____ (teoría, modelo, hipótesis…) que _____ (compara, asocia, vincula, relaciona, propone, señala…) la _____ (variable independiente o causa, si hay causalidad, si no, simplemente la variable) con la(el) _____ (variable dependiente o efecto), controlando la _____ (variable de control) en _____ (unidades, casos o participantes) en _____ (contexto, ambiente, sitio del estudio). La variable (independiente) _____ puede definirse (como…) _____ (breve definición), la interviniente _____ (definición), la dependiente _____ (definición) y la de control _____ (breve definición).
>
> Si es correlacional, simplemente se menciona: "las variables son _____ (nombrarlas y vincularlas). La variable _____ puede definirse como _____ (breve definición) y la variable _____ se concibe _____ (definición)".

[10] Si al lector se le complican los términos utilizados en estas páginas, se sugiere que lo platique con su profesor o que regrese más adelante a estas líneas para redactar su planteamiento.
[11] Cuando una parte del guión es repetitiva, debe simplificarse (no mencionar lo mismo dos veces).

Ejemplo

Ejemplo de párrafo introductorio

El presente estudio tiene como objetivo central explorar en el ámbito laboral mexicano un modelo que contextualice el clima organizacional y lo vincule con la cultura organizacional. Se elige el modelo de valores en competencia (MVC) de Kim S. Cameron y Robert E. Quinn, por ser tal vez el marco de referencia con más evidencias empíricas en lo que respecta a la cultura organizacional.[12]

El estudio se llevaría a cabo en una muestra heterogénea de 12 organizaciones de la región central de México, desde empresas medianas hasta grandes corporaciones y organismos públicos. Como instrumento, se utilizaría un cuestionario que mida las principales dimensiones del clima organizacional en función del MVC.

El clima organizacional puede conceptualizarse como un conjunto de percepciones de los individuos respecto de su medio interno de trabajo. Estas percepciones reflejan la interacción de los elementos individuales y las características y procesos de la organización. La cultura organizacional en el marco del MVC se define como una configuración única de normas, valores, creencias, asunciones, formas de comportamiento y características de la manera en la cual los empleados y grupos se combinan para realizar el trabajo.

Objetivos y preguntas

Las consideraciones sugeridas para el párrafo introductorio (introducción inicial o propósito básico) de la propuesta se aplican también a los objetivos y preguntas. Cuando se tiene solamente un objetivo y una pregunta, se incluyen en dicho párrafo y, obviamente, ya no son necesarios los objetivos ni las preguntas.

> En planteamientos exploratorios, un guión común para redactar los objetivos es el siguiente: "explorar _____ (concepto o conceptos, variable o variables) en _____(unidades o casos y contexto)", pero cuando se inician como exploratorios y se plantea que al final se expliquen causas: "determinar las causas de _____ (concepto o conceptos) en _____(unidades o casos y contexto)", la pregunta de investigación puede ser: ¿cuáles son las causas de _____ (concepto o variable)?

En investigaciones que solamente pretenden describir conceptos o variables podemos especificar objetivos y preguntas para cada concepto (si son distintos) o un objetivo y pregunta que agrupe diversos conceptos o variables.

En el caso de planteamientos correlacionales (que únicamente vinculan conceptos) o explicativos (determinan relaciones de causa y efecto o el impacto de un concepto sobre otro), el uso de conceptos o variables en objetivos y preguntas se centra fundamentalmente en tres aproximaciones:[13]

a) *Comparar entre grupos (categorías) para evaluar diferencias en uno o más conceptos o variables* o bien, *comparar entre grupos o categorías de una variable independiente (causa) para analizar el efecto en una variable dependiente (consecuencia).*

> Este modelo es característico de los experimentos. En esta segunda alternativa, al redactar el objetivo se plantea que la causa o variable independiente, cuyas categorías originan los diferentes grupos, tenga un efecto en la variable dependiente o consecuente. Por ejemplo: analizar si el medicamento A es más eficaz que el medicamento B para reducir la presión arterial (o si la clase de medicamento influye en una mayor reducción del nivel de presión arterial); o si el tipo de proceso (I, II y III) y las variables asociadas con él, afectan el índice de productividad en el armado de arneses para cierto tipo de jet.
>
> Lo anterior, trasladado a las preguntas de investigación, lleva a guiones como los siguientes: ¿habrá diferencias significativas entre _____(grupo 1, maquinaria A, proceso I, etc.), _____(grupo 2, maquinaria B, proceso II, etc.) y _____(grupo 3, maquinaria C, proceso III, etc.) en cuanto a _____ (variable dependiente)? ¿Las

[12] Hernández-Sampieri, Méndez y Contreras (2012).

[13] Desde luego, hay investigaciones para analizar el efecto de las variables independientes sobre las dependientes y viceversa, así como la forma en que los casos se agrupan en ambas, pero esto es objeto más bien de investigaciones multivariadas avanzadas (véase en el centro de recursos en línea, en Material complementario, el capítulo 8 del apartado capítulos adicionales).

Centro de recursos en línea

categorías (grupos) de la variable _____ (independiente) diferirán entre sí respecto de _____ (variable dependiente)? ¿La _____ (variable dependiente) será mayor en _____(el grupo 1, categoría 1, condición 1) que en _____ (el grupo 2, categoría 2, condición 2)?

Como ejemplo está: ¿el medicamento A es más eficaz para reducir la presión arterial que el medicamento B? O bien, ¿cuál de los siguientes medicamentos (A y B) es más eficaz para reducir la presión arterial?

b) *Relacionar diversas variables (dos o más).*

El objetivo plantea un vínculo entre variables. Por ejemplo: determinar si existe una relación entre la _____ (variable o concepto) y la_____ (variable o concepto). Tal sería el caso del siguiente planteamiento: "analizar si hay una relación entre la motivación, la satisfacción en el trabajo y la productividad". Al redactar las preguntas de investigación, se elaboran guiones como los siguientes: ¿habrá una relación entre _____ (concepto o variable), _____ (concepto o variable) y _____ (concepto o variable)?, ¿a mayor _____ (variable), mayor _____ (variable)?, ¿a mayor _____ (variable), menor _____ (variable)?

Por ejemplo: ¿habrá una relación entre el divorcio de los padres y la autoestima de los hijos? (en un contexto específico).

c) *Determinar el impacto de una o más variables independientes (conceptos causales) sobre una o más variables dependientes (conceptos efectos).*

En ocasiones se considera también el efecto de una o más variables mediadoras o intervinientes. Un ejemplo sencillo de relación causal sería: "comprobar el efecto que tiene la motivación en la productividad". Esto nos conduce a guiones para preguntas de investigación como el siguiente: ¿la _____ (causa o variable independiente) tendrá un efecto sobre la _____ (variable dependiente, efecto o consecuencia)? (Pueden usarse directamente verbos como "afectará, impactará, generará, provocará, causará").

Por ejemplo: ¿el consumo de leche enzimática a base de alpiste tendrá un efecto en la reducción del peso y el nivel de grasa en el organismo? (una variable independiente y dos dependientes relacionadas).

Para establecer objetivos y preguntas causales, Lester y Lester (2012, p. 37) sugieren que se enuncie una afirmación general de causa y efecto para irla precisando a través de sus consecuencias. Por ejemplo:

Afirmación general de causa y efecto o idea	La televisión puede tener efectos positivos en el desarrollo del lenguaje de los niños
Consecuencia 1	La televisión introduce nuevas palabras
Consecuencia 2	La televisión refuerza la utilización de palabras y su sintaxis apropiada
Consecuencia 3	La televisión ejemplifica los contextos en los cuales se pueden utilizar ciertas palabras

Entonces, el investigador puede establecer su objetivo causal: determinar si la exposición a programas televisivos de dibujos animados incrementa el vocabulario de los niños ecuatorianos en edad preescolar (tres a seis años) y mejora su sintaxis y ortografía.

Ejemplo

1. Cuevas, Hernández-Sampieri, Méndez y Mendoza (2010) realizaron un diagnóstico de la problemática de las mujeres que trabajaban en el sector industrial de un estado o provincia de México. Se trató de un estudio mixto concurrente, que comenzó como descriptivo. Algunos de los objetivos descriptivos fueron:

- Establecer si las guanajuatenses que trabajan en el sector industrial logran permanencia en su centro laboral y ascienden en su puesto.
- Descubrir qué factores facilitan y cuáles dificultan la inserción de las mujeres guanajuatenses en las organizaciones industriales.
- Conocer las principales capacidades y habilidades laborales que han desarrollado esas mujeres en su trayectoria laboral.

Los tres objetivos pretenden describir el fenómeno. Determinar (o establecer) la influencia de dichos factores en la inserción de las mujeres a los centros laborales industriales (aceptación, permanencia y ascenso) nos lleva a un plano causal (¿cómo influyen o afectan?).

Algunos estudios contienen preguntas descriptivas primero y luego de comparación de grupos y vinculación entre variables.

2. Un investigador pretende examinar la relación entre el espíritu emprendedor de los universitarios que están a punto de egresar y su inserción en el mercado de trabajo; digamos, entre estudiantes de licenciaturas administrativas de una región. La justificación se centra en que si demuestra que tal espíritu influye en una mejor inserción laboral, vale la pena invertir en los programas de generación de emprendedores en las instituciones de educación superior.

Se puede plantear primero una pregunta descriptiva para la variable independiente: ¿cuál es el grado de espíritu emprendedor de los estudiantes del último semestre de las carreras administrativas de la región?

Luego, se formula la pregunta causal o explicativa: ¿el grado de espíritu emprendedor predice una mejor inserción laboral?

Posteriormente, el investigador aplicará a una muestra de estudiantes del último semestre una medición de tal espíritu y, tiempo después, medirá qué tan pronto obtuvieron trabajo, a qué nivel, con qué salario y condiciones.

Resumen

- Plantear el problema de investigación cuantitativa consiste en afinar y estructurar más formalmente la idea de investigación, desarrollando cinco elementos: objetivos, preguntas, justificación, viabilidad y evaluación de las deficiencias.
- En la investigación cuantitativa, los cinco elementos deben ser capaces de conducir hacia una investigación concreta y con posibilidad de someterse a prueba empírica.
- En el enfoque cuantitativo, el planteamiento del problema de investigación precede a la revisión de la literatura y al resto del proceso de investigación; sin embargo, esta revisión puede modificar el planteamiento original.
- Los objetivos y las preguntas de investigación deben ser congruentes entre sí e ir en la misma dirección.
- Los objetivos establecen qué se pretende con la investigación; las preguntas dicen qué respuestas deben encontrarse mediante la investigación; la justificación indica por qué y para qué debe hacerse la investigación; la viabilidad señala si es posible realizarla y la evaluación de deficiencias valora la evolución del estudio del problema.
- Los criterios principales para evaluar la importancia potencial de una investigación son: conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica. Además de analizarse la viabilidad de una investigación, deben considerarse sus posibles consecuencias.
- El planteamiento de un problema de investigación científica no puede incluir juicios morales ni estéticos. Pero el investigador debe cuestionarse si es o no ético llevarlo a cabo.
- Los planteamientos cuantitativos pueden dirigirse a: 1) explorar fenómenos, eventos, comunidades, procesos, hechos y conceptos o variables (su esencia es exploratoria); 2) describirlos (su naturaleza es descriptiva); 3) relacionarlos o vincularlos (su esencia es correlacional o correlativa), y 4) considerar el efecto de unos sobre otros (su naturaleza es causal).
- Asimismo, tales planteamientos son útiles para evaluar, comparar, interpretar, establecer precedentes y determinar causalidad y sus implicaciones.
- Algunos ejemplos de dificultades o errores comunes en el planteamiento del problema son: términos generales, poco específicos; objetivos o preguntas dirigidas a una etapa del proceso investigativo; objetivos o preguntas centradas en una consecuencia, entregable, producto o impacto de la investigación; objetivos o preguntas que no implican una investigación completa; objetivos o preguntas que son de poco valor como para desarrollar toda una investigación y objetivos o preguntas que plantean estudios dispersos.
- El planteamiento del problema siempre se incluye en las propuestas o protocolos y los informes de resultados.
- En propuestas se redacta en tiempo futuro y puede escribirse en formato de párrafos o viñetas, mientras que en reportes se redacta en tiempo pasado y su formato es regularmente en párrafos.
- Al redactar el planteamiento en propuestas también se incluye un párrafo introductorio.

Conceptos básicos

- Consecuencias de la investigación
- Criterios para evaluar una investigación
- Evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema
- Justificación de la investigación
- Objetivos de investigación
- Planteamiento del problema
- Preguntas de investigación
- Proceso cuantitativo
- Propósito básico del estudio
- Viabilidad de la investigación

Ejercicios

1. Vea una película sobre estudiantes (de nivel medio o superior) y su vida cotidiana. Deduzca una idea, consulte libros o artículos que hablen sobre esa idea y plantee un problema de investigación cuantitativa en torno a ella; como mínimo: objetivos, preguntas y justificación de la investigación.
2. Seleccione un artículo de una revista científica que contenga los resultados de una investigación cuantitativa y responda las siguientes preguntas: ¿cuáles son los objetivos de esa investigación? ¿Cuáles son las preguntas? ¿Cuál es su justificación?
3. Respecto de la idea que eligió en el capítulo 2, transfórmela en un planteamiento del problema de investigación cuantitativa. Pregúntese: ¿los objetivos son claros, precisos y llevarán a la realización de una investigación en la "realidad"? ¿Las preguntas son ambiguas? ¿Qué va a lograrse con este planteamiento? ¿Es posible realizar esa investigación? Además, evalúe su planteamiento de acuerdo con los criterios expuestos en este capítulo.
4. Compare los siguientes objetivos y preguntas de investigación. ¿Cuál de ambos planteamientos es más específico y claro? ¿Cuál piensa que es mejor? Recuerde que estamos bajo la óptica cuantitativa.

Planteamiento 1

Objetivo: analizar el efecto de un profesor autocrático y uno democrático en el aprendizaje de conceptos de las matemáticas elementales entre niños de escuelas públicas ubicadas en zonas rurales de la provincia de Salta en Argentina. El estudio se realizaría con niños que asisten a su primer curso de matemáticas.
Pregunta: ¿el estilo de liderazgo (democrático o autocrático) del profesor se encuentra relacionado con el nivel de aprendizaje de conceptos matemáticos elementales?

Planteamiento 2

Objetivo: analizar las variables que se relacionen con el proceso de enseñanza-aprendizaje de los niños en edad preescolar.
Pregunta: ¿cuáles son las variables que se relacionan con el proceso de enseñanza-aprendizaje?

¿Cree que el segundo planteamiento es demasiado general? ¿Podría mejorarse respecto al primero? ¿Cómo?

5. Algunos calificativos que no se aceptan en el planteamiento de un problema de investigación son:

Ambiguo	Vago
Confuso	Ininteligible
General	Incomprensible
Vasto	Desorganizado
Injustificable	Incoherente
Irracional	Incongruente
Prejuicioso	

¿Qué otros calificativos no puede aceptar un problema de investigación?

Ejemplos desarrollados

Relación entre la personalidad y las enfermedades

Objetivo

- Examinar el papel que desempeña la personalidad en la aparición de enfermedades coronarias (del corazón) y otros padecimientos graves.

Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el modelo psicométrico apropiado para estudiar los aspectos de la personalidad que pueden estar relacionados con las enfermedades?
- ¿De qué manera los factores de la personalidad se relacionan con las principales enfermedades?
- ¿Las correlaciones entre personalidad y enfermedad son específicas para un padecimiento en particular (como el cáncer, cardiopatías o diabetes) o reflejan una vulnerabilidad a las enfermedades?

Justificación

Al identificar ciertos factores de la personalidad relacionados con la aparición de enfermedades crónicas como el cáncer y los padecimientos cardiacos, se abre la posibilidad de tratarlos adecuadamente y reducir el riesgo de que se presenten esas patologías o se mitiguen parte de sus efectos. Es indispensable abordar

la dimensión psicológica de los padecimientos crónicos graves. Además, se evaluarán métodos para medir las dimensiones de la personalidad y los informes de enfermedades rendidos por los propios pacientes.

Viabilidad de la investigación

El estudio es posible, ya que se cuenta con la experiencia necesaria de los investigadores y el apoyo de varias universidades, así como facilidades por parte de las autoridades del ayuntamiento de Heidelberg, Alemania, donde se recolectarán los datos.

Consecuencias de la investigación

No se realizará ninguna intervención en los participantes, sino que se recolectarán datos de padecimientos que ya han ocurrido; por tanto, no habrá efectos negativos de algún tipo. Los resultados de este estudio proporcionarán orientaciones respecto a una de las principales incertidumbres en la psicología de la salud: el efecto de la personalidad en las enfermedades crónicas, además de validar la selección de dimensiones adecuadas de la personalidad para investigaciones en ciencias de la salud.

La televisión y el niño

Objetivos

- Describir el uso que los niños de la Ciudad de México hacen de los medios de comunicación colectiva.
- Indagar el tiempo que los niños de la Ciudad de México dedican a ver la televisión.
- Describir cuáles son los programas preferidos de los niños de la Ciudad de México.
- Determinar las funciones y gratificaciones que tiene la televisión para los niños de la Ciudad de México.
- Conocer el tipo de control que ejercen los padres sobre la actividad de ver televisión de sus hijos.
- Analizar qué tipos de niños ven más televisión.

Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el uso que los niños de la Ciudad de México hacen de los medios de comunicación colectiva?
- ¿Cuánto tiempo dedican a ver televisión diferentes grupos de niños de la Ciudad de México?
- ¿Cuáles son los programas preferidos de dichos niños?
- ¿Cuáles son las funciones y gratificaciones de la televisión para los niños de la Ciudad de México?
- ¿Qué tipo de control ejercen los padres sobre sus hijos en relación con la actividad de ver televisión?
- ¿Qué perfil sociodemográfico tienen los niños que ven más televisión?

Justificación

Para la mayoría de los niños, ver televisión, dormir e ir a la escuela constituyen sus principales actividades. Asimismo, la televisión es el medio de comunicación preferido por los pequeños. Se estima que, en promedio, diariamente un niño ve televisión más de tres horas y media, y se calculó en un reporte de una agencia de investigación que, al cumplir los 15 años, un niño ha visto más de 16 000 horas de contenidos televisivos (Fernández Collado *et al.*, 1998). Este hecho ha generado diversos cuestionamientos de padres, maestros, investigadores y, en general, de la sociedad sobre la relación de los niños con la televisión y los efectos de ésta. Así, se ha considerado importante estudiar dicha relación con el propósito de analizar el papel que tiene en la vida del niño un agente de socialización tan relevante como la televisión.

La investigación contribuiría a contrastar, con datos de México, los datos sobre usos y gratificaciones de la televisión en el niño encontrados en otros países.

Viabilidad de la investigación

La investigación es viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo. Se buscará la autorización de las direcciones de las escuelas públicas y privadas seleccionadas para realizar el estudio. Asimismo, se obtendrá el apoyo de diversas asociaciones que buscan elevar el contenido social y educativo de la televisión mexicana, lo cual facilitará la recolección de los datos. Por otro lado, es importante que los padres o tutores de los niños que conformen la muestra otorguen su consentimiento para que sus hijos respondan al cuestionario y, desde luego, se hará con la disposición de estos últimos, quienes constituyen la fuente de los datos.

Consecuencias de la investigación

El equipo de investigación será muy respetuoso con los niños que participen en el estudio. No se harán preguntas delicadas ni que pudieran incomodar a los participantes; simplemente se pretende estimar sus contenidos televisivos preferidos. No se anticipa algún efecto negativo. En cambio, se pretende proporcionar información valiosa a las personas que tratan con los niños de la Ciudad de México. A los padres o tutores les servirá para conocer más sobre una de las actividades más importantes de sus hijos: ver televisión. A los educadores les será muy útil para adentrarse en el mundo de sus pequeños alumnos. A la sociedad mexicana le resulta sumamente fructífero contar con datos actualizados respecto de los contenidos a que se exponen más los niños de la principal ciudad del país, a fin de reflexionar sobre su relación con la televisión en el contexto nacional.

La pareja y relación ideales

Objetivo

- Identificar los factores que describen a la pareja ideal de los jóvenes universitarios celayenses.

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son los factores que describen a la pareja ideal de los jóvenes universitarios celayenses?
- ¿Los factores que describen a la pareja ideal son o no similares entre las y los jóvenes universitarios celayenses? (Es decir, ¿habrá diferencias por género?)

Justificación

¿De qué forma los jóvenes universitarios celayenses reconocen si su relación de noviazgo es funcional o disfuncional? ¿En qué se basan para decidir entre seguir adelante y estar más involucrados, vivir juntos o casarse o, por el contrario, para buscar otra

pareja? Estas preguntas resultan por demás interesantes, pero complejas de responder. Por ello, se han emprendido numerosos estudios, como los de Hall (2012) y Fletcher y Fitness (1996), para encontrar las respuestas a estas interrogantes.

Investigaciones anteriores han demostrado que los juicios o decisiones concernientes a las relaciones de noviazgo están basadas, por un lado, en las expectativas que tiene cada integrante respecto de su pareja y, por el otro, en las percepciones actuales de la relación que mantiene con ella (Hall, 2012; Knobloch-Fedders y Knudson, 2009; Fletcher y Thomas, 1996; Rusbult, Onizuka y Lipkus, 1993; Sternberg y Barnes, 1985). Asimismo, los atributos que los individuos asignan a su pareja son importantes al inicio y durante la relación (Holmes y Johnson, 2009; Fletcher *et al*., 1999).

Con la presente indagación se busca examinar la estructura y función de las relaciones de noviazgo ideales de los jóvenes celayenses, guiada por teorías e investigaciones pasadas que mantienen un diseño con un enfoque cognitivo.

El estudio puede ser de provecho si se considera que las relaciones de pareja son muy importantes en la vida de las personas (Pearce, Chuikova, Ramsey y Galyautdinova, 2010; Fletcher *et al*., 1999) y que se realice el estudio con un grupo privilegiado y de gran impacto social, como lo son los jóvenes universitarios, hace a esta indagación muy relevante.

Viabilidad

Para que el estudio sea viable, se circunscribirá la población o universo a las licenciaturas administrativas de las principales instituciones de educación superior de Celaya.

Con lo anterior, la investigación demuestra su factibilidad, ya que se cuenta con los recursos financieros, materiales y humanos para llevarla a cabo.

Consecuencias de la investigación

Con el estudio se conseguirá identificar los factores que describen a la pareja ideal del joven universitario celayense y se generará un mayor entendimiento de las relaciones amorosas que sostiene este importante grupo poblacional en Celaya.

Dado que la investigación presentará sus resultados mediante información agregada y no de manera individual, se respetará la confidencialidad de los participantes.

El abuso sexual infantil

Objetivo

- Comparar la validez y confiabilidad de dos medidas, una cognitiva y la otra conductual, para evaluar los programas de prevención del abuso sexual en niñas y niños entre cuatro y seis años de edad.

Pregunta de investigación

- ¿Cuál de las dos medidas para evaluar los programas de prevención del abuso sexual infantil tiene mayor validez y confiabilidad, la cognitiva o la conductual?

Justificación

Los estudios de Putman (2003) señalan que entre 12 y 35% de las mujeres y entre 4 y 9% de los hombres sufrieron algún tipo de abuso sexual durante su infancia. Las consecuencias derivadas del abuso sexual infantil (ASI) se pueden clasificar en trastornos físicos y en psicológicos. En diversos estudios se ha encontrado gran variedad de consecuencias a corto y largo plazos, la mayoría de las cuales se inscriben en el plano de lo psicológico.

Como respuesta a la inquietud social de proteger a quienes son más vulnerables y ante la evidencia de que el abuso sexual a menores no es un hecho aislado ni localizado y que se deben considerar los daños que causa, han surgido los programas de prevención del abuso sexual infantil (PPASI). En general, estos programas tienen el objetivo de que los niños adquieran conocimientos y habilidades para cuidarse a sí mismos, de manera asertiva y efectiva; que aprendan a valorar las acciones de otros, a rechazar los contactos que les resulten incómodos o abusivos y a buscar ayuda entre los adultos confiables. A la par de programas preventivos, también se necesitan sistemas para evaluar su eficacia de manera válida y confiable, además de que midan sus alcances, consecuencias y, en su caso, posibles efectos colaterales.

Viabilidad de la investigación

El estudio resulta viable, ya que se detectaron instituciones interesadas en instrumentar programas de prevención del abuso sexual infantil. Además, cualquier esfuerzo educativo que no se evalúe, no completa su ciclo. Desde luego, es necesario obtener la anuencia de autoridades escolares, padres de familia o tutores, así como de los niños. En primer término, la investigación requeriría implantar los programas; para después medir su impacto.

Consecuencias de la investigación

Cualquier acción para proteger a los niños de cualquier parte del mundo debe ser bien recibida, más aun cuando se trata de un asunto que puede tener graves consecuencias en su vida. Por supuesto, el estudio debe ser realizado por expertos en el tema, habituados a tratar con pequeños y poseedores de una enorme sensibilidad. Durante la investigación se consultará sobre cada paso a los maestros de los niños, a sus padres o tutores y a los directores de las escuelas. Las personas que se encarguen de llevar a cabo los programas serán evaluadas de forma permanente y deben cumplir diversos requisitos, como ser madre o padre de familia con hijos en edades similares a los participantes de la muestra. Es una investigación que permitirá que los niños se encuentren mentalmente preparados y capacitados para rechazar y evitar el abuso sexual.

Más ejemplos[14]

Dada la importancia del planteamiento del problema en toda investigación, incluimos otros ejemplos de objetivos, preguntas y justificación en diversas disciplinas, pero el resto de sus etapas (índice del marco teórico, hipótesis, variables, diseño, muestra y

[14] Se han simplificado los términos, implicaciones y profundidad de los ejemplos, con el fin de que los comprenda cualquier estudiante de pregrado o licenciatura de otros campos.

recolección) no necesariamente se incluirá en la parte impresa de esta obra por cuestiones de espacio, sino en el centro de recursos en línea de donde se pueden consultar y bajar (en Material complementario, apartado Capítulos adicionales, Capítulo 11 "Consejos prácticos para realizar investigación").

Ejemplo sobre cómo se acota un planteamiento

Supongamos que una joven estudiante de medicina, nutrición o bioquímica está interesada en investigar sobre el cáncer. Su idea es estudiar qué suplementos alimenticios pueden ayudar en la prevención de esta enfermedad o reducir su impacto en personas que ya la padecen. Sin embargo, tiene que precisar varias cuestiones: ¿cuál de estas dos ideas, prevenir o reducir? ¿Todo tipo de cáncer o alguno en particular? ¿Qué suplemento alimenticio? ¿En qué grado de avance de la enfermedad? ¿Con individuos de cualquier edad, género y otras características? La investigadora acudiría a bases de datos en español e inglés como MEDLINE®/PubMed®, SAGE, JAMA Network y otras, además de leer libros de la materia.

En su revisión se encuentra con un artículo de Muecke *et al.* (2010) titulado "Selenium or no selenium, that is the question in tumor patients: a new controversy" ("Selenio o no selenio es la pregunta en pacientes con tumoraciones: Nueva controversia"). Después de leerlo, responde a sus cuestionamientos para acotar su idea y plantea el siguiente problema de investigación.

Objetivo

Determinar si el consumo suplementario de selenio (Se) reduce o no el crecimiento de los tumores cancerígenos en senos y su papel como auxiliar para controlar la enfermedad.

Pregunta de investigación

¿El consumo suplementario de selenio (Se) reduce o no el crecimiento de los tumores cancerígenos en los senos e incluso ayuda a controlar la enfermedad?

Presenta este planteamiento a uno de sus profesores y después de comentarlo se percata de que es muy ambicioso evaluar el segundo aspecto (controlar la enfermedad). Así, lo acota y lo expresa como sigue: determinar si el consumo suplementario de selenio (Se) reduce o no el ritmo de crecimiento de tumores cancerígenos en senos.

Por otra parte, elige un grupo de mujeres de cierta edad, que presentan tales tumores y un contexto particular, con lo que asegura que sea viable efectuar un estudio de esta naturaleza.

Ejemplo de una pregunta de investigación útil para que el estudiante se prepare para afrontar su vida laboral

Es esencial que todo profesional de la salud que receta o recomienda medicamentos esté consciente de sus efectos secundarios. En el caso de los dentistas y odontólogos, deben saber qué medicamentos afectan a los dientes y de qué modo.

Supongamos que un grupo de estudiantes de odontología se interesa en los efectos de los medicamentos sobre los dientes. Para plantear su problema e iniciar su investigación, los alumnos comienzan a buscar artículos, libros y otras fuentes en revistas de odontología y áreas relacionadas. Así, encuentran que los principales efectos de los medicamentos en los dientes son: decoloración (intrínseca y extrínseca), daño físico a la estructura dental (esmalte, dentina y cemento) y alteración de la sensibilidad en los dientes (Tredwin, Scully y Bagan-Sebastian, 2005; Billings, Berkowitz y Watson, 2004). Pero deciden enfocar su investigación en el segundo punto y plantean la siguiente pregunta de investigación: ¿qué medicamentos pueden provocar daños físicos a la estructura de los dientes? Responder esta pregunta es importante para cualquier dentista u odontólogo, con el fin de que al prescribir un medicamento tome en cuenta sus efectos negativos potenciales.

Ejemplo en el área del diseño ambiental y la arquitectura

Lee y Guerin (2009) propusieron un estudio con el objetivo de identificar si la satisfacción con la calidad del diseño ambiental del interior de áreas de trabajo u oficinas afecta significativamente la satisfacción general del espacio de trabajo de sus ocupantes y su desempeño laboral. La investigación se basa en percepciones.

Los criterios del diseño ambiental del área de trabajo u oficina abarcan: diseño del espacio, mobiliario, confort térmico (de temperatura), calidad del aire en interiores, iluminación, acústica y cumplimiento de normas de limpieza y mantenimiento del espacio general de trabajo, de conformidad con la certificación LEED (*Leadership in Energy and Environmental Design,* Liderazgo en Energía y Diseño Ambiental) de Estados Unidos.

Justificación abreviada

Comprender los criterios de la calidad del diseño ambiental de las áreas de trabajo u oficinas en edificios con certificación LEED de Estados Unidos es crucial para desarrollar estrategias de diseño que generen entornos que contribuyan a mejorar la satisfacción de los empleados y su rendimiento en el trabajo.

Ejemplo en ingeniería

Hsiang y Shing (2008) plantearon una investigación cuyo objetivo fue determinar cómo afecta el fuego a las propiedades mecánicas residuales y el rendimiento estructural de las vigas de concreto reforzado (CR). Su pregunta de investigación: ¿cómo afecta el fuego a las propiedades mecánicas residuales y el rendimiento estructural de las vigas de concreto reforzado (CR)?

Justificación abreviada

De acuerdo con Hsiang y Shing (2008) el fuego es una fuerza destructiva que anualmente causa miles de muertes en Taiwán, así como pérdidas materiales considerables. En todo el mundo, la gente espera que su casa y centro de trabajo se mantengan siempre a salvo de los estragos que puede llegar a provocar un incendio. Desafortunadamente, casi cualquier edificio puede incendiarse, a menudo cuando menos se lo espera. Más de 90% de los edificios de Taiwán cuentan con estructuras de concreto reforzado, ya que este país se encuentra localizado en un cinturón sísmico y se debe asegurar la resistencia de las construcciones en los terremotos. En cuanto a los incendios y sus daños, se debe evaluar si las estructuras de concreto reforzado con que están hechas las edificaciones afectadas son lo suficientemente fuertes, es decir, si cuentan con una resistencia residual suficiente, para soportar un temblor y proteger la vida y la propiedad de sus habitantes.

Los investigadores opinan

Creo que debemos hacerles ver a los estudiantes que comprender el método científico no es difícil y que, por tanto, investigar la realidad tampoco lo es. La investigación bien utilizada es una valiosa herramienta del profesional en cualquier área; no hay mejor forma de plantear soluciones eficientes y creativas de los problemas que tener conocimientos profundos acerca de la situación. También, hay que hacerles comprender que la teoría y la realidad no son polos opuestos, sino que están totalmente relacionadas.

Un problema de investigación bien planteado es la llave de la puerta de entrada al trabajo en general, pues de esta manera permite la precisión en los límites de la investigación, la organización adecuada del marco teórico y las relaciones entre las variables; en consecuencia, es posible llegar a resolver el problema y generar datos relevantes para interpretar la realidad que se desea aclarar.

En un mismo estudio es posible combinar diferentes enfoques; también estrategias y diseños, puesto que se puede estudiar un problema cuantitativamente y, a la vez, entrar a niveles de mayor profundidad por medio de las estrategias de los estudios cualitativos. Se trata de un excelente modo de estudiar las complejas realidades del comportamiento social.

En cuanto a los avances que se han logrado en investigación cuantitativa, destaca la creación de instrumentos para medir una serie de fenómenos psicosociales que hasta hace poco se consideraban imposibles de abordar científicamente. Por otro lado, el desarrollo y uso masivo de la computadora en la investigación ha propiciado que se facilite el uso de diseños, con los cuales es posible estudiar múltiples influencias sobre una o más variables. Lo anterior acercó la compleja realidad social a la teoría científica.

La investigación cualitativa se ha consolidado al enmarcarse sus límites y posibilidades; asimismo, han avanzado sus técnicas para recopilar datos y manejar situaciones propias. Al mismo tiempo, con este modelo se logra estudiar cuestiones que no es factible analizar por medio del enfoque cuantitativo.

Aunque resulta difícil precisar los parámetros de una buena investigación, es claro que se caracteriza por la relación armónica entre los elementos de su estructura interna; además, por su novedad, importancia social y utilidad. Lo único que no es recomendable en la actividad científica es que el investigador actúe en forma negligente.

Edwin Salustio Salas Blas
Facultad de Psicología
Universidad de Lima
Lima, Perú

Los estudiantes que se inician en la investigación comienzan planteándose un problema en un contexto general, luego ubican la situación en el contexto nacional y regional para, por último, proyectarlo en el ámbito local; es decir, donde se encuentran académicamente ubicados (campo, laboratorio, salón de clases, etcétera).

En la Universidad de Oriente, en Venezuela, la investigación adquirió relevancia en los últimos años por dos razones: el crecimiento de la planta de profesores y la diversificación de carreras en ingeniería, área en la cual, por lo general, las investigaciones son cuantitativas-positivistas, con resultados muy satisfactorios.

De igual forma, en el estudio de fenómenos sociales y en ciencias de la salud, el enfoque cualitativo, visto como una teoría de la investigación, presenta grandes avances. Es una herramienta metodológica que se utiliza de manera frecuente en estudios doctorales de filosofía, epistemología, educación y lingüística, entre otras disciplinas. Las aportaciones de tales estudios se caracterizan por su riqueza en descripción y análisis.

Los enfoques cualitativo y cuantitativo, vistos como teorías filosóficas, son completamente diferentes; sin embargo, como técnicas para el desarrollo de una investigación, pueden mezclarse sobre todo en relación con el análisis y la discusión de resultados.

Marianellis Salazar de Gómez
Profesora titular
Escuela de Humanidades
Universidad de Oriente
Anzoátegui, Venezuela

capítulo

4

Desarrollo de la perspectiva teórica: revisión de la literatura y construcción del marco teórico

La revisión de la literatura debe iniciarse desde el comienzo del estudio porque el conocimiento que nos brinda es útil para plantear el problema de investigación y posteriormente nos sirve para refinarlo y contextualizarlo.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 3 Desarrollo de la perspectiva teórica

- Revisar la literatura.
- Detectar la literatura pertinente.
- Obtener la literatura pertinente.
- Consultar la literatura pertinente.
- Extraer y recopilar la información de interés.
- Construir el marco teórico.

Objetivos de aprendizaje

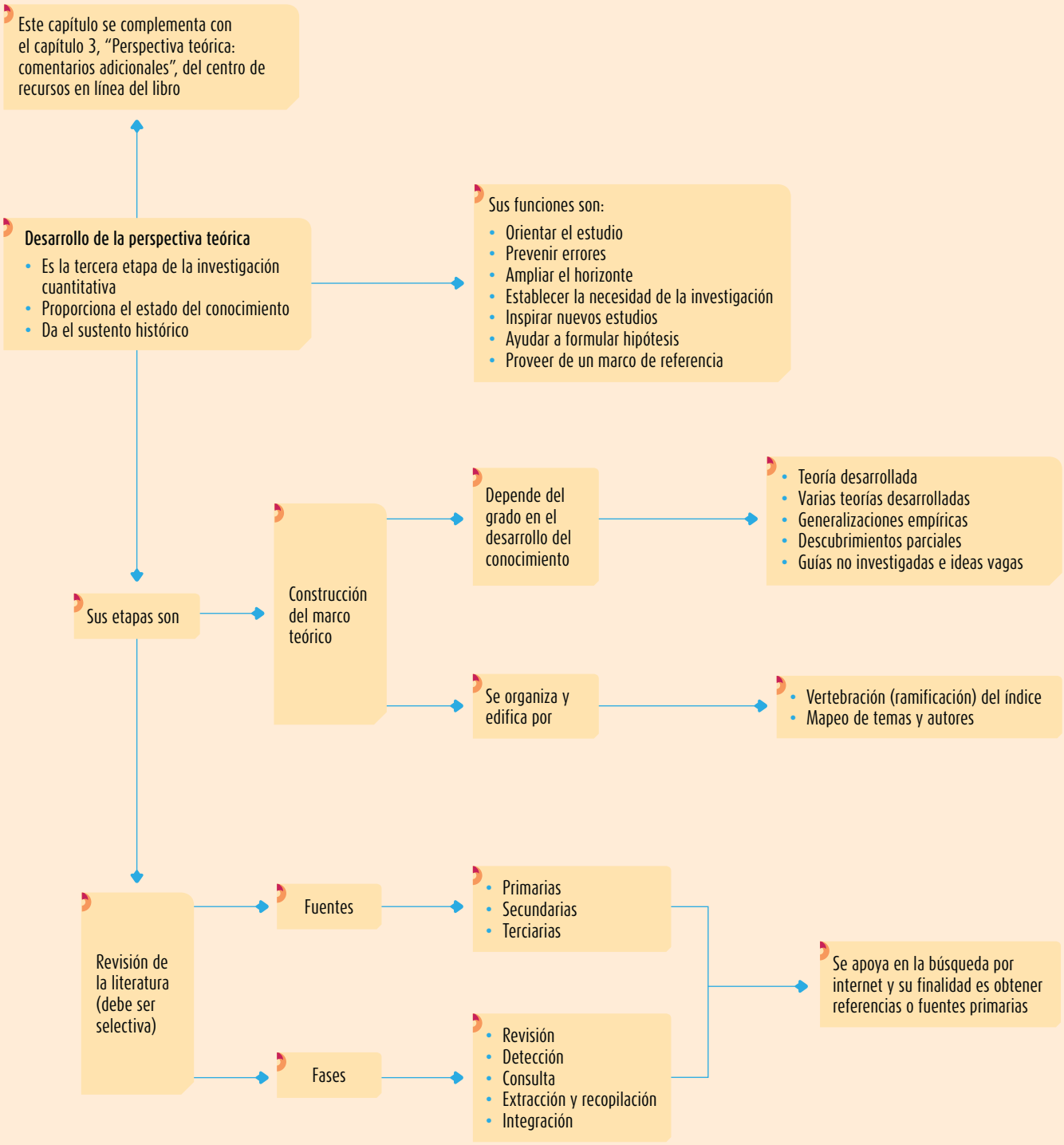
Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Conocer las actividades que debe realizar para revisar la literatura relacionada con un problema de investigación cuantitativa.
2. Ampliar sus competencias para la búsqueda y revisión de la literatura, así como para el desarrollo de perspectivas teóricas.
3. Estar capacitado para, con base en la revisión de la literatura, construir marcos teóricos que contextualicen un problema de investigación cuantitativa.
4. Comprender el papel que desempeña la literatura en el proceso de la investigación cuantitativa.

Síntesis

En el capítulo se comenta y profundiza la manera de contextualizar el problema de investigación planteado mediante el desarrollo de una perspectiva teórica.

Se detallan las actividades que un investigador lleva a cabo para tal efecto: detección, obtención y consulta de la literatura pertinente para el problema de investigación, extracción y recopilación de la información de interés y construcción del marco teórico.



Nota: Del centro de recursos en línea de la obra (http://www.mhhe.com/he/hmi6e), en "Material complementario → Capítulos adicionales", el lector podrá descargar el capítulo 3, "Perspectiva teórica: comentarios adicionales", que extiende los contenidos expuestos en este capítulo 4, en especial lo relativo a teoría y construcción de teorías, así como a búsqueda de referencias y extracción de la información pertinente. Parte del material que estaba en ediciones anteriores en este capítulo se actualizó y transfirió a dicha página (***no*** se eliminó).

Centro de recursos en línea

¿Qué es el desarrollo de la perspectiva teórica?

Desarrollo de la perspectiva teórica
Paso de investigación que consiste en sustentar teóricamente el estudio, una vez que ya se ha planteado el problema de investigación.

El **desarrollo de la perspectiva teórica** es un proceso y un producto. Un *proceso* de inmersión en el conocimiento existente y disponible que puede estar vinculado con nuestro planteamiento del problema, y un *producto* (marco teórico) que a su vez es parte de un producto mayor: el reporte de investigación (Yedigis y Weinbach, 2005).

Una vez planteado el problema de estudio (es decir, cuando ya se tienen los objetivos y preguntas de investigación) y cuando además se ha evaluado su relevancia y factibilidad, el siguiente paso consiste en *sustentar teóricamente el estudio* (Hernández-Sampieri y Méndez, 2009), lo que en este libro denominaremos *desarrollo de la perspectiva teórica.* Ello implica exponer y analizar las teorías, las conceptualizaciones, las investigaciones previas y los antecedentes *en general* que se consideren válidos para encuadrar el estudio (Rojas, 2001).

Asimismo, es importante aclarar que "marco teórico" no es lo mismo que "teoría"; por tanto, no todos los estudios que incluyen un marco teórico tienen que fundamentarse en una teoría. Es un punto que se ampliará a lo largo del capítulo y su complemento en el capítulo 3 del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

La perspectiva teórica proporciona una visión sobre dónde se sitúa el planteamiento propuesto dentro del campo de conocimiento en el cual nos "moveremos". En términos de Mertens (2010), señala cómo encaja la investigación en el conjunto (*big picture*) de lo que se conoce sobre un tema o tópico estudiado. Además, puede suministrar ideas nuevas y es útil para compartir los descubrimientos recientes de otros investigadores.

Ejemplo

Analogía

Para componer una melodía, el músico debe basarse en varios ejes: conocimientos musicales, creatividad y experiencia. Asimismo, es vital que revise el trabajo previo de otros músicos en su género. Por ejemplo, si una joven quisiera componer baladas folclóricas o pop en inglés, debería revisar el trabajo de otras cantautoras recientes como Taylor Swift o Christina Perri, pero también sería necesario que analizara la música de compositoras que ayudaron a consolidar el género, como Laura Nyro, Sandy Denny, Janis Ian y Suzanne Vega (que constituyen su "marco teórico").

¿Nos podemos imaginar a un joven latinoamericano compositor de baladas poéticas que no conozca a Joan Manuel Serrat, Joaquín Sabina, Pablo Milanés, Alberto Cortez, Facundo Cabral y a Víctor Manuel, entre otros? Además, para que su perspectiva sea más completa, debería revisar la obra de músicos poetas que han surgido en otras latitudes como Donovan (Reino Unido), Bob Dylan, Woody y Arlo Guthrie (Estados Unidos).

Lo mismo ocurre con el investigador: debe revisar trabajos previos vinculados a su planteamiento, efectuados en su país, en otras naciones iberoamericanas y aun en otras latitudes donde se realizan numerosas investigaciones.

¿Cuáles son las funciones del desarrollo de la perspectiva teórica?

La perspectiva teórica cumple diversas funciones en una investigación. Entre las principales, se destacan las siguientes siete:

1. Ayuda a prevenir errores que se han cometido en otras investigaciones.
2. Orienta sobre cómo habrá de realizarse el estudio. En efecto, al acudir a los antecedentes podemos darnos cuenta de cómo se ha tratado un problema específico de investigación:
   - Qué clases de estudios se han efectuado.
   - Con qué tipo de participantes, casos o muestras
   - Cómo se han recolectado los datos
   - En qué lugares o contextos se han llevado a cabo
   - Qué diseños se han utilizado

Aun en el caso de que desechemos los estudios previos, éstos nos orientarán sobre lo que queremos y lo que no queremos para nuestra investigación.

3. Amplía el horizonte del estudio o guía al investigador para que se centre en su problema y evite desviaciones del planteamiento original.
4. Documenta la necesidad de realizar el estudio.
5. Conduce al establecimiento de hipótesis o afirmaciones que más tarde habrán de someterse a prueba en la realidad, o nos ayuda a no establecerlas por razones bien fundamentadas.
6. Inspira nuevas líneas y áreas de investigación (Race, 2010 y Yurén Camarena, 2000).
7. Provee de un marco de referencia para interpretar los resultados del estudio. Aunque podemos no estar de acuerdo con dicho marco o no utilizarlo para explicar nuestros resultados, es un punto de referencia.

Ejemplo

Sobre una investigación sin sentido por no contar con perspectiva teórica

Si intentamos probar que determinado tipo de personalidad incrementa la posibilidad de que un individuo sea líder, al revisar los estudios sobre liderazgo en la literatura respectiva nos daríamos cuenta de que tal investigación carece de sentido, pues se ha demostrado con amplitud que el liderazgo es más bien producto de la interacción entre tres elementos: características del líder, características de los seguidores (miembros del grupo) y la situación en particular. Por ello, poseer ciertas características de personalidad no está relacionado necesariamente con el surgimiento de un líder en un grupo (no todos los "grandes líderes históricos" eran extravertidos, por ejemplo).

¿Qué etapas comprende el desarrollo de la perspectiva teórica?

Tal desarrollo usualmente comprende dos etapas:

- La revisión analítica de la literatura correspondiente.
- La construcción del marco teórico, lo que puede implicar la adopción de una teoría.

¿En qué consiste la revisión analítica de la literatura? 1

La **revisión de la literatura** implica *detectar, consultar y obtener la bibliografía* (referencias) y otros materiales que sean útiles para los propósitos del estudio, de donde se tiene que *extraer* y *recopilar* la información relevante y necesaria para enmarcar nuestro problema de investigación. Esta revisión debe ser *selectiva*, puesto que cada año se publican en el mundo miles de artículos en revistas académicas y periódicos, libros y otras clases de materiales sobre las diferentes áreas del conocimiento. Si al revisar la literatura nos encontramos con que en el área de interés hay 5 000 posibles referencias, es evidente que se requiere seleccionar sólo las más importantes y recientes, y que además estén directamente vinculadas con nuestro planteamiento del problema de investigación. En ocasiones, revisamos referencias de estudios tanto cuantitativos como cualitativos, sin importar nuestro enfoque, porque se relacionan de manera estrecha con nuestros objetivos y preguntas.

Revisión de la literatura Paso de investigación que consiste en detectar, consultar y obtener la bibliografía y otros materiales útiles para los propósitos del estudio, de los cuales se extrae y recopila información relevante y necesaria para el problema de investigación.

A continuación comentamos los pasos que se siguen para revisar la literatura.

Inicio de la revisión de la literatura 2

La revisión de la literatura puede iniciarse directamente con el acopio de las referencias o fuentes primarias,[1] situación que ocurre cuando el investigador conoce su localización, se encuentra muy

[1] Las *referencias* o *fuentes primarias* proporcionan datos de primera mano, pues se trata de documentos que incluyen los resultados de los estudios correspondientes. Ejemplos de fuentes primarias son: libros, antologías, artículos de publicaciones periódicas, monografías, tesis y disertaciones, documentos oficiales, reportes de asociaciones, trabajos presentados en conferencias o seminarios, artículos periodísticos, testimonios de expertos, documentales, videocintas en diferentes formatos, foros y páginas en internet, etcétera.

familiarizado con el campo de estudio y tiene acceso a ellas (puede utilizar material de bibliotecas, filmotecas, hemerotecas y bancos de información). Sin embargo, frecuentemente no sucede así (no se es experto en el tema o se dispone de recursos limitados).

Por ello, *es recomendable iniciar la revisión de la literatura consultando a uno o varios especialistas en el tema* (algún profesor, por ejemplo) y buscando en internet fuentes primarias en centros o sistemas de información y bases de referencias y datos.

Para ello, necesitamos elegir las "palabras clave", "descriptores" o "términos de búsqueda", los cuales deben ser distintivos del problema de estudio y se extraen de la idea o tema y del planteamiento del problema. Para este último se requiere hacer algunas lecturas preliminares que lo afinen y completen. Los expertos también nos pueden ayudar a seleccionar tales palabras.

Si los términos son vagos y generales obtendremos una consulta con muchas referencias e información que *no* es pertinente para nuestro planteamiento. En este sentido, las bases de referencias funcionan como los motores de búsqueda (Google, Yahoo, Bing, etcétera).

Por ejemplo, si hacemos una consulta con palabras como "escuela", "educación", "comunicación", "empresas" o "personalidad", aparecerán miles de referencias y nos "perderemos en un mundo de información". Entonces, los términos de búsqueda deben ser precisos, porque si nuestro planteamiento es concreto, la consulta tendrá más sentido, estará más acotada y nos llevará a referencias apropiadas. Asimismo, nuestra búsqueda deberá hacerse con palabras en español y en inglés, porque gran cantidad de fuentes primarias se encuentran en este idioma.

Al consultar una base de datos, sólo nos interesan las referencias que se relacionen estrechamente con el problema específico que vamos a investigar. Por ejemplo, si pretendemos analizar la relación entre el clima organizacional y la satisfacción laboral, ¿cómo encontraremos las fuentes primarias que en verdad tienen que ver con el problema de estudio que nos incumbe? Primero, con la revisión de una base de datos apropiada. Si nuestro tema trata sobre clima organizacional y satisfacción laboral, *no* consultaríamos una base de referencias sobre temas de química, como *Chemical Abstracts,* ni una base de datos con referencias de la historia del arte, sino una base de información con fuentes primarias de la materia de estudio. Tal es el caso de Wiley (en *Business, Economics, Finance and Accounting*), *SAGE Journals*, *Communication Abstracts* y ABI/INFORM (bases de datos correctas para nuestra investigación). Si vamos a comparar diferentes métodos educativos por medio de un experimento, debemos acudir a la base de referencias adecuada: ERIC (Education Resources Information Center)[2]. En español también hay bases, como *Latindex* y *Redalyc*, para diversas ciencias y disciplinas; *bvs*, ciencias de la salud; *ENFISPO*, enfermería, etcétera).[3]

Una vez elegida la base de datos que emplearemos, procedemos a consultar el "catálogo de temas, conceptos y términos" (el tesauro) respectivo,[4] que contiene un diccionario o vocabulario en el cual podemos hallar un listado de palabras para realizar la búsqueda. Del catálogo debemos seleccionar las palabras o conceptos "clave" que le confieran una dirección a la consulta. También podemos hacer una *búsqueda avanzada* con esos términos, utilizando los operadores del *sistema booleano*: *and* (en español "*y*"), *or* (en español "*o*") y *not* (en español "*no*"). Con los descriptores y las preposiciones estableceremos los límites de la consulta al banco o la base de referencias.[5]

La búsqueda nos proporcionará un listado de referencias vinculadas a las palabras clave (dicho de otra manera, el listado que obtengamos dependerá de estos términos llamados descriptores, los cuales escogemos del diccionario o simplemente utilizamos los que están incluidos en el planteamiento). Por ejemplo, si nuestro interés se centra en los "procedimientos quirúrgicos para el cáncer de próstata en ancianos" y vamos a revisar en las bases de referencias "MEDLINE®/PubMed®/Resources Guide" (en

Centro de recursos en línea

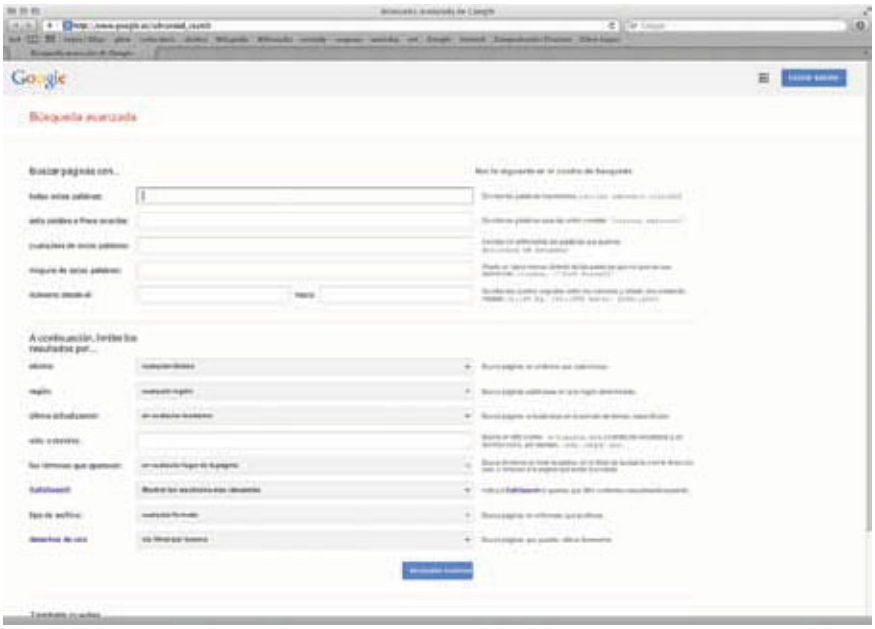
[2] Estas bases de referencias tienen páginas web en inglés y nuestra consulta requerirá básicamente de términos en este idioma.

[3] En el centro de recursos en línea Material complementario → Apéndices → Apéndice 2: "Principales bancos/servicios de obtención de fuentes/bases de datos/páginas web para consulta de referencias bibliográficas", el lector encontrará un listado de bases para sus búsquedas.

[4] De acuerdo con la Cornell University Library (2005), "el tesauro es una lista de todos los títulos o descriptores usados en cierta base de datos, catálogo o índice", proviene del latín thesaurus.

[5] Si usted, lector o lectora, no está familiarizado con estos operadores o preposiciones, o nunca ha hecho una "búsqueda avanzada", le sugerimos descargar y revisar el capítulo 3 del centro de recursos en línea (en la sección "Capítulos") titulado: "Perspectiva teórica: comentarios adicionales", donde se explican sus usos y funciones.

inglés) y "MedlinePlus®" (en español), si seleccionamos las palabras o descriptores "prostate cancer" y "cáncer de próstata", el resultado de la consulta será una lista de todas las referencias bibliográficas que estén en tales bases y que se relacionen con dichos términos (enfermedad). Si hicimos una búsqueda el 10 de abril de 2013 y obtuvimos 107 976 referencias en PubMed® y 492 en MedlinePlus® (que son demasiadas, por lo que tenemos que utilizar más descriptores o incrementar nuestra precisión). Al agregarle el término "old man" (consulta en PubMed) y "anciano" (búsqueda en MedlinePlus), el resultado fue de 2 055 y 24 referencias respectivamente (todavía muchas en la primera base). Y al agregarle "surgery" a la consulta en PubMed (porque realmente nuestro estudio se centra en ello), el número resultó mucho más manejable, 148 fuentes primarias (si en lugar de este descriptor usamos "surgical procedures", el número de referencias sería de 127). Desde luego, las búsquedas avanzadas pueden acotarse por fechas (por ejemplo, últimos tres años, de 2010 a 2016, de 2000 a 2015).

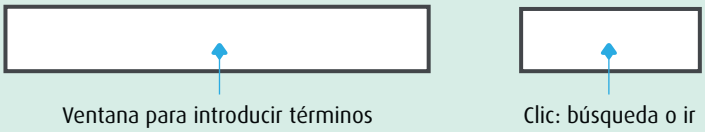


Google tiene uno de los mejores sistemas de búsquedas avanzadas, pero para una consulta más completa es necesario acudir a otras bases más especializadas, como EBSCO (Academic Search), SAGE, ERIC, Social Citation Index, Cochrane, JSTOR, PsycINFO, etc. (véase apéndice 2, del centro de recursos en línea).

Ejemplo

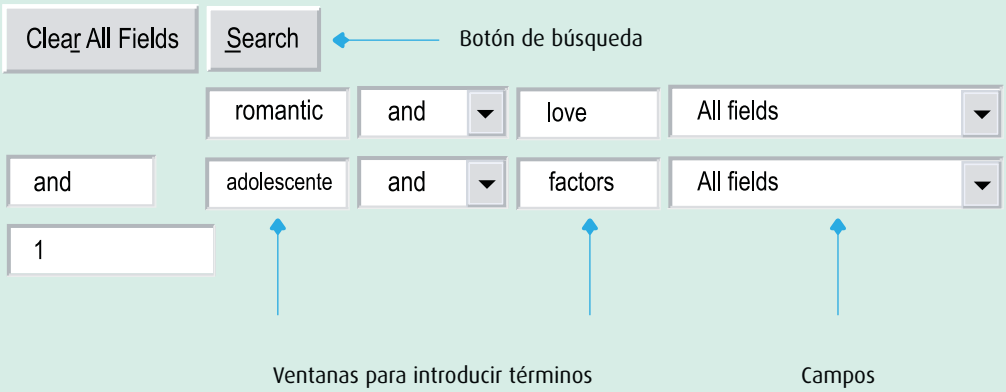
En la mayoría de las bases de referencias o revistas existen dos opciones de búsqueda:

- Búsqueda sencilla ("search").
  Por lo general, aparece un recuadro o ventana donde se solicita introducir los términos de búsqueda, en este caso escribimos las palabras y damos clic donde corresponda para iniciar la búsqueda. Si entrecomillamos los descriptores sabemos que será literal como si usáramos el conector "and"(y).



- Búsqueda avanzada ("advanced search").
  En esta clase de búsqueda generalmente nos aparecen varias ventanas o recuadros para insertar los términos (uno por recuadro), además los *operadores booleanos* correspondientes y con frecuencia otra ventana para restringir la búsqueda por campo (autor, publicación, volumen, etc.; aunque la opción por *default* es: "todos los campos" —"all fields"—). Y en algún lugar se coloca el rango temporal de búsqueda (éste varía

en diferentes casos, es cuestión de ubicarlo y utilizarlo para restringir la consulta a un periodo: tal mes y año a tal mes y año —o simplemente de tal año a tal otro— o número de los últimos años).

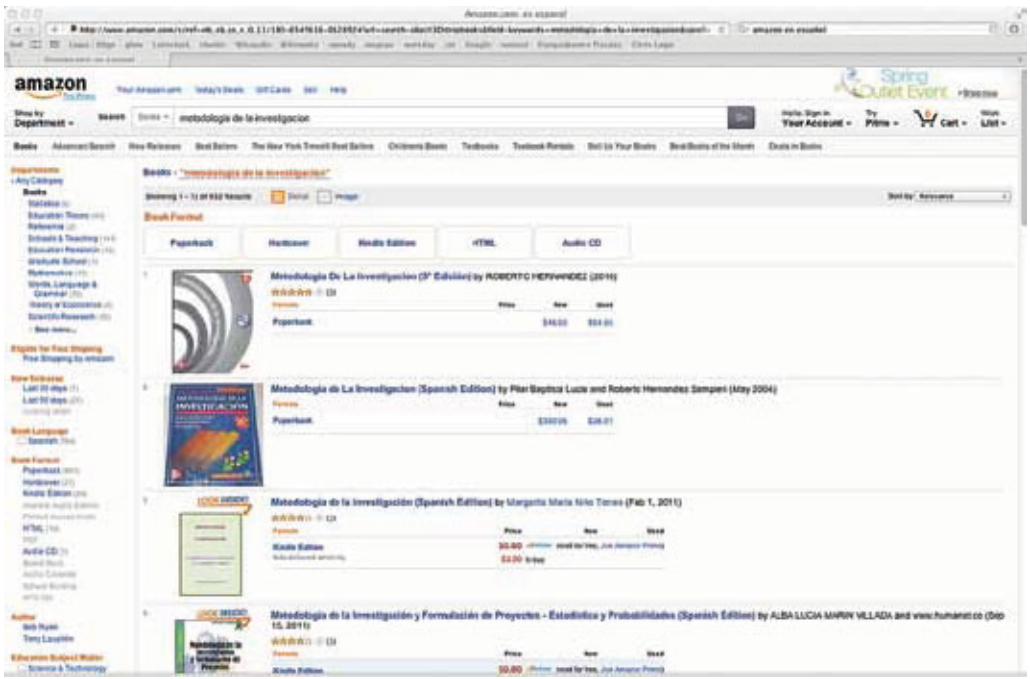


Específicamente en lo que se refiere a libros, ya sabemos que podemos buscar en las páginas de las principales editoriales y librerías, así como en otros lugares (Amazon, AbeBooks en español, Books In Print®, etc.). De las referencias que encontremos en las búsquedas, elegimos las más convenientes (sobre esto se comentará más adelante).

Centro de recursos en línea

También hay *bancos de datos que se consultan manualmente*, en los que las referencias se buscan en libros. En el capítulo 3 del centro de recursos en línea (Material complementario → Capítulos → Capítulo "Perspectiva teórica: comentarios adicionales") se expone este tema y se presentan diversos ejemplos de búsquedas.

Consultar en internet es necesario y tiene ventajas, pero si *no* buscamos en sitios con verdadera información científica o académica de calidad, puede ser riesgoso. No es recomendable acudir a sitios con un fuerte uso comercial. Creswell (2013a) y Lester y Lester (2012) hacen un análisis de las ventajas y desventajas de utilizar internet en la búsqueda de literatura pertinente para el planteamiento del problema, como se ve en la tabla 4.1.



Amazon se ha posicionado como una de las librerías virtuales más completa en la red.

Tabla 4.1 Ventajas y desventajas de utilizar internet como fuente para localizar literatura

Ventajas	Desventajas
Acceso fácil las 24 horas del día	Con frecuencia las investigaciones colocadas en sitios web no están revisadas por expertos.
Gran cantidad de información en diversos sitios web sobre muchos temas	Los reportes de investigación u otros documentos de los sitios web pueden ser textos plagiados o que se reproducen sin el consentimiento de autores. Además del aspecto ético, al utilizarlos nuestro profesor, jefe, un comité, un cliente, etc., pueden pensar que todo nuestro trabajo es un plagio y reprobarnos, expulsarnos, demandarnos o suspendernos.
Información en español	Puede ser muy tardado localizar estudios de calidad sobre nuestro tema, pues abundan páginas o sitios que se refieren a nuestro planteamiento, pero no incluyen investigaciones con datos sino opiniones, ideas o servicios de consultoría.
Información reciente	La información puede estar desorganizada y ser poco útil.
El acceso a los sitios web es inmediato a través de buscadores	Para tener acceso a la mayoría de los textos completos de artículos, se debe pagar entre 5 y 30 dólares estadounidenses.
En la mayoría de los casos el acceso es gratuito o de muy bajo costo	
El investigador puede crear una red de contactos que le ayuden a obtener la información que busca	
Los estudios que se localicen pueden imprimirse de inmediato	

Palabras clave Para elegirlas se recomienda: escribir un título preliminar del estudio y seleccionar las dos o tres palabras que capten la idea central, extraer los términos del planteamiento o utilizar los que los autores más destacados en el campo de nuestro estudio utilicen en sus planteamientos e hipótesis. En la mayoría de los artículos de revistas es común incluir los términos clave al inicio o al final.

No todos los documentos de la web son dignos de tomarse en cuenta Debemos filtrar y no utilizar: 1) los que constituyen simples opiniones sin apoyo o resultan insustanciales, 2) aquellos que son comerciales y que incluyen información no corroborada y 3) otros que están sesgados y carecen de fundamentos.

Obtención (recuperación) de la literatura

Después de identificar las fuentes primarias pertinentes, es necesario localizarlas en las bibliotecas físicas y electrónicas, filmotecas, hemerotecas, videotecas u otros lugares donde se encuentren. Si compramos artículos de revistas científicas, los descargamos y guardamos en nuestro equipo para su posterior consulta (y también suelen imprimirse). Si son libros comprados en internet, estaremos pendientes de que lleguen a nuestras manos, etcétera.

Consulta de la literatura

Una vez que se han localizado físicamente las referencias (la literatura) de interés se procede a *consultarlas.* El primer paso consiste en seleccionar las que serán de utilidad para nuestro marco teórico específico y *desechar* las que *no* nos sirvan. En ocasiones, una fuente primaria puede referirse a nuestro problema de investigación, pero no sernos útil porque no enfoca el tema desde el punto de vista que pretendemos establecer, se han realizado nuevos estudios que han encontrado explicaciones más satisfactorias, que han invalidado sus resultados o que han desaprobado sus conclusiones, se detectaron errores de método o bien se realizaron en contextos completamente diferentes al de nuestra investigación, etc. Si la recopilación de la literatura se realiza mediante compilaciones o bancos de datos en los que se incluye un breve resumen de cada referencia, se corre menos riesgo de elegir una fuente primaria inútil.

En todas las áreas de conocimiento, las *fuentes primarias más consultadas y utilizadas* para elaborar marcos teóricos son *libros, artículos de revistas científicas y ponencias o trabajos presentados en congresos, simposios y eventos similares*, entre otras razones, porque estas fuentes son las que sistematizan en mayor medida la información, profundizan más en el tema que desarrollan y son altamente especializadas, además de que se puede tener acceso a ellas por internet. Así, Creswell (2013a) recomienda confiar en la medida de lo posible en artículos de revistas científicas, que son evaluados críticamente por editores y dictaminadores expertos antes de ser publicados. Tales artículos son

¿Qué buscamos al consultar la literatura? Básicamente: definiciones, teorías, resultados, casos, ejemplos, instrumentos utilizados para medir o evaluar los conceptos o variables de interés, hipótesis comprobadas, datos específicos y enfoques o abordajes al problema de investigación.

de los más diversos tipos y cada uno sirve para varios propósitos en el marco teórico, como puede apreciarse en la tabla 4.2. Su selección muchas veces depende de la clase de asignación que solicite a los alumnos el profesor, tutor o director de tesis.

Tabla 4.2 Principales tipos de artículos que podemos encontrar[6]

Tipos de artículos	Descripción del contenido básico	Utilidad potencial para nuestra investigación	Asignación del profesor para la cual es pertinente este tipo de artículos
Reportes de investigación empírica (resultados)	Presentan resultados y descubrimientos producto de recolectar y analizar datos, respondiendo a un planteamiento del problema.	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, abordajes o enfoques, teorías, hipótesis, variables, definiciones, diseños, muestras, instrumentos y análisis, así como conocer sus procedimientos. Encontrar ejemplos. Comparar nuestros resultados con estudios previos.	Trabajo o tesis que implica un estudio empírico (nos solicitan recolectar y analizar datos).
Reportes de evaluación o diagnóstico	Muestran los resultados de una evaluación o diagnóstico hecho a un programa, intervención, organización, proceso, maquinaria o el estado actual de uno o varios casos respecto de una o más variables.	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, abordajes o enfoques, teorías, hipótesis, variables, definiciones, diseños, muestras, instrumentos y análisis, así como conocer sus procedimientos (ejemplos: evaluar un proceso de calidad, un diagnóstico clínico, de la situación financiera de una empresa, del estado de una maquinaria). Encontrar ejemplos. Comparar nuestros resultados con estudios previos.	Trabajo o tesis que comprende una evaluación o diagnóstico (si es del estado actual, una sola recolección de datos; si se trata de evaluar una intervención, una recolección antes y otra después de ella).
Revisiones, síntesis, metaanálisis	Integran información de varias investigaciones previas o informes de evaluación. Consideran coincidencias y divergencias entre estudios previos para obtener conclusiones en el análisis de un planteamiento o fenómeno.	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, abordajes o enfoques, teorías, hipótesis, variables, definiciones, diseños, muestras, instrumentos y análisis, así como conocer sus procedimientos. Encontrar ejemplos. Comparar nuestros resultados con estudios previos.	Marco teórico de un trabajo o tesis que implica estudio empírico. Tesina o monografía. En el caso del metaanálisis: un estudio empírico amplio para analizar los datos obtenidos por investigaciones previas.
Artículos conceptuales o teoréticos	Analizan un nuevo concepto, variable, hipótesis o teoría; o bien, describen conceptos, variables, hipótesis o teorías existentes relacionadas con un planteamiento.	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, teorías, hipótesis, variables y definiciones.	Marco teórico de un trabajo o tesis que implica estudio empírico o teorético. Tesina o monografía.
Reportes descriptivos	Definen y describen un evento, fenómeno, hecho, programa, proceso, caso (individuo, objeto, organización, comunidad, etcétera).	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, conceptos, variables y definiciones, muestras, instrumentos y análisis. Encontrar ejemplos. Comparar nuestros resultados con estudios previos.	Trabajo o tesis que implica un estudio empírico descriptivo (nos piden recolectar y analizar datos).
Ensayos	Presentan una argumentación respaldada por evidencias.	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, conceptos, variables y definiciones potenciales. Encontrar ejemplos. Interpretar nuestras conclusiones.	Monografía. Elaborar la introducción de un trabajo o tesis que implica un estudio empírico o teorético. Desarrollo de la discusión (conclusiones de un trabajo o tesis).
De opiniones	Exponen el punto de vista de un autor respecto a un tópico.	Detectar o identificar palabras clave, planteamientos, conceptos y variables potenciales.	Introducción de un trabajo o tesis.
Revisiones de libros o artículos	Describen y analizan los elementos básicos de libros y artículos (objetivos, contenidos básicos, enfoque y utilidad).	Detectar libros y artículos que pueden ser útiles para nuestra propia investigación.	Regularmente no se integran a las referencias o bibliografía, pues simplemente ayudan en la decisión sobre consultar el libro original.

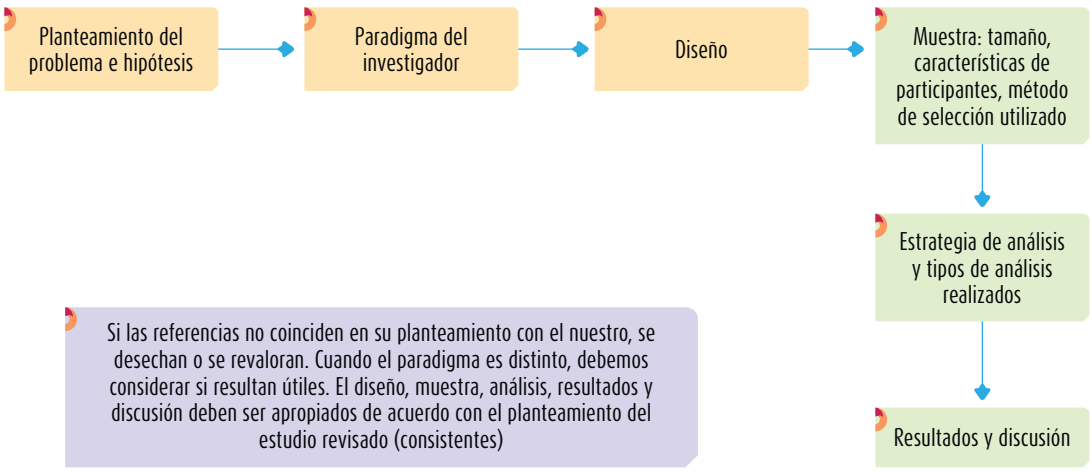
[6] Adaptado parcialmente de Savin-Baden y Major (2013, p. 118).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Para establecer la utilidad de los libros, conviene comenzar analizando el índice de contenido y el índice analítico o de materias por cuestión de tiempo, los cuales proporcionan una idea de los temas incluidos en la obra. Al tratarse de artículos de revistas científicas, lo más adecuado es revisar primero el resumen y palabras clave, y en caso de considerarlo de utilidad, examinar las conclusiones, observaciones o comentarios finales o, en última instancia, todo el artículo.

Mertens (2010) y Creswell (2013a) proponen una revisión que se aplica a prácticamente cualquier referencia, que implica recolección y análisis de los datos y se presenta en la figura 4.1.

Figura 4.1 Revisión de una referencia primaria.



Con el propósito de seleccionar las fuentes primarias que servirán para elaborar el marco teórico, es conveniente hacerse las siguientes preguntas:

- ¿La referencia se relaciona con mi problema de investigación? ¿Cómo?
- ¿Qué aspectos trata?
- ¿Ayuda a que se realice más rápido y profundamente mi estudio?
- ¿Desde qué óptica y perspectiva aborda el tema (psicológica, antropológica, sociológica, médica, legal, económica, comunicológica, administrativa, de ingeniería industrial, etcétera)?

La respuesta a esta última pregunta es muy importante. Por ejemplo, si se pretende estudiar la relación entre superior y subordinado en términos del efecto que la realimentación positiva del primero tiene en la motivación del segundo, la investigación posee un enfoque principalmente comunicológico. Supongamos que encontramos un artículo que versa sobre la relación entre un superior o jefe y su subordinado, pero trata de las atribuciones administrativas que cierto tipo de subordinados tienen en determinadas empresas. Resulta obvio que este artículo se debe descartar, pues enfoca el tema desde otra perspectiva.

Lo anterior no significa que no se pueda acudir a otros campos de conocimiento para completar la revisión de la literatura, pues en algunos casos se encuentran referencias sumamente útiles en otras áreas.

Para analizar las referencias, recordemos que se toma en cuenta:

- Cercanía o similitud a nuestro planteamiento (utilidad).
- Semejanza a nuestro método y muestra.
- Fecha de publicación o difusión (cuanto más reciente, mejor).
- Que consista en una investigación empírica (recolección y análisis de datos).
- Rigor y calidad del estudio (cuantitativo, cualitativo o mixto).

Por lo que se refiere al *apoyo bibliográfico*, algunos investigadores consideran que no debe acudirse a obras preparadas en el extranjero, porque la información que presentan y las teorías que sostienen

fueron elaboradas para otros contextos y situaciones. Aunque esto es cierto, no implica que deba rechazarse o no utilizarse tal material; la cuestión es saber cómo usarlo. Es posible que la *literatura extranjera* le ayude al investigador local de diversas formas: puede ofrecerle un buen punto de partida, guiarlo en el enfoque y tratamiento que se le dará al problema de investigación, orientarlo respecto de los diversos elementos que intervienen en el problema, centrarlo en un problema específico, sugerirle cómo construir el marco teórico, etcétera.

Un caso ilustrativo fueron los estudios de Rota (1978), cuyo propósito primordial era analizar el efecto que la exposición a la violencia televisada tiene en la conducta agresiva de los niños. Cuando el autor citado revisó la literatura, encontró que prácticamente no se habían realizado estudios previos en México, pero que en Estados Unidos se habían llevado a cabo investigaciones y que incluso se habían formulado teorías al respecto (teoría del reforzamiento, teoría de la catarsis y las teorías de los efectos disfuncionales). El autor se basó en la literatura estadounidense y comenzó a efectuar estudios en México. Sus resultados variaron de los encontrados en Estados Unidos, aunque los antecedentes localizados en esa nación constituyeron un excelente marco de referencia y un punto de partida para sus investigaciones.

Desde luego, en ocasiones ciertos fenómenos evolucionan o cambian al paso del tiempo. Por ejemplo, podría ser que una generación de niños no se viera influida por ciertos efectos de la televisión y otra generación sí, lo cual quiere decir que las ciencias no son estáticas. Hoy en día, nuestras percepciones y conocimientos sobre diversos fenómenos han cambiado con el desciframiento del genoma humano, los actos terroristas de 2001 en Estados Unidos, el huracán Sandy que impactó en 2012 Nueva York y diversas ciudades aledañas (también Haití, Cuba y otros países del Caribe), las expediciones más recientes al espacio, las últimas guerras, el desarrollo de las comunicaciones telefónicas o los sucesos locales.

Una vez seleccionadas las referencias o fuentes primarias útiles para el problema de investigación, se revisan cuidadosamente y se extrae la información necesaria para integrarla y desarrollar el marco teórico. Al respecto, es recomendable anotar los datos completos de identificación de la referencia.[7]

¿Qué información o contenido se extrae de las referencias?

Centro de recursos en línea

A veces se extrae una sola o varias ideas; otras, una cifra, un resultado o numerosos comentarios (algunos ejemplos y su organización se muestran en el centro de recursos en línea de la obra, en el capítulo 3, "Perspectiva teórica: comentarios adicionales").[8]

Al identificar la literatura útil, se puede diseñar un *mapa de revisión*, el cual es una "imagen de conceptos" de la agrupación propuesta respecto a las referencias del planteamiento y que ilustra cómo la indagación contribuirá al estudio (veremos un ejemplo más adelante).

Cuando ya se haya reunido la literatura que se consideró para la elaboración del *mapa de revisión*, también se deben empezar a generar los resúmenes de los artículos y documentos más relevantes y la extracción de ideas, cifras y comentarios. Estos resúmenes e información se combinarán posteriormente en el marco teórico (Hernández-Sampieri y Méndez, 2009).

¿Qué nos puede revelar la revisión de la literatura?

Uno de los propósitos de la revisión de la literatura es analizar y discernir si la teoría y la investigación anterior sugieren una respuesta (aunque sea parcial) a la pregunta o las preguntas de investigación, o bien si provee una dirección a seguir dentro del planteamiento de nuestro estudio (Lawrence, Machi y McEvoy, 2012; Race, 2008).

Centro de recursos en línea

[7] En el centro de recursos en línea de la obra (Manuales auxiliares / Manual APA abreviado), el lector encontrará un pequeño manual basado en las normas de la APA (American Psychological Association) que se usa en la mayoría de las disciplinas. Ahí se señala qué elementos se anotan de las principales referencias y cómo citarlas en la lista final de referencias o bibliografía. Además, en dicha página podrá bajar el programa SISI (Sistema de Información para el Soporte a la Investigación) y su respectivo manual (en Manuales Auxiliares), herramientas que sirven para generar, incluir y organizar referencias bibliográficas, tanto en el texto —citas— como al final en el listado o bibliografía —referencias—, basándonos en el estilo de publicación de la APA.

[8] Para esta sexta edición se agregó un esquema de extracción de información basado en tablas o matrices que puede resultarle útil al lector.

La literatura revisada puede revelar diferentes grados en el desarrollo del conocimiento:

- Que hay una teoría completamente desarrollada, con abundante evidencia empírica[9] y que se aplica a nuestro problema de investigación.
- Que hay varias teorías con soporte empírico que se aplican a nuestro problema de investigación.
- Que hay "piezas y trozos" de teoría con cierto respaldo empírico, que sugieren variables potencialmente importantes y que se aplican a nuestro problema de investigación (pueden ser generalizaciones empíricas e hipótesis con apoyo de algunos estudios).
- Que hay descubrimientos interesantes, pero parciales, sin llegar a ajustarse a una teoría.
- Que sólo hay guías aún sin estudiar e ideas vagamente relacionadas con el problema de investigación.

Asimismo, nos podemos encontrar que los estudios antecedentes presentan falta de congruencia o claridad, debilidades en el método (en sus diseños, muestras, instrumentos para recolectar datos, etc.), aplicaciones que no han podido implementarse correctamente o que han mostrado problemas (Grobbee y Hoes, 2014; Mertens, 2010).

En cada caso, varía la estrategia que habremos de utilizar para *construir* y *organizar nuestro marco teórico*.

1. *Existencia de una teoría completamente desarrollada*

Cuando la revisión de la literatura revela que hay una teoría capaz de describir, explicar y predecir el planteamiento o fenómeno de estudio de manera lógica, completa, profunda y coherente, la mejor estrategia para construir el marco teórico es tomar esa teoría como la estructura misma.

En términos generales, una **teoría** es un conjunto de proposiciones interrelacionadas capaces de explicar por qué y cómo ocurre un fenómeno. En palabras de Kerlinger y Lee (2002), la teoría constituye un conjunto de constructos (conceptos) vinculados, definiciones y proposiciones que presentan una visión sistemática de los fenómenos al especificar las relaciones entre variables, con el propósito de explicar y predecir los fenómenos.

Teoría Conjunto de proposiciones interrelacionadas capaces de explicar por qué y cómo ocurre un fenómeno.

Las teorías pueden estar más o menos desarrolladas y tener mayor o menor valor. Los criterios para evaluarlas, así como una explicación e ilustración de éstas y las concepciones erróneas respecto de lo que es una teoría, las podrá encontrar el lector en el centro de recursos en línea de esta obra, capítulo 3, "Perspectiva teórica: comentarios adicionales".

Centro de recursos en línea

Ahora bien, si se descubre una teoría que explica el problema de investigación que nos interesa, se debe tener cuidado de no investigar algo ya estudiado muy a fondo. Imaginemos que alguien pretende realizar una investigación para someter a prueba la siguiente hipótesis referente al sistema solar: "Las fuerzas centrípetas tienden a los centros de cada planeta" (Newton, 1984, p. 61). Sería ridículo, porque es una hipótesis generada hace más de 300 años, comprobada de modo exhaustivo y que ha pasado a formar parte del saber común.

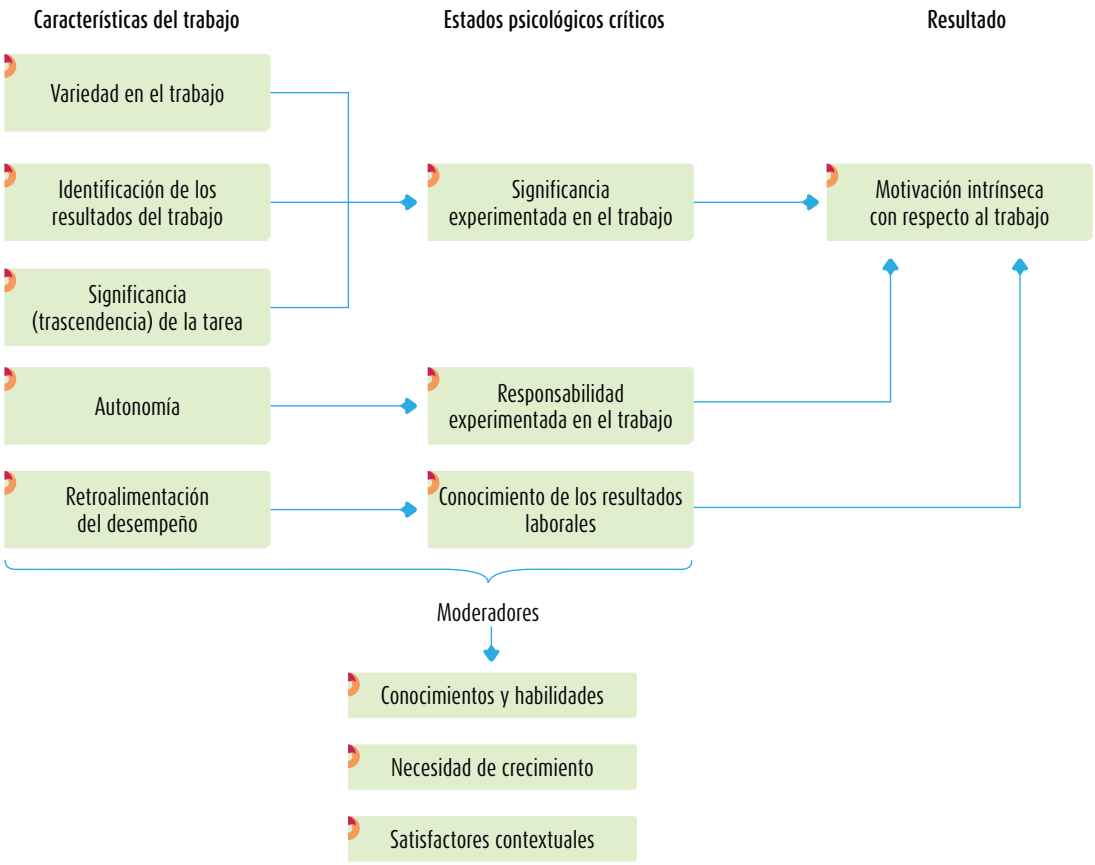
Cuando encontramos una teoría sólida que explica el planteamiento de interés, debemos darle un nuevo enfoque a nuestro estudio: a partir de lo que ya está comprobado, plantear otras interrogantes de investigación, obviamente aquellas que no ha podido resolver la teoría; o bien nos ocupamos de profundizar y ampliar elementos de la teoría y visualizar nuevos horizontes. También puede haber una buena teoría, pero aún no está comprobada o no se ha aplicado a nuestro contexto. De ser así, resultaría de interés someterla a prueba empírica en otras condiciones. Por ejemplo, una teoría de las causas de la satisfacción laboral formulada en Japón, que deseamos probar en Argentina o Brasil; o una teoría de los efectos de la exposición a contenidos sexuales en la televisión que únicamente se haya investigado en adultos, pero no en adolescentes.

En el caso de una teoría desarrollada, nuestro marco teórico consistirá en explicar la teoría, ya sea proposición por proposición o en forma cronológica para mostrar su evolución. Supongamos que se

[9] La evidencia empírica, en el enfoque cuantitativo, se refiere a los datos de la "realidad" que apoyan o dan testimonio de una o varias afirmaciones. Se dice que una teoría ha recibido apoyo o evidencia empírica cuando hay investigaciones científicas que han demostrado que sus postulados son ciertos en la realidad observable o medible. Las proposiciones o afirmaciones de una teoría llegan a tener diversos grados de evidencia empírica: *a*) si no hay evidencia empírica a favor ni en contra de una afirmación, a ésta se le denomina "hipótesis"; *b*) si hay apoyo empírico, pero éste es moderado, la afirmación o proposición es una "generalización empírica", y *c*) si la evidencia empírica es abrumadora, hablamos de "ley" (Sullivan, 2009; Reynolds, 1980).

intenta responder la siguiente pregunta: ¿cuáles son las características del trabajo relacionadas con la motivación para terminar las tareas laborales?[10] Al revisar la literatura, se encontraría una teoría sumamente desarrollada, designada como la teoría de la relación entre las características del trabajo y la motivación intrínseca. Esta teoría puede resumirse en el modelo de la figura 4.2 (adaptado de Hackman y Oldham, 1980, p. 83).[11]

Figura 4.2 Moderadores de la relación entre las características de trabajo y la motivación intrínseca.



Nuestro marco teórico se basaría en dicha teoría, incorporándole ciertas referencias de interés. Algunos autores lo estructurarían de la siguiente manera:

1. La motivación intrínseca con respecto al trabajo.
   - 1.1 ¿Qué es la motivación intrínseca en el contexto laboral?
   - 1.2 La importancia de la motivación intrínseca en el trabajo: su relación con la productividad.
2. Los factores del trabajo.
   - 2.1 Factores organizacionales (clima organizacional, políticas de la empresa, instalaciones, características estructurales de la organización: tamaño, tecnología, normas de la organización, entre otras cuestiones). *[Tratados de forma muy breve porque la investigación se enfoca en otros aspectos.]*
   - 2.2 Factores del desempeño (atribuciones internas, sentimientos de competencia y autodeterminación, etc.) *[También tratados muy brevemente por la misma razón.]*

[10] En un contexto determinado, digamos empresas del Parque Industrial de Villa El Salvador, en Lima, Perú.
[11] Este modelo sigue siendo utilizado, véase, por ejemplo: Hernández-Sampieri (2005), Østhus (2007), Prowse y Prowse (2008), Russell (2008), Rothausen (2009), Harley, Sargent y Allen (2010); Dierdorff, Rubin y Bachrach (2012) y Steger *et al.* (2013).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

- 2.3 Factores personales (conocimientos y habilidades, interés inicial por el trabajo y variables de personalidad, necesidades de desarrollo, etc.). *[Igualmente tratados en forma abreviada.]*
- 2.4 Factores de recompensa extrínseca (salario, prestaciones y otros tipos de recompensas). *[Comentados muy concisamente.]*

3. Características del trabajo.
   - 3.1 Variedad en el trabajo.
   - 3.2 Identificación de los resultados del individuo en el producto final.
   - 3.3 Importancia o trascendencia del trabajo.
   - 3.4 Autonomía.
   - 3.5 Realimentación del desempeño.
     - 3.5.1 Realimentación proveniente de agentes externos (superiores, supervisión técnica y compañeros de trabajo, que también constituyen una forma de recompensa extrínseca).
     - 3.5.2 Realimentación proveniente del trabajo en sí.
   - 3.6 Otras características.
4. La relación entre las características del trabajo y la motivación intrínseca. *[Aquí se comentaría cómo se vinculan entre sí dichas características y la forma en que se asocian, como un todo, a la motivación intrínseca. En esta parte del marco teórico, las características del trabajo se tomarían en conjunto, mientras que en el inciso 3 se menciona su correlación individual con la motivación intrínseca. Es decir, se explicaría el modelo de los moderadores de la relación entre las características del trabajo y la motivación intrínseca, a manera de resumen.]*

En este caso, por lo menos alrededor de 80% del marco teórico se desarrollaría en los incisos 3 y 4. De hecho, el inciso 2 es narrativo y general, y podría eliminarse. Su papel se limita a centrar el estudio en las variables de interés. En lo personal, *se agruparían* los factores organizacionales, del desempeño, personales y de recompensa extrínseca en un solo apartado, puesto que de ellos sólo se hablará en términos muy generales. Así, obtendríamos un capitulado más sencillo.

Otra perspectiva de nuestro marco teórico es la *cronológica*, que consiste en desarrollar históricamente la evolución de la teoría (analizar las contribuciones más importantes al problema de investigación hasta llegar a la teoría resultante). Si lo desarrolláramos siguiendo una perspectiva cronológica, tendríamos una estructura como la siguiente:

1. La motivación intrínseca y la motivación extrínseca: una división de la motivación hacia el trabajo.
2. Los modelos motivacionales clásicos para estudiar la motivación intrínseca.
   - 2.1. Antecedentes — Década de 1950
   - 2.2. Frederick Herzberg — Década de 1960
   - 2.3. Victor Vromm — De la década de 1950 a la de 1970
   - 2.4. Edward E. Lawler — De la década de 1960 a la de 1970
   - 2.5. Edward L. Deci — De la década de 1970 a la de 1990
3. El modelo de rediseño del trabajo (Richard Hackman y Greg Oldham)

   De la década de 1980 a la fecha
4. Las nuevas redefiniciones: Richard Ryan y Edward Deci, Kenneth W. Thomas, Steven Reiss.[12]

   De 2000 a la fecha

En los apartados se hablaría de las características del trabajo consideradas por cada autor o perspectiva en particular, así como su relación con la motivación intrínseca. *[Aunque el punto dos sería tratado muy brevemente.]* Al final se incluiría la teoría resultante, producto de años de investigación. Ya sea que decidamos construir el marco teórico cronológicamente o desglosar la estructura de la

[12] Hon (2012), Reiss (2012) y Chen (2013).

teoría (tratando, una por una, las proposiciones y los elementos principales de ella). Lo importante es explicar con claridad la teoría y la forma como se aplica a nuestro problema de investigación.

1. ***Existencia de varias teorías aplicables a nuestro problema de investigación***

Cuando al revisar la literatura se descubren varias teorías o modelos aplicables al problema de investigación, podemos elegir uno y basarnos en éste para edificar el marco teórico (desglosando la teoría o de manera cronológica); o bien, tomar partes de algunas o todas las teorías.

En la primera situación, elegimos la teoría que reciba una evaluación más positiva (de acuerdo con los criterios para evaluar una teoría que se comentan en el capítulo 3 del centro de recursos en línea)[13] y que se aplique más al problema de investigación. Por ejemplo, si el planteamiento se centra en los efectos que tienen en los adolescentes los programas televisivos con alto contenido sexual, podríamos encontrar teorías que expliquen el efecto de presenciar escenas de sexo en televisión, pero sólo una tiene que ver con adolescentes o cuenta con evidencia empírica del contexto elegido. Sin duda, ésta debería ser la teoría que seleccionemos para construir nuestro marco teórico.

En la segunda situación, se tomaría de las teorías sólo aquello que se relaciona con el problema de estudio. En estos casos, antes de trazar el marco teórico conviene bosquejarlo, analizarlo y decidir qué se va a incluir de cada teoría, procurando no caer en contradicciones lógicas (en ocasiones diversas teorías rivalizan en uno o más aspectos de manera total; si aceptamos lo que dice una teoría debemos desechar lo que postulan las demás). Cuando las proposiciones más importantes de las teorías se excluyen unas a otras, se debe elegir una sola. Pero si únicamente difieren en aspectos secundarios, se toman las proposiciones centrales que son más o menos comunes a todas ellas, y se eligen las partes de cada teoría que sean de interés y se acoplen entre sí.

Lo más común para construir el marco teórico es tomar una teoría como base y extraer elementos de otras teorías útiles.[14]

2. ***Existencia de "piezas y trozos" de teorías (generalizaciones empíricas)***

En ciertos campos del conocimiento no se dispone de muchas teorías que expliquen los fenómenos que estudian; a veces sólo se tienen **generalizaciones empíricas**, es decir, proposiciones que han sido comprobadas en la mayor parte de las investigaciones realizadas. Al revisar la literatura, es muy probable encontrar una situación así. Lo que se hace entonces es construir la perspectiva teórica, más que adoptar o adaptar una o varias teorías.

Generalizaciones empíricas Proposiciones que han sido comprobadas en la mayor parte de las investigaciones realizadas (constituyen la base de lo que serán las hipótesis que se someterán a prueba).

Cuando al revisar la literatura se encuentra una proposición única o en el planteamiento se piensa limitar la investigación a una generalización empírica (hipótesis), el marco teórico abarca los resultados y las conclusiones a que han llegado los estudios antecedentes, de acuerdo con algún esquema lógico (de manera cronológica, por variable o concepto de la proposición, o por las implicaciones de las investigaciones anteriores). Pero recordemos que nuestro estudio debe innovar.[15] Si nuestra pregunta de investigación fuera: ¿los individuos de un sistema social que adoptan primero una innovación están más expuestos a los canales interpersonales de comunicación que quienes la adoptan con posterioridad?,[16] nuestro marco teórico consistiría en comentar los estudios de difusión de innovaciones que, de una u otra manera, han hecho referencia al problema de investigación. Comentar implicaría describir cada estudio, el contexto en que se realizó y los resultados y las conclusiones a las que se llegó.

Ahora bien, casi todos los estudios se plantean varias preguntas de investigación o una pregunta de la cual se derivan diversas proposiciones (desde luego, como se mencionó en el capítulo anterior, evitando una dispersión incoherente). En estos casos, el marco teórico también se fundamentaría en

[13] Estos criterios son: *a*) capacidad de descripción, explicación y predicción , *b*) congruencia lógica, *c*) perspectiva, *d*) innovación e inventiva (fructificación heurística) y *e*) sencillez (parsimonia).

[14] Para ver cómo se integra un marco teórico en torno a una teoría o un modelo, sugerimos al lector descargar del centro de recursos en línea y revisar el ejemplo 6, "Exploración factorial del clima y la cultura organizacional en el marco del modelo de los valores en competencia" (en "Material complementario", "Investigación cuantitativa").

[15] A veces se llevan a cabo investigaciones para evaluar la falta de coherencia entre estudios previos, encontrar "huecos" de conocimiento en éstos o explorar por qué ciertas aplicaciones no han podido implantarse adecuadamente.

[16] Tomada de Rogers y Shoemaker (1971). Ejemplos de innovaciones son la moda, la tecnología, los sistemas de trabajo, etc.; y desde luego, debe especificarse el sistema social.

los estudios anteriores que se refieren a tales proposiciones. Los estudios se comentan y se van relacionando unos con otros, de acuerdo con un criterio coherente (cronológicamente, por cada proposición o por las variables del estudio). En ocasiones se entrelazan las proposiciones de manera lógica para postular, en forma tentativa, una teoría (la investigación puede comenzar a integrar una teoría que se encargarán de afinar estudios futuros).

Cuando nos encontramos con generalizaciones empíricas, es frecuente organizar el marco teórico por cada una de las variables del estudio. Por ejemplo, si pretendemos investigar el efecto que producen ciertas dimensiones del clima organizacional sobre la rotación de personal, nuestro marco teórico podría tener la siguiente estructura:

1. Definiciones fundamentales: el clima organizacional y la rotación de personal.
2. Dimensiones del clima organizacional[17] y su efecto en la rotación de personal.
   - 2.1 Moral
   - 2.2 Apoyo de la dirección
   - 2.3 Motivación intrínseca
   - 2.4 Autonomía
   - 2.5 Identificación con la organización
   - 2.6 Satisfacción laboral

En cada subsección del inciso 2 se definiría la dimensión y se incluirían las generalizaciones o proposiciones empíricas sobre la relación entre la variable y la rotación.

Las generalizaciones empíricas que se descubran en la literatura constituyen la base de lo que serán las hipótesis que se someterán a prueba y a veces son las hipótesis mismas. Lo mismo ocurre cuando tales proposiciones forman parte de una teoría.

3. ***Descubrimientos interesantes pero parciales que no se ajustan a una teoría***

En la literatura podemos encontrar que no hay teorías ni generalizaciones empíricas, sino sólo algunos estudios previos vinculados —relativamente— con nuestro planteamiento. Podemos organizarlos como antecedentes de forma lógica y coherente, destacando lo más relevante en cada caso y citándolos como puntos de referencia. Se debe ahondar en lo que cada antecedente aporta.

Por ejemplo, el estudio ya mencionado en el capítulo anterior, de Núñez (2001), quien finalmente diseñó una investigación para validar un instrumento que midiera el sentido de vida de acuerdo con el pensamiento y la filosofía de Viktor Frankl. Al revisar la literatura se encontró con que había otras pruebas logoterapéuticas que medían el propósito de vida; pero que no reflejaban totalmente el pensamiento de dicho autor. Construyó su marco teórico alrededor del modelo concebido por Frankl (manifestaciones del espíritu, libertad, responsabilidad, conciencia, valores, etc.) y tomó los instrumentos previos como puntos de referencia. No se *acogió* a una teoría, *adaptó* un esquema de pensamiento y enmarcó su estudio con otros anteriores (que desarrollaron diversos instrumentos de medición). Entre algunos de sus apartados del marco teórico incluyó puntos como los siguientes:

Medición del sentido de vida:

- Tests logoterapéuticos
- El test de propósito vital de Crumbaugh y Maholick (PIL)
- Investigaciones realizadas con el PIL
- Investigaciones en México
- Test de Song
- Escala de vacío existencial (EVS) del MMPI
- Cuestionario de propósito vital (LPQ)
- El test del significado del sufrimiento de Starck
- Test de Belfast
- Logo-test de Elizabeth Lukas

[17] Se simplificaron las dimensiones del clima organizacional para hacer más ágil el ejemplo.

4. ***Existencia de guías aún no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de investigación***

En ocasiones se descubre que se han efectuado pocos estudios dentro del campo de conocimiento en cuestión. En tales casos, el investigador tiene que buscar literatura que, aunque no se refiera al problema específico de la investigación, lo ayude a orientarse dentro de él. Paniagua (1985), al llevar a cabo una revisión de la bibliografía sobre las relaciones interpersonales del comprador y el vendedor en el contexto organizacional mexicano, no detectó ninguna fuente primaria sobre el tema específico. Entonces, tomó referencias de relaciones interpersonales provenientes de otros contextos (superior y subordinado, entre compañeros de trabajo y desarrollo de las relaciones en general), y las aplicó a la relación entre el comprador y el vendedor para construir el marco teórico.

Tomemos otro caso para ilustrar cómo se constituye el marco teórico en situaciones en las que no hay estudios previos sobre el problema de investigación específico. Supongamos que se trata de analizar qué factores del contexto laboral provocan el temor a tener logros[18] y repercuten en la motivación de logro de las secretarias que trabajan en la burocracia gubernamental de Costa Rica. Quizá se encuentre que no hay ningún estudio al respecto, pero tal vez existan investigaciones sobre el temor y la motivación de logro de las secretarias costarricenses (aunque no laboren en el gobierno) o de supervisores de departamentos públicos (aunque no se trate de la ocupación que específicamente nos interesa). Si tampoco ocurre lo segundo, tal vez haya estudios que tratan ambas variables con ejecutivos de empresas privadas o de secretarias de dependencias públicas de otros países. Si no es así, se acude a las investigaciones sobre el temor y la motivación de logro, a pesar de que probablemente se hayan realizado entre estudiantes de otro país. Pero, si no hubiera ningún antecedente se recurriría a los estudios iniciales de motivación de logro de David McClelland y a los de temor del logro. Aunque, por ejemplo, para temor de logro encontraríamos múltiples referencias (Nguyen y Benet-Martínez, 2013; Roth, Purvis y Bobko, 2012; Choi, 2011; Gore *et al.,* 2011; Romer, 2010, Mulig *et al.,* 2006; Kocovski y Endler, 2000; Lew *et al.,* 1998; Janda, O'Grady y Capps, 1978; Cherry y Deaux, 1978, Tresemer, 1977 y 1976, y Zuckerman *et al.,* 1980; entre otras). Pero en el supuesto de que tampoco las hubiera, se acudiría a estudios generales sobre temor y motivación. Sin embargo, casi siempre se cuenta con un punto de partida. Las excepciones en este sentido son muy pocas. Las quejas de que "no hay nada", "nadie lo ha estudiado", "no sé en qué antecedentes puedo basarme", por lo general se deben a una deficiente revisión de la literatura. Se encuentra otro ejemplo sobre qué hacer cuando no hay literatura (incluso sobre cuestiones no inventadas) en el ya referido capítulo 3 que se puede descargar del centro de recursos en línea.

Algunas observaciones sobre el desarrollo de la perspectiva teórica

En el proceso cuantitativo siempre es conveniente efectuar la revisión de la literatura y presentarla de una manera organizada (llámese marco teórico, marco de referencia, conocimiento disponible o de cualquier otro modo), y aunque nuestra investigación puede centrarse en un objetivo de evaluación o medición muy específico (por ejemplo, un estudio que solamente pretenda medir variables particulares, como el caso de un censo demográfico en una determinada comunidad donde se medirían: nivel socioeconómico, nivel educativo, edad, género, tamaño de la familia, etc.), es recomendable revisar lo que se ha hecho antes (cómo se han realizado en esa comunidad los censos demográficos anteriores o, si no hay antecedentes en ella, cómo se han efectuado en comunidades similares; qué problemas se tuvieron, cómo se resolvieron, qué información relevante fue excluida, etc.). Esto ayudará a concebir un estudio mejor y más completo. En investigaciones para mejorar procesos, desarrollar algoritmos y generar nuevas tecnologías y productos, parte de la revisión de la literatura consiste en considerar y evaluar los anteriores procesos, algoritmos, tecnologías o productos, recordando que el planteamiento implica analizar en qué variables puede optimizarse.

[18] Temor a ser exitoso en un trabajo u otra tarea.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

El papel del marco teórico resulta fundamental antes y después de recolectar los datos. Esto puede visualizarse en la tabla 4.3.

Tabla 4.3 Papel del marco teórico durante el proceso cuantitativo[19]

Antes de recolectar los datos, nos ayuda a...	Después de recolectar los datos, nos ayuda a...
• Aprender más acerca de la historia, origen y alcance del problema de investigación.	• Explicar diferencias y similitudes entre nuestros resultados y el conocimiento existente.
• Conocer qué métodos se han aplicado exitosa o erróneamente para estudiar el problema específico o problemas relacionados.	• Analizar formas de cómo podemos interpretar los datos.
• Saber qué respuestas existen actualmente para las preguntas de investigación.	• Ubicar nuestros resultados y conclusiones dentro del conocimiento existente.
• Identificar variables que requieren ser medidas y observadas, además de cómo han sido medidas y observadas.	• Construir teoría y explicaciones.
• Decidir cuál es la mejor manera de recolectar los datos que necesitamos y dónde obtenerlos.	• Desarrollar nuevas preguntas de investigación e hipótesis.
• Resolver cómo pueden analizarse los datos.	
• Refinar el planteamiento y sugerir hipótesis.	
• Justificar la importancia del estudio.	

Al construir el marco teórico, debemos centrarnos en el problema de investigación que nos ocupa sin divagar en otros temas ajenos al estudio. *Un buen marco teórico* no es aquel que contiene muchas páginas, sino que trata con profundidad únicamente los aspectos relacionados con el problema, y que vincula de manera lógica y coherente los conceptos y las proposiciones existentes en estudios anteriores. Éste es otro aspecto importante que a veces se olvida: construir el marco teórico no significa sólo reunir información, sino también ligarla e interpretarla (en ello la redacción y la narrativa son importantes, porque las partes que lo integren deben estar enlazadas y no debe "brincarse" de una idea a otra).[20]

Un ejemplo que, aunque burdo, resulta ilustrativo de lo que acabamos de comentar, sería el de quien trata de investigar cómo afecta a los adolescentes exponerse a programas televisivos con alto contenido sexual, si desarrollara una estructura del marco teórico más o menos así:

1. La televisión
2. Historia de la televisión
3. Tipos de programas televisivos
4. Efectos macrosociales de la televisión
5. Usos y gratificaciones de la televisión
   - 5.1. Niños
   - 5.2. Adolescentes
   - 5.3. Adultos
6. Exposición selectiva a la televisión
7. Violencia en la televisión
   - 7.1. Tipos
   - 7.2. Efectos
8. Sexo en la televisión
   - 8.1. Tipos
   - 8.2. Efectos

[19] Adaptado de Yedigis y Weinbach (2005, p. 47).

[20] Para que el lector se ayude en la redacción de marcos teóricos y reportes de investigación, puede descargar del centro de recursos en línea de la obra (en "manuales auxiliares") el manual titulado: *Indicaciones para la elaboración de un manuscrito original*, desarrollado por el Departamento de Investigación de la Universidad Católica de Costa Rica, dirigido por el MSC Luis Diego Chacón Sandoval y revisado y adaptado por el Centro de Investigación de la Universidad de Celaya y el Dr. Roberto Hernández-Sampieri.

Centro de recursos en línea

9. El erotismo en la televisión
10. La pornografía en la televisión

Es obvio que esto sería divagar en un "mar de temas". Siempre se debe recordar que es muy diferente escribir un libro de texto, que trata a fondo un área determinada de conocimiento, que elaborar un marco teórico con el que debamos ser selectivos.

Qué método podemos seguir para organizar y construir el marco teórico

Una vez extraída y recopilada la información que nos interesa de las referencias pertinentes para nuestro problema de investigación, podremos empezar a *elaborar el marco teórico*, el cual se basará en la integración de la información recopilada.

Un paso previo consiste en *ordenar la información recopilada* de acuerdo con uno o varios criterios lógicos y adecuados al tema de la investigación. Algunas veces se ordena cronológicamente; otras, por subtemas, por teorías, etc. Por ejemplo, si se utilizaron fichas o documentos en archivos y carpetas (en la computadora) para recopilar la información, se ordenan según el criterio que se haya definido. De hecho, hay quien trabaja siguiendo un método propio de organización. En definitiva, lo que importa es que resulte eficaz.

Método de mapeo Consiste en elaborar un mapa conceptual para organizar y edificar el marco teórico.

Hernández-Sampieri y Méndez (2009) y Creswell (2013a) recomiendan el **método de mapeo** (elaborar primero un mapa) para organizar y elaborar el marco teórico. Además, Roberto Hernández-Sampieri ha sugerido siempre otro: por índices (se vertebra todo a partir de un índice general).

Método de mapeo para construir el marco teórico

Este método implica elaborar un mapa conceptual y, con base en éste, profundizar en la revisión de la literatura y el desarrollo del marco teórico.

Como todo mapa conceptual, su claridad y estructura dependen de que seleccionemos los términos adecuados, lo que a su vez se relaciona con un planteamiento enfocado. Lo explicaremos con un ejemplo.

Ejemplo

El clima organizacional

El siguiente es un ejemplo de mapa de la literatura de un estudio cuyo objetivo esencial era "validar una escala para medir el clima organizacional en el contexto laboral mexicano" (Hernández-Sampieri, 2005). La revisión de la literatura se centró en estudios que incluyeran definiciones y modelos del clima organizacional[21] (sus causas y efectos), así como instrumentos que lo midieran (por lo que se debió recurrir a investigaciones que consideraran sus componentes, dimensiones o variables).

Las palabras clave de búsqueda fueron:

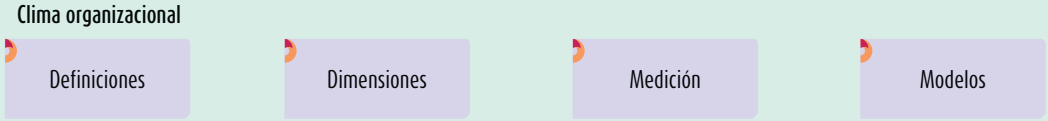
1. "Clima organizacional" (y obviamente o*rganizational climate*): se utilizó debido a que representa el área central del estudio.
2. "Medición" (*measurement*): en función de que se pretende validar un instrumento de medición.
3. "Definiciones" (*definitions*): porque se requerían definiciones del concepto.
4. "Dimensiones" y "factores" (*dimensions* y *factors*): se buscaba considerar las dimensiones concebidas como parte del clima organizacional.
5. "Modelos" (*models*): para encontrar esquemas empíricos sobre sus causas y efectos.
6. Posteriormente, se incluyeron variables relacionadas con el clima organizacional como *organizational culture* (cultura organizacional) y *work involvement* (compromiso con el trabajo), para ver sus diferencias con el concepto de interés; sin embargo, se excluyen en el ejemplo con el propósito de no extenderlo.

[21] El clima organizacional es el conjunto de percepciones de los individuos respecto de su medio interno de trabajo (Hernández-Sampieri, 2005).

Tales palabras dieron frutos en la búsqueda de referencias a través de las distintas bases de datos (Wiley, SAGE Journals, Latindex, ERIC y ABI/INFORM).

Por tanto, el mapa inicial de conceptos fue el de la figura 4.3 (en este caso, la estructura está fundamentada en los conceptos clave).

Figura 4.3 Muestra de un mapa de la literatura con el ejemplo del clima organizacional.



Los conceptos clave del mapa permanecen o se desglosan en subtemas, según lo indique la literatura esencial que revisemos (serán temas en la perspectiva o marco teórico). El mapa va desplegándose en subtemas, como lo apreciamos en la figura 4.4.

Figura 4.4 Mapa de la literatura desplegado en temas y subtemas.

Se colocan los autores principales en el mapa (figura 4.5):

Figura 4.5 Mapa de la literatura con autores.[22]

Entonces estructuramos el marco teórico con base en los cuatro temas (apartados):

1. Definiciones, características y enfoques del clima organizacional
2. Dimensiones del clima organizacional

[22] Hemos omitido algunos de los nombres para hacer más breve el ejemplo. Tampoco se incluyen las citas de referencias en la bibliografía del libro, ya que el ejemplo, aunque es real, se utiliza simplemente para fines ilustrativos. Sí se mencionan las principales fuentes de donde fueron localizadas.

3. Modelos del clima organizacional
4. Medición del clima organizacional
5. Conclusiones al marco teórico

Cada tema se despliega en subtemas, por ejemplo:

1. Definiciones, características y enfoques del clima organizacional
   - 1.1. Definiciones fundamentales
   - 1.2. ¿Características organizacionales o percepciones?
     Dicotomía del clima: objetivo o subjetivo
     - 2.2.1. Concepción del clima como la medida múltiple de los atributos organizacionales (visión "objetiva")
     - 1.2.2. El clima como la medida perceptiva de los atributos individuales
     - 1.2.3. El clima como la medida perceptiva de los atributos organizacionales
   - 1.3. ¿Clima individual, grupal o colectivo?
   - 1.4. El clima y otras variables organizacionales: similitudes y diferencias

De este modo se coloca el contenido de las referencias en cada apartado (en los que corresponda). Debe señalarse que éstas fueron obtenidas fundamentalmente de revistas como: *Journal of Organizational Behavior, Human Resource Management, Journal of Management, Human Resource Development Quarterly, Academy of Management Review, European Journal of Work and Organizational Psychology, Contaduría y Administración*, *Investigación Administrativa* y otras; además de libros.

Para saber qué revistas son importantes se considera el factor de impacto (FI), (*Impact Factor*), que es un indicador bibliométrico elaborado por el Institute for Scientific Information (ISI) de Estados Unidos, el cual se publica en el *Journal Citation Reports* (JCR), donde se recopilan las revistas por orden alfabético y materias. A cada revista se le adjudica un número (FI) que se calcula dividiendo la suma de las citas hechas a esa revista durante un año (digamos 2015) de artículos publicados los dos años previos (2013 y 2014) entre el número total de artículos publicados por dicha revista en esos dos años anteriores. Con este indicador se pretende medir el grado de difusión o "impacto" y, por tanto, de prestigio, que tiene dicha publicación, aunque también es posible calcular el FI de un autor o institución.[23]

Desde luego, los autores cambian con el tiempo. Si Hernández-Sampieri hubiera hecho su estudio a finales de 2013, tendría que haber incluido nuevas referencias: Ehrhart, Schneider y Macey (2013) con su libro *Organizational climate and culture*; Datt y Thakur (2012) con su obra *Organizational climate of self-financing engineering colleges*: *Teachers with high and low job satisfaction*; Bloom (2010) con el libro *A great place to work*: *Creating a healthy organizational climate*; Chaudhary, Rangnekar y Barua (2014) con su trabajo "Human resource development climate in India: Examining the psychometric properties of HRD Climate Survey Instrument", publicado en la revista *Vision*; y el artículo de Hernández-Sampieri, Méndez y Contreras (2014) "Construcción de un instrumento para medir el clima organizacional en función del modelo de los valores en competencia", publicado por *Contaduría y Administración*, por mencionar unos ejemplos.[24]

Método por índices para construir el marco teórico (vertebrado a partir de un índice general)

La experiencia demuestra que otra manera rápida y eficaz de construir un marco teórico consiste en desarrollar, en primer lugar, un índice tentativo de éste, global o general, e irlo afinando hasta que sea sumamente específico, luego, se coloca la información (referencias) en el lugar correspondiente dentro del esquema. A esta operación puede denominársele "vertebrar" el marco o perspectiva teórica (generar la columna vertebral de ésta).

Por otra parte, es importante insistir en que el marco teórico no es un tratado de todo aquello que tenga relación con el tema global o general de la investigación, sino que se debe limitar a los antecedentes del planteamiento específico del estudio. Si éste se refiere a los efectos secundarios de un tipo de medicamento concreto en adultos de cierto perfil, la literatura que se revise y se incluya deberá tener relación con el tema en particular; no sería práctico incluir apartados como: "la historia de los medica-

Centro de recursos en línea

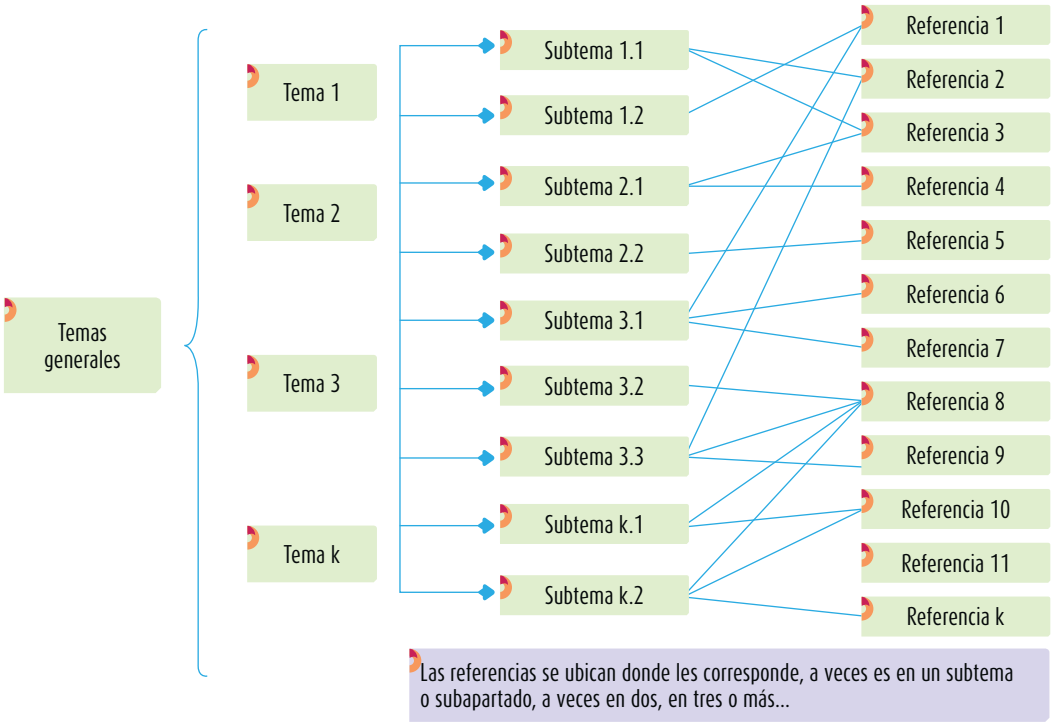
[23] Una explicación más amplia la encontrará el lector en el capítulo 3 de los capítulos adicionales del centro de recursos en línea (en Materiales complementarios).

[24] Un ejercicio interesante para un alumno de ciencias administrativas y campos afines sería actualizarlo, pues es un tema tratado extensamente en estas dos últimas décadas. Asimismo, para ver qué elementos de una referencia se incluyen, recordamos al lector que puede remitirse al centro de recursos en línea de la obra, en Material complementario: Manuales: "Introducción al estilo APA para citas y referencias" y usar el programa SISI (Sistema de Información para el Soporte a la Investigación).

mentos", "los efectos de los medicamentos en general", "las reacciones secundarias de los medicamentos en bebés", etcétera.

El proceso de "vertebrar" el marco teórico en un índice puede representarse con el siguiente esquema (figura 4.6).

Figura 4.6 Proceso de vertebración del índice del marco teórico y ubicación de referencias.



De esta forma se completan los apartados (temas y subtemas) con contenidos extraídos de las referencias pertinentes para cada uno de ellos, aunque primero se estructura el índice (la columna vertebral). A continuación se muestra un ejemplo.

Ejemplo

Ejemplo de un índice "vertebrado"

Si se plantea una investigación para determinar los factores que inciden en el voto de las elecciones municipales en Bolivia, después de revisar la literatura, se encontraron diversos factores que repercuten en el voto:

1. Imagen del candidato
2. Imagen del partido o fuerza política que apoya al candidato
3. Estructura partidista
4. Mercadotecnia partidista
5. Mercadotecnia electoral
6. Acción electoral

Entonces éstos serían los temas y cada uno se despliega en subtemas y así sucesivamente, de modo que el índice queda como se muestra a continuación:

Factores que inciden en el voto de las elecciones municipales, el caso de Bolivia

1. Imagen del candidato
   - 1.1. Antecedentes del candidato y noticias de él que los votantes conocen
   - 1.2. Atribuciones respecto al candidato (honestidad percibida, experiencia, capacidad para gobernar, liderazgo atribuido, carisma, simpatía, inteligencia y otras)
   - 1.3. Percepción de la familia del candidato y la vinculación del candidato con ella
   - 1.4. Credibilidad del candidato
   - 1.5. Presencia física del candidato

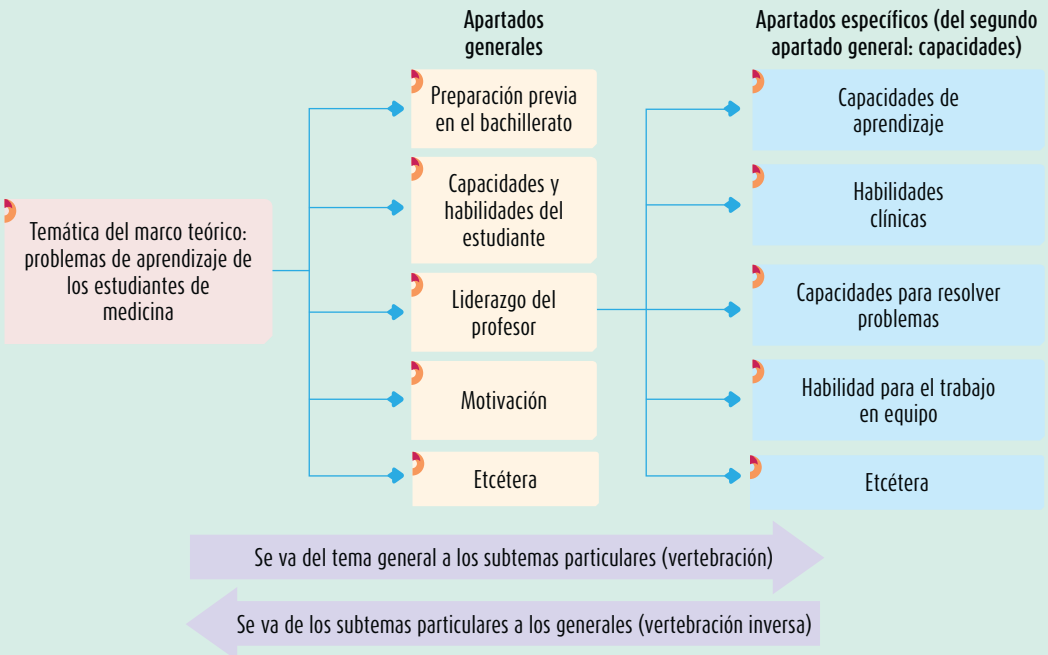
2. Imagen del partido o fuerza política que apoya al candidato
   - 2.1. Antecedentes del partido político y conocimiento que tienen los votantes de éste
   - 2.2. Atribuciones sobre el partido (honestidad de los gobernantes emanados del partido, resultados demostrados de sus gobiernos, experiencia de gobierno)
   - 2.3. Identificación con el partido político
   - 2.4. Credibilidad del partido político
3. Estructura partidista
   - 3.1. Número de afiliados
   - 3.2. Cobertura en elecciones
   - 3.3. Lealtad partidista
   - 3.4. Organización del partido
   - 3.5. Productividad de la estructura
4. Mercadotecnia partidista
   - 4.1. Inversión en publicidad y propaganda institucional permanente
   - 4.2. Inversión en publicidad y propaganda de los gobiernos municipales emanados del partido
5. Mercadotecnia electoral
   - 5.1. Inversión en publicidad y propaganda en medios de comunicación colectiva durante las campañas políticas
   - 5.2. Inversión en mercadotecnia directa durante las campañas
6. Acción electoral
   - 6.1. Discursos del candidato, eventos y mítines
   - 6.2. Promoción directa del voto

Al terminar este índice, vemos si está completo, si le faltan apartados o le sobran para afinarlos. Posteriormente, se buscan referencias pertinentes para el desarrollo del marco teórico. Ahora se integran las referencias donde les corresponde.

Sin embargo, si vemos que el estudio puede ser muy extenso, como el ejemplo (está presente una gran cantidad de variables), se puede tomar la decisión de especificar más y acotar el problema (podemos centrarnos únicamente en los factores de imagen de los candidatos que inciden en el voto).

En el método por vertebración hay una jerarquía entre apartados generales y específicos (subapartados). Para elaborar cada apartado y sus secciones, se pasa de los primeros a los segundos, pero también puede hacerse en sentido contrario, de los subapartados a los apartados generales (una especie de vertebración inversa), aunque es menos común. Por ejemplo, si estamos pensando en un estudio para determinar los problemas de aprendizaje de los estudiantes de medicina en un contexto específico, la vertebración puede iniciarse en los apartados generales o de manera contraria, en los apartados específicos (subapartados) (figura 4.7).

Figura 4.7 Vertebración del marco teórico (de lo general a lo particular) y en sentido inverso.



¿Cuántas referencias deben usarse para el marco teórico?

Esto depende del planteamiento del problema, el tipo de informe que estemos elaborando y el área en que nos situemos, además del presupuesto. Por tanto, no hay una respuesta exacta ni mucho menos. Sin embargo, algunos autores sugieren un mínimo de 30 referencias para una tesis de pregrado o maestría y artículos para publicar en revistas académicas (por ejemplo: Mertens, 2010 y University of San Francisco, 2013). Hernández-Sampieri *et al.* (2008) analizaron varias tesis y disertaciones, así como artículos de revistas académicas en Estados Unidos y México, consultaron a varios profesores iberoamericanos, y encontraron parámetros como los siguientes: en una investigación en licenciatura para una materia o asignatura el número puede variar entre 15 y 25, en una tesina entre 20 y 30, en una tesis de licenciatura entre 25 y 35, en una tesis de maestría entre 30 y 40, en un artículo para una revista científica, entre 40 y 60. En una disertación doctoral el número se incrementa entre 60 y 120 (no son de ninguna manera estándares, pero resultan en la mayoría de los casos).[25] Sin embargo, deben ser referencias directamente vinculadas con el planteamiento del problema, es decir, se excluyen las fuentes primarias que mencionan indirectamente o de forma periférica el planteamiento, las que no recolectan datos o no se fundamentan en éstos (que son simples opiniones de un individuo) y también las que resultan de trabajos escolares no publicados o no avalados por una institución.

¿Qué tan extenso debe ser el marco teórico?

Ésta también es una pregunta difícil de responder, muy compleja, porque son múltiples los factores que determinan la extensión de un marco teórico. Sin embargo, comentaremos el punto de vista de algunos autores relevantes.

Creswell (2013a y 2005) recomienda que el marco teórico de propuestas de tesis (licenciatura y maestría) oscile entre 8 y 15 cuartillas estándares, en artículos para revistas científicas, de seis a 12; en tesis de licenciatura y maestría, de 20 a 40; y en disertaciones doctorales, de 40 a 50. Una tendencia es que el marco teórico sea breve y concreto, pero sustancial (con referencias sobre el planteamiento del problema).

Savin-Baden y Major (2013) consideran una extensión aproximada de 10 000 palabras y desarrollar entre cuatro o cinco apartados fundamentales.

¿Se ha hecho una revisión adecuada de la literatura?

En ocasiones, surge la duda sobre si se hizo o no una revisión correcta de la literatura y una buena selección de referencias para integrarlas en el marco o perspectiva teórica. Para prevenir esta situación, conviene aplicar los siguientes criterios en forma de preguntas. Cuando respondamos "sí" a todos, estaremos seguros de que, al menos, hemos hecho nuestro mejor esfuerzo y nadie que lo hubiera intentado podría haber obtenido un resultado mejor.

- ¿Acudimos a un par de bancos de datos, ya sea de consulta manual o por computadora, y pedimos referencias por lo menos de cinco años atrás?
- ¿Indagamos en directorios, motores de búsqueda y espacios en internet (por lo menos tres)?
- ¿Revisamos como mínimo cuatro revistas científicas que suelen tratar el tema de interés? ¿Las consultamos de cinco años atrás a la fecha?
- ¿Buscamos en algún lugar donde había tesis y disertaciones sobre el tema de interés?
- ¿Localizamos libros sobre el tema en al menos dos buenas bibliotecas físicas o virtuales?
- ¿Consultamos con más de una persona que sepa algo del tema?
- Si, aparentemente, no descubrimos referencias en bancos de datos, bibliotecas, hemerotecas, videotecas y filmotecas, ¿contactamos a alguna asociación científica del área en la cual se encuentra enmarcado el problema de investigación?

[25] Otros autores dan cifras más o menos similares: Creswell (2009). La Universidad de Canberra (2013) considera los siguientes mínimos: tesis de licenciatura (5-20), tesis de maestría (40) y disertación doctoral (50).

Además, cuando hay teorías o generalizaciones empíricas sobre un tema, cabría agregar las siguientes preguntas con fines de autoevaluación:

- ¿Quién o quiénes son los autores más importantes dentro del campo de estudio?
- ¿Qué aspectos y variables se han investigado?
- ¿Hay algún investigador que haya estudiado el problema en un contexto similar al nuestro?

Mertens (2010) añade otras interrogantes:

- ¿Tenemos claro el panorama del conocimiento actual respecto de nuestro planteamiento?
- ¿Sabemos cómo se ha conceptualizado nuestro planteamiento?
- ¿Generamos un análisis crítico de la literatura disponible?, ¿reconocimos fortalezas y debilidades de la investigación previa?
- ¿La literatura revisada se encuentra libre de juicios, intereses, presiones políticas e institucionales?
- ¿El marco teórico establece que nuestro estudio es necesario o importante?
- ¿En el marco o perspectiva teórica queda claro cómo se vincula la investigación previa con nuestro estudio?

Redactar el marco teórico

Elaborar el marco teórico consiste en redactar su contenido, hilando párrafos y citando apropiadamente las referencias (con un estilo editorial aceptado como APA, Harvard o Vancouver). Sobre ello se comenta en el capítulo 11 de esta obra.

Ejemplo

Investigación de Mariana sobre el noviazgo

Recapitulemos lo comentado hasta ahora y retomemos el ejemplo del noviazgo expuesto en los dos capítulos anteriores. El ejemplo fue acotado a la similitud: ¿la similitud ejerce alguna influencia sobre la elección de la pareja en el noviazgo y la satisfacción de la relación? Por tanto, el marco también podría delimitarse a la similitud.

Si la joven Mariana siguiera los pasos que hemos sugerido para desarrollar su perspectiva teórica, realizaría las siguientes acciones:

1. Acudiría a un café internet, al centro de cómputo de su universidad o desde su computadora en casa se enlazaría a varios centros de referencias. Buscaría referencias de los últimos cinco años en PsycINFO (*Psychological Abstracts*), SAGE Journals y *Sociological Abstracts* (que serían los bancos de datos indicados), utilizando las palabras clave o guía: *attraction* (atracción), *close* (cercanía), *relationships* (relaciones) y *similarity* (similitud), tanto en español como inglés. Si lo hubiera hecho en 2014, de entrada descubriría que hay decenas de referencias (de este año hacia atrás, muchas de ellas gratuitas), que hay revistas que tratan el tema como *Journal of Youth & Adolescence*, *Journal of Personality and Social Psychology*, *Personality and Social Psychology Review* y *Journal of Social and Personal Relationships*, así como diversos libros.

   Además, escribiría o enviaría correspondencia electrónica a alguna asociación nacional o internacional para solicitar información al respecto.
2. Seleccionaría únicamente las referencias que hablaran de similitud en las relaciones interpersonales, en particular las relativas al noviazgo.
3. Construiría su marco teórico sobre la siguiente generalización empírica, sugerida por la literatura pertinente: "las personas tienden a seleccionar, para sus relaciones interpersonales, a individuos similares a ellas, en cuanto a educación, nivel socioeconómico, raza, religión, edad, cultura, actitudes e, incluso, atractivo físico y psíquico". Es decir, la similitud entre dos personas del género opuesto aumenta la posibilidad de que establezcan una relación interpersonal, como en el caso de un noviazgo.

Resumen

- El tercer paso del proceso de investigación cuantitativa consiste en sustentar teóricamente el estudio.
- El marco teórico o la perspectiva teórica se integra con las teorías, los enfoques teóricos, estudios y antecedentes en general, que se refieran al problema de investigación.
- Para elaborar el marco teórico es necesario detectar, obtener y consultar la literatura (documentos) pertinente para el problema de investigación, así como extraer y recopilar la información de interés.
- La revisión de la literatura puede iniciarse manualmente o acudiendo a bancos de datos y referencias a los que se tenga acceso mediante internet, utilizando palabras clave.
- Al recopilar información de referencias es posible extraer una o varias ideas, datos, opiniones, resultados, etcétera.
- La construcción del marco teórico depende de lo que encontremos en la revisión de la literatura:
  - *a)* Que haya una teoría completamente desarrollada que se aplique a nuestro problema de investigación.
  - *b)* Que haya varias teorías que se apliquen al problema de investigación.
  - *c)* Que haya generalizaciones empíricas que se adapten a dicho problema.
  - *d)* Que encontremos descubrimientos interesantes pero parciales, que no se ajustan a una teoría.
  - *e)* Que solamente existan guías aún no estudiadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de investigación.

En cada caso, varía la estrategia para construir el marco teórico.

- Una fuente importante para construir un marco teórico son las teorías. Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones vinculados entre sí, que presentan un punto de vista sistemático de fenómenos que especifican relaciones entre variables, con el objetivo de explicar y predecir estos fenómenos.
- Las funciones más importantes de las teorías son: explicar el fenómeno, predecirlo y sistematizar el conocimiento.
- El marco o perspectiva teórica orientará el rumbo de las etapas subsecuentes del proceso de investigación.
- Al construir el marco teórico, debemos centrarnos en el problema de investigación que nos ocupa sin divagar en otros temas ajenos al estudio.
- Para generar la perspectiva teórica se sugieren dos métodos: mapeo y vertebración.

Conceptos básicos

- Bases de referencias y datos
- Esquema conceptual
- Estrategia de elaboración del marco o perspectiva teórica
- Estructura del marco o perspectiva teórica
- Evaluación de la revisión realizada en la literatura
- Fuentes primarias
- Funciones del marco teórico
- Generalización empírica
- Marco teórico
- Modelo teórico
- Perspectiva teórica
- Proceso cuantitativo
- Referencias
- Revisión de la literatura
- Teoría

Ejercicios

1. Seleccione un artículo de una revista científica que contenga una investigación y analice su marco teórico. ¿Cuál es el índice (explícito o implícito) del marco teórico de esa investigación? ¿El marco teórico está completo? ¿Está relacionado con el problema de investigación? ¿Cree usted que ayudó al investigador o los investigadores en su estudio? ¿De qué manera?
2. Respecto al planteamiento del problema de investigación que eligió, busque, por lo menos, 10 referencias y extraiga la información pertinente.
3. Elija dos o más teorías que hagan referencia al mismo fenómeno y compárelas.
4. Elabore un marco teórico pertinente para el problema de investigación que eligió desde el inicio de la lectura del texto.
5. Centro de recursos en línea Revise en el centro de recursos en línea la información adicional sobre este capítulo (en "Capítulos", capítulo 3: "Perspectiva teórica: comentarios adicionales").

Ejemplos desarrollados

La relación entre la personalidad y las enfermedades

Correlaciones entre múltiples puntuaciones de rasgos de la personalidad y diversas enfermedades.

El marco teórico está enfocado de manera muy concisa en dos apartados por tratarse de un reporte en forma de artículo para una revista académica:

1. La personalidad como predictor de la enfermedad

[En los últimos años, y de manera intensiva, se han realizado diversas investigaciones dirigidas a identificar los factores de riesgo de la personalidad que pueden resultar útiles para predecir el desarrollo y curso potencial de enfermedades crónicas... LOS AUTORES CITAN DIVERSOS EJEMPLOS DE TALES ESTUDIOS].

2. Cuestiones metodológicas

[Se comentan los retos metodológicos que enfrentan los estudios de este campo, por ejemplo, la validez de los informes de los propios pacientes, la dificultad de establecer relaciones entre características de personalidad y la enfermedad, etcétera].

Pero si fuera un reporte técnico o una tesis, el **índice general del marco teórico** podría ser:

1. La personalidad
   1.1. Definiciones de personalidad

[Tratado muy brevemente (cuatro o cinco definiciones) en el que se destaque la que se adecue más al estudio con tres o más referencias que la apoyen]

   1.2. Consideraciones sobre la personalidad

[Breve]

2. Dimensiones de la personalidad

[Mencionar tres o cuatro teorías o modelos que consideren dimensiones de la personalidad y señalar cuáles son esas dimensiones (para puntualizar que la personalidad es una variable compleja constituida por diversas dimensiones). Particularmente aquellos modelos o teorías que propongan las dimensiones que consideramos incluir]. Los subapartados pueden ser:

   2.1. Modelos de las dimensiones de la personalidad
   2.2. Modelo elegido (nombre) o la propuesta de modelo tomando en cuenta otros y comentando las dimensiones que se eligen para el estudio

3. Medición de las dimensiones de la personalidad

[Referirse a los instrumentos genéricos que se utilizan para evaluar la personalidad y sus dimensiones o factores]

4. Enfermedades crónicas

[Desarrollar las que se habrán de considerar y los factores asociados con su presencia (referencias sobre sus causas: aspectos genéticos, ejercicio, hábitos nocivos como el beber y fumar). Muy breve (porque no "todas" las causas son objeto del planteamiento), especialmente si los lectores son especialistas en los campos de la salud]

5. La personalidad como predictor de la enfermedad

[Estudios que apoyen la relación entre la personalidad y las enfermedades]

6. Medición de la presencia de enfermedades

[Mencionar los instrumentos genéricos (análisis clínicos, entrevista clínica, informes de pacientes) y citar referencias de su uso, particularmente del instrumento o instrumentos elegidos (en este caso, los informes de los pacientes), indicar confiabilidad y validez de los instrumentos].

7. Retos metodológicos

[Como lo hicieron los autores y según se mencionó previamente]

La televisión y el niño

Índice del marco teórico

1. El enfoque de usos y gratificaciones de la comunicación colectiva
   1.1. Principios básicos
   1.2. Necesidades satisfechas por los medios de comunicación colectiva en los niños
      1.2.1. Diversión
      1.2.2. Socialización
      1.2.3. Identidad personal
      1.2.4. Supervivencia
      1.2.5. Otras necesidades
2. Resultados de investigaciones sobre el uso que el niño da a la televisión
3. Funciones que desempeña la televisión en el niño y gratificaciones que recibe éste por ver televisión
4. Contenidos televisivos preferidos por el niño
5. Condiciones de exposición a la televisión por parte del niño
6. Control que ejercen los padres sobre sus hijos acerca de la actividad de ver televisión
7. Conclusiones relativas al marco teórico

La pareja y relación ideales

Índice del marco teórico

1. Contexto de los jóvenes universitarios celayenses
2. Estructura y función de los ideales en las relaciones de noviazgo
3. Causas de las relaciones exitosas y el concepto de pareja ideal
4. Teorías sobre las relaciones de noviazgo
   4.1. Teoría sociocognitiva
      i. Constructos para el conocimiento de las relaciones relevantes de pareja
         • El individuo
         • La pareja
         • La relación

ii. Dimensiones para evaluar las relaciones de pareja
- Superficiales *versus* íntimas
- Románticas-tradicionales *versus* no tradicionales

4.2. Teoría evolucionista
i. Dimensiones de la pareja ideal
- Relaciones cercanas o íntimas
- Atractivo físico y social

El abuso sexual infantil

Centro de recursos en línea El reporte en forma de artículo se incluye en el centro de recursos en línea: Material complementario/Ejemplos/Ejemplo 7/Comparativo de instrumentos de evaluación para programas de prevención del abuso sexual infantil en preescolares.

Índice del marco teórico

1. El problema del abuso sexual infantil
   1.1. Estadísticas internacionales
   1.2. Dimensiones del problema
2. Programas de prevención del abuso sexual infantil (PPASI)
   2.1. Tipos
   2.2. Efectos
3. Evaluación de los PPASI
   3.1. CKAQ-R (Estados Unidos y versión en español)
   3.2. What if Situation Test (WIST).
   3.3. Role Play Protocol (RPP) (Estados Unidos y México)
   3.4. Talking About Touching Evaluation Program.
   3.5. Evaluación de la Prevención del Abuso (EPA)

Otros ejemplos[26]

Selenio (¿dónde revisar la literatura?)

En el ejemplo sobre el selenio y los tumores cancerígenos, la estudiante de medicina procedería a efectuar la revisión de la literatura en revistas como: *The American Journal of Clinical Nutrition*, *Annals of Oncology*, *Archives of Internal Medicine*, etc. Al terminar, podría evaluar evidencia a favor y en contra para llegar a sus conclusiones finales. Tal vez podría incluir estudios de mujeres de diferentes edades y avance de la enfermedad.

Medicamentos que pueden provocar daños físicos a la estructura de los dientes

Los estudiantes de odontología interesados en los posibles efectos negativos de los medicamentos podrían utilizar como términos de búsqueda: oral (oral), medicamentos (*drugs*), efectos negativos (*side effects*), reacciones adversas (*adverse reactions*), dientes (*teeth*), etc., en bases de datos como EBSCO → Dentistry & Oral Sciences Source y SAGE Journals.

Su marco teórico podría tener el siguiente índice:

1. Efectos generales de los medicamentos en los dientes

[Una introducción a los estudios generales que mencionan el tema y los principales efectos, breve]

1.1. Efectos de los medicamentos en la coloración de los dientes
1.1.1. Extrínsecos (por ejemplo, la clorhexidina, etc.: citar estudios y fuentes)
1.1.2. Intrínsecos (por ejemplo, fluoruros inorgánicos, las tetraciclinas, minociclina, etc.: citar estudios y fuentes)

[Breve, pues la investigación se centra en los medicamentos que afectan la estructura de los dientes]

1.2. Efectos de los medicamentos en la sensibilidad de los dientes (por ejemplo, ciertos peróxidos)

[Breve, pues la investigación se centra en los medicamentos que afectan la estructura de los dientes]

2. Efectos de los medicamentos en la estructura de los dientes
   2.1. Medicamentos que contienen azúcar

[Varios medicamentos líquidos como...]

2.2. Medicamentos que generan erosión en los dientes

[Aspirina, ciertas medicinas para el asma...]

2.3. Medicamentos que resultan en decremento de la secreción salival (xerostomía)

[Antidepresivos, anticolinérgicos...]

2.4. Medicamentos utilizados para blanqueamiento del diente interno

[Peróxido de hidrógeno en blanqueamiento termo-catalítico en dientes con defectos cervicales del cemento...]

2.5. Anticonvulsivos
2.6. Medicamentos quimioterapéuticos

[En cada apartado se comentan y referencian estudios específicos que han demostrado efectos concretos]

Calidad del diseño ambiental y satisfacción general del espacio de trabajo y desempeño laboral

En el ejemplo de un estudio con el objetivo de identificar si la satisfacción respecto de la calidad del diseño ambiental de áreas de trabajo y oficinas afecta significativamente la satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes y su desempeño laboral, la revisión de la literatura podría iniciar con las siguientes palabras clave en inglés y español: *indoor environmental quality*

[26] En algunos ejemplos se presenta dónde buscar referencias pertinentes y en otros una propuesta de índice o en algunos más ambos aspectos, con la finalidad de que no se extienda demasiado el capítulo.

(calidad ambiental de interiores), LEED-*certified buildings* (edificios con certificación LEED), *occupant satisfaction* (satisfacción de los ocupantes) y *performance* (desempeño); y desde luego, los autores indagaron los criterios del LEED y otros relativos al diseño ambiental de interiores que puedan tener efectos en la satisfacción de los ocupantes y su desempeño o rendimiento laboral.

Recordemos que los criterios del diseño ambiental del área de trabajo u oficina son: diseño del espacio, mobiliario, temperatura (térmico), calidad del aire en interiores, iluminación, acústica y cumplimiento de normas para la limpieza y mantenimiento del espacio de trabajo general de acuerdo con la certificación LEED de Estados Unidos. Así, el índice del marco teórico podría ser:

1. Certificación en Liderazgo en Energía y Diseño Ambiental (LEED).
   - 1.1. Objetivos
   - 1.2. Modelo LEED
     - 1.2.1. Categorías
       - Sitio sustentable
       - Eficiencia del agua
       - Energía y atmósfera
       - Materiales y recursos
       - Calidad ambiental de interiores
   - 1.3. Estándares
   - 1.4. Impactos potenciales de no seguir la normatividad y generar problemas ambientales al interior del edificio
     - 1.4.1. Síndrome del edificio enfermo (SBS)
     - 1.4.2. Sensibilidad química múltiple (MCS)
     - 1.4.3. Construcción relacionada con enfermedades (BRI)
2. Calidad ambiental de interiores
   - 2.1. Criterios básicos
     - 2.1.1. Calidad del aire en interiores (IAQ)
     - 2.1.2. Materiales de baja emisión
     - 2.1.3. Control de químicos y fuentes contaminantes
     - 2.1.4. Control de sistemas
     - 2.1.5. Control de la temperatura (térmico)
     - 2.1.6. Luz natural y vistas
   - 2.2. Criterios de un ambiente interior del área de trabajo saludable, cómodo y que facilita la productividad laboral
     - 2.2.1. Diseño del espacio
     - 2.2.2. Ergonomía del mobiliario
     - 2.2.3. Iluminación artificial
     - 2.2.4. Temperatura
     - 2.2.5. Ventilación
     - 2.2.6. Acústica
     - 2.2.7. Limpieza y mantenimiento del espacio
     - 2.2.8. Otros (estética, etc.)
3. Impacto de la calidad del ambiente interior de la oficina sobre el desempeño en el trabajo

[Estudios sobre cómo esta categoría repercute en el desempeño en el trabajo: productividad, innovación, calidad del trabajo, etc.] [Algunos incluirán todos los criterios y aun otros, mientras que habrá estudios que solamente vinculen uno o dos criterios] [Este apartado se centrará en percepciones de los criterios por el planteamiento y naturaleza del estudio]

Efectos del fuego sobre las propiedades mecánicas residuales y el rendimiento estructural de las vigas de concreto reforzado (CR)

Índice general del marco teórico

1. Introducción
2. Características físicas del concreto reforzado
   - 2.1. Conductividad térmica
   - 2.2. Capacidad calorífica
3. Resistencia al fuego del concreto reforzado
   - 3.1. Momento de flexión residual
     - 3.1.1. Análisis estructural
     - 3.1.2. Análisis térmico
   - 3.2. Resistencia al corte
   - 3.3. Módulo elástico efectivo posterior a la exposición al fuego

Los investigadores opinan

Crear la costumbre de investigar es una obligación que deben tener los profesores ante sus estudiantes; asimismo, deben fomentar el desarrollo de proyectos que tengan aplicaciones prácticas, ya que uno de los parámetros que caracterizan una buena investigación es que tenga cierta utilidad, que resuelva problemas en la sociedad o en las empresas, y no se quede sólo en el papel, aunque sea publicado.

José Yee De Los Santos
Docente
Facultad de Ciencias de la Administración
Universidad Autónoma de Chiapas
Chiapas, México

La importancia de contextualizar las investigaciones producidas en América Latina radica en que posibilita la generación de conocimientos válidos y aplicables a nuestras realidades.

En Venezuela, disciplinas como la Psicología Social y la Educación se muestran más receptivas al uso de estrategias cualitativas, las cuales se han posicionado como una forma científica y rigurosa de hacer investigación, pese a los estigmas que aún dominan ciertos círculos académicos. En materia tecnológica, los avances son asombrosos gracias a la computadora, que permite el análisis de datos cuantitativos.

La tendencia es más estadística; por tanto, se han perfeccionado las técnicas de análisis que sirven para explicar fenómenos desde múltiples dimensiones, a la vez que aportan la mayor cantidad de variables para su comprensión. De igual manera, los paquetes estadísticos para el análisis cuantitativo son ahora más completos y eficaces.

En una investigación se pueden combinar técnicas cuantitativas y cualitativas para recabar información, que impliquen cuestionarios, observaciones y entrevistas. Pero, a nivel ontológico y epistemológico, no es posible mezclar los enfoques, puesto que los planteamientos, en cuanto a la visión de ciencia y la relación con el objeto de estudio, son muy divergentes.

Natalia Hernández Bonnett
Profesora investigadora
Escuela de Psicología
Facultad de Humanidades y Educación
Universidad Católica Andrés Bello
Caracas, Venezuela

capítulo

5

Definición del alcance de la investigación que se realizará: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo

Visualizar qué alcance tendrá nuestra investigación es importante para establecer sus límites conceptuales y metodológicos.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 4 Definir el alcance de la investigación

- Especificar si la investigación se inicia como exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa.
- Estimar tentativamente cuál será el alcance final de la investigación.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Conocer los alcances de los procesos de la investigación cuantitativa.

Síntesis

En el capítulo se examinará el continuo del alcance de las investigaciones cuantitativas: exploratorias, descriptivas, correlacionales y explicativas, y se expondrá la naturaleza y el propósito de tales alcances en un estudio.

Investigación cuantitativa

Alcances

- Resultan de la revisión de la literatura y de la perspectiva del estudio
- Dependen de los objetivos del investigador para combinar los elementos en el estudio

son

Exploratorios

- Investigan problemas poco estudiados
- Indagan desde una perspectiva innovadora
- Ayudan a identificar conceptos promisorios
- Preparan el terreno para nuevos estudios

Descriptivos

- Consideran al fenómeno estudiado y sus componentes
- Miden conceptos
- Definen variables

Correlacionales

- Asocian conceptos o variables
- Permiten predicciones
- Cuantifican relaciones entre conceptos o variables

Explicativos

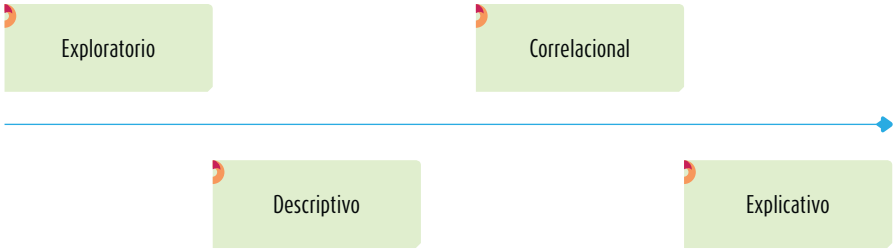
- Determinan las causas de los fenómenos
- Generan un sentido de entendimiento
- Son sumamente estructurados

¿Qué alcances puede tener el proceso de investigación cuantitativa?

Si una vez hecha la revisión de la literatura hemos decidido que nuestra investigación vale la pena y debemos realizarla, el siguiente paso consiste en visualizar el alcance que tendrá.

Tal como comentamos en ediciones anteriores de este libro, **no** se deben considerar los *alcances* como "tipos" de investigación, ya que, más que ser una clasificación, constituyen un continuo de "causalidad" que puede tener un estudio, tal como se muestra en la figura 5.1.

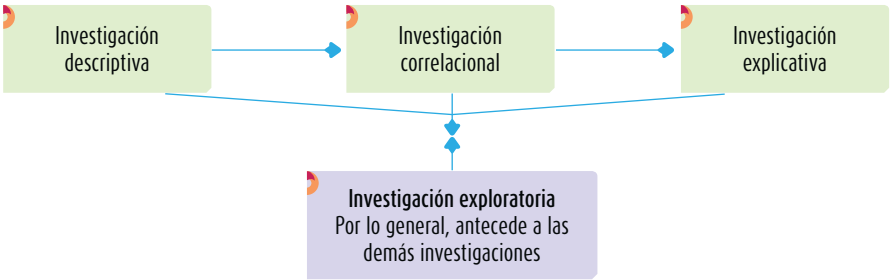
Figura 5.1 Alcances que puede tener un estudio cuantitativo.



Esta reflexión es importante, pues del alcance del estudio depende la estrategia de investigación. Así, el diseño, los procedimientos y otros componentes del proceso serán distintos en estudios con alcance exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. Pero en la práctica, cualquier investigación puede incluir elementos de más de uno de estos cuatro alcances.

Los *estudios exploratorios* sirven para preparar el terreno y, por lo común, anteceden a investigaciones con alcances descriptivos, correlacionales o explicativos. Por lo general, los estudios descriptivos son la base de las investigaciones correlacionales, las cuales a su vez proporcionan información para llevar a cabo estudios explicativos que generan un sentido de entendimiento y están muy estructurados. Las investigaciones que se realizan en un campo de conocimiento específico pueden incluir diferentes alcances en las distintas etapas de su desarrollo. Es posible que una investigación se inicie como exploratoria, después puede ser descriptiva y correlacional, y terminar como explicativa (figura 5.2).

Figura 5.2 Alcances de la investigación.



Ahora bien, surge necesariamente la pregunta: ¿de qué depende que nuestro estudio se inicie como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo? La respuesta no es sencilla, pero diremos que depende fundamentalmente de dos factores: el estado del conocimiento sobre el problema de investigación, mostrado por la revisión de la literatura, así como la perspectiva que se pretenda dar al estudio. Pero antes de ahondar en esta respuesta, es necesario hablar de cada uno de los alcances de la investigación.

¿En qué consisten los estudios de alcance exploratorio?

Estudios exploratorios Se emplean cuando el objetivo consiste en examinar un tema poco estudiado o novedoso.

Los **estudios exploratorios** se realizan cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes. Es decir, cuando la revisión de la literatura reveló que tan sólo hay guías no investigadas e ideas vagamente relacionadas con el problema de estudio, o bien, si deseamos indagar sobre temas y áreas desde nuevas perspectivas.

Tal sería el caso de investigadores que pretendieran analizar fenómenos desconocidos o novedosos: una enfermedad de reciente aparición, una catástrofe ocurrida en un lugar donde nunca había sucedido algún desastre, inquietudes planteadas a partir del desciframiento del código genético humano y la clonación de seres vivos, una nueva propiedad observada en los hoyos negros del universo, el surgimiento de un medio de comunicación completamente innovador o la visión de un hecho histórico transformada por el descubrimiento de evidencia que estaba oculta.

El incremento de la esperanza de vida más allá de 100 años, la futura población que habite la Luna, el calentamiento de la atmósfera de la Tierra a niveles insospechados, cambios profundos en la concepción del matrimonio o en la ideología de una religión son hechos que generarían una gran cantidad de investigaciones exploratorias.

Los estudios exploratorios son como realizar un viaje a un sitio desconocido, del cual no hemos visto ningún documental ni leído ningún libro, sino que simplemente alguien nos hizo un breve comentario. Al llegar no sabemos qué atracciones visitar, a qué museos ir, en qué lugares se come bien, cómo es la gente; en otras palabras, ignoramos mucho del sitio. Lo primero que hacemos es explorar: preguntar sobre qué hacer y a dónde ir al taxista o al chofer del autobús que nos llevará al hotel donde nos hospedaremos; además, debemos pedir información a quien nos atienda en la recepción, al camarero, al cantinero del bar del hotel y, en fin, a cuanta persona veamos amigable. Desde luego, si ya había información del lugar y no la buscamos, perdimos dinero y mucho tiempo. De esta forma, quizá veamos un espectáculo no tan agradable y caro, al tiempo que nos perdemos de uno fascinante y más económico; por supuesto que, en el caso de la investigación científica, la inadecuada revisión de la literatura trae consecuencias más negativas que la simple frustración de gastar en algo que a fin de cuentas no nos gustó.

Valor

Los estudios exploratorios sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, indagar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados.

Esta clase de estudios son comunes en la investigación, sobre todo en situaciones en las que existe poca información. Tal fue el caso de las primeras investigaciones de Sigmund Freud, surgidas de la idea de que los problemas de histeria se relacionaban con las dificultades sexuales. Del mismo modo, los estudios pioneros del SIDA, los experimentos iniciales de Iván Pavlov sobre los reflejos condicionados y las inhibiciones, el análisis de contenido de los primeros videos musicales, las investigaciones sobre productividad de Elton Mayo en la planta Hawthorne de la compañía Western Electric, los estudios sobre terrorismo después de los atentados contra las Torres Gemelas de Nueva York en 2001, entre otros sucesos. Todos se realizaron en distintas épocas y lugares, pero con un común denominador: explorar algo poco investigado o desconocido.

Los estudios exploratorios en pocas ocasiones constituyen un fin en sí mismos. Generalmente determinan tendencias, identifican áreas, ambientes, contextos y situaciones de estudio, relaciones potenciales entre variables; o establecen el "tono" de investigaciones posteriores más elaboradas y rigurosas. Estas indagaciones se caracterizan por ser más flexibles en su método en comparación con las descriptivas, correlacionales o explicativas, y son más amplias y dispersas. Asimismo, implican un mayor "riesgo" y requieren gran paciencia, serenidad y receptividad por parte del investigador.

¿En qué consisten los estudios de alcance descriptivo?

Estudios descriptivos Busca especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

Con frecuencia, la meta del investigador consiste en describir fenómenos, situaciones, contextos y sucesos; esto es, detallar cómo son y se manifiestan. Con los **estudios descriptivos** se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. Por ejemplo, un investigador organizacional que tenga como objetivo describir varias empresas industriales de Lima, en términos de su complejidad, tecnología, tamaño, centralización y capacidad de innovación, mide estas variables y por medio de sus resultados describirá: 1) la diferenciación horizontal (subdivisión de las tareas), la vertical (número de niveles jerárquicos) y la espacial (número de centros de trabajo), así como el número de metas que han definido las empresas (complejidad); 2) qué tan automatizadas se encuentran (tecnología); 3) cuántas personas laboran en ellas (tamaño); 4) cuánta libertad en la toma de decisiones tienen los distintos niveles organizacionales y cuántos tienen acceso a la toma de decisiones (centralización de las decisiones), y 5) en qué medida llegan a modernizarse o realizar cambios en los métodos de trabajo o maquinaria (capacidad de innovación).

Sin embargo, el investigador no pretende analizar por medio de su estudio si las empresas con tecnología más automatizada son las más complejas (relacionar tecnología con complejidad) ni decirnos si la capacidad de innovación es mayor en las empresas menos centralizadas (correlacionar capacidad de innovación con centralización).

Lo mismo ocurre con el psicólogo clínico que tiene como fin describir la personalidad de un individuo. Se limitará a medir sus dimensiones (hipocondría, depresión, histeria, masculinidad-feminidad, introversión social, etc.), para posteriormente describirla. No le interesa analizar si mayor depresión se relaciona con mayor introversión social; en cambio, si pretendiera establecer relaciones entre dimensiones o asociar la personalidad con la agresividad del individuo, su estudio sería básicamente correlacional y no descriptivo.

Valor

Así como los estudios exploratorios sirven fundamentalmente para descubrir y prefigurar, los estudios descriptivos son útiles para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.

En esta clase de estudios el investigador debe ser capaz de definir, o al menos visualizar, qué se medirá (qué conceptos, variables, componentes, etc.) y sobre qué o quiénes se recolectarán los datos (personas, grupos, comunidades, objetos, animales, hechos). Por ejemplo, si vamos a medir variables en escuelas, es necesario indicar qué tipos habremos de incluir (públicas, privadas, administradas por religiosos, laicas, de cierta orientación pedagógica, de un género u otro, mixtas, etc.). Si vamos a recolectar datos sobre materiales pétreos, debemos señalar cuáles. La descripción puede ser más o menos profunda, aunque en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno de interés.

Ejemplo

Un censo nacional de población es un estudio descriptivo cuyo propósito es medir una serie de conceptos en un país y momento específicos: aspectos de la vivienda (tamaño en metros cuadrados, número de pisos y habitaciones, si cuenta o no con energía eléctrica y agua entubada, tipo de techo y piso, combustible utilizado, tenencia o propiedad de la vivienda, ubicación de la misma, etc.), información sobre los ocupantes (número, medios de comunicación de que disponen y edad, género, bienes, ingreso, alimentación, lugar de nacimiento, idioma o lengua, religión, nivel de estudios, ocupación de cada persona) y otras dimensiones que se juzguen relevantes para el censo. En este caso, el investigador elige una serie de conceptos a considerar, que también se denominarán variables, los mide y los resultados le sirven para describir el fenómeno de interés (la población).

Otros ejemplos de estudios descriptivos son:

1. Una investigación que determine cuál de los partidos políticos tiene más seguidores en una nación, cuántos votos ha conseguido cada uno de estos partidos en las últimas elecciones nacionales y locales, así como qué tan favorable o positiva es su imagen ante la ciudadanía.[1] Observe que no nos dice los porqués (razones).
2. Una investigación que nos indicara cuántas personas asisten a psicoterapia en una comunidad específica y a qué clase de psicoterapia acuden.

Asimismo, las características y propiedades de un conductor eléctrico, el número y tipo de divorcios anuales en una nación, el número y perfiles de pacientes que atiende un hospital, los índices de productividad generales y por área de una fábrica y la actitud hacia el aborto de un grupo de jóvenes en particular son ejemplos de información descriptiva cuyo propósito es dar un panorama (contar con una "fotografía") del fenómeno al que se hace referencia.

La revista *Rolling Stone,* dedicada a la música popular, publicó en 2012 un estudio basado en dos encuestas para determinar los 500 mejores discos de la historia (incluyendo todos los géneros de rock como pop, progresivo, alternativo, metal, punk, góspel, reggae, folk, country, etc.). La primera se efectuó en 2003, y se le pidió a un grupo de 271 músicos, productores, ejecutivos y periodistas de la industria que indicaran cuáles eran sus selecciones. La segunda se llevó a cabo en 2009 con un grupo similar de 100 expertos a fin de considerar la primera década de este siglo. A partir de los resultados de ambas se elaboró la lista de los álbumes. Asimismo, se determinó cuáles habían permanecido más semanas en el "top 40" y habían tenido más éxitos como número uno y qué artistas tenían más discos en ella. Simplemente se incluyen los álbumes de acuerdo con la frecuencia de mención y los demás datos. No se explican las razones de por qué son considerados los 500 mejores. Se trata de una investigación descriptiva.

¿En qué consisten los estudios de alcance correlacionales?

Estudio correlacional Asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.

Los **estudios correlacionales** pretenden responder a preguntas de investigación como las siguientes: ¿aumenta la autoestima de los pacientes conforme reciben una psicoterapia gestáltica? ¿A mayor variedad y autonomía en el trabajo corresponde mayor motivación intrínseca respecto de las tareas laborales? ¿Hay diferencias entre el rendimiento que otorgan las acciones de empresas de alta tecnología computacional y el rendimiento de las acciones de empresas pertenecientes a otros giros con menor grado tecnológico en la Bolsa de Comercio de Buenos Aires? ¿Los campesinos que adoptan más rápidamente una innovación son más cosmopolitas que los campesinos que la adoptan después? ¿La lejanía física entre las parejas de novios tiene una influencia negativa en la satisfacción en la relación? (Todas en un contexto específico).

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables.

Para evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, en los estudios correlacionales primero se mide cada una de éstas, y después se cuantifican, analizan y establecen las vinculaciones. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba. Por ejemplo, un investigador que desee analizar la asociación entre la motivación laboral y la productividad individual, digamos, en varias empresas industriales con más de mil trabajadores de la ciudad de Santa Fe de Bogotá, Colombia, mediría la motivación y la productividad de cada persona y después analizaría si los trabajadores con mayor motivación son o no los más productivos. Es importante recalcar que la mayoría de las veces, las mediciones de las variables que se van a correlacionar provienen de los mismos casos o participantes, pues no es lo común que se correlacionen mediciones de una variable hechas en ciertas personas, con mediciones de otra variable realizadas en personas distintas. Así, para establecer la relación entre la motivación y la productividad, no sería válido correlacionar mediciones de la motivación en trabajadores colombianos con mediciones sobre la productividad de los trabajadores peruanos.

[1] Es importante notar que la descripción del estudio puede ser más o menos general o detallada; por ejemplo, podríamos describir la imagen de cada partido político en todo el país, en cada estado, provincia o departamento; o en cada ciudad o población (y aun en los tres niveles).

Utilidad

La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas.

Un ejemplo tal vez simple, pero que ayuda a comprender el propósito predictivo de los estudios correlacionales, sería asociar el tiempo dedicado a estudiar para un examen con la calificación obtenida. Así, en un grupo de estudiantes, se mide cuánto dedica cada uno a prepararse para el examen y también se recaban sus calificaciones (mediciones de la otra variable); luego se determina si las dos variables están relacionadas, lo cual significa que una varía cuando la otra también lo hace.

La correlación puede ser positiva o negativa. Si es positiva, significa que alumnos con valores altos en una variable tenderán también a mostrar valores elevados en la otra. Por ejemplo, quienes estudiaron más tiempo para el examen tenderían a obtener una calificación más alta. Si es negativa, significa que sujetos con valores elevados en una variable tenderán a mostrar valores bajos en la otra variable. Por ejemplo, quienes estudiaron más tiempo para el examen de estadística tenderían a obtener una calificación más baja.

Si no hay correlación entre las variables, indica que fluctúan sin seguir un patrón sistemático común; de este modo, habrá estudiantes que tengan valores altos en una de las dos variables y bajos en la otra, sujetos que tengan valores altos en una variable y altos en la otra, alumnos con valores bajos en una y bajos en la otra, y estudiantes con valores medios en las dos variables. En el ejemplo, habrá quienes dediquen mucho tiempo a estudiar para el examen y obtengan altas calificaciones, pero también quienes dediquen mucho tiempo y obtengan calificaciones bajas; otros más que dediquen poco tiempo y saquen buenas calificaciones, pero también quienes dediquen poco y les vaya mal en el examen.

Si dos variables están correlacionadas y se conoce la magnitud de la asociación, se tienen bases para predecir, con mayor o menor exactitud, el valor aproximado que tendrá un grupo de personas en una variable, al saber qué valor tienen en la otra.

Los estudios correlacionales se distinguen de los descriptivos principalmente en que, mientras que estos últimos se centran en medir con precisión las variables individuales (algunas de las cuales se pueden medir con independencia en una sola investigación), los primeros evalúan, con la mayor exactitud que sea posible, el grado de vinculación entre dos o más variables, pudiéndose incluir varios pares de evaluaciones de esta naturaleza en una sola investigación (comúnmente se incluye más de una correlación). Para comprender mejor esta diferencia, veamos un ejemplo sencillo.

Ejemplo

Supongamos que un psicoanalista tiene como pacientes a una pareja, Ana y Luis. Puede hablar de ellos de manera individual e independiente; es decir, comentar cómo es Ana (físicamente, en cuanto a su personalidad, aficiones, motivaciones, etc.) y cómo es Luis; o bien, hablar de su relación: cómo se llevan y perciben su matrimonio, cuánto tiempo pasan diariamente juntos, qué actividades comparten y otros aspectos similares. En el primer caso, la descripción es individual (si Ana y Luis fueran las variables, los comentarios del analista serían producto de un estudio descriptivo de ambos cónyuges), mientras que en el segundo, el enfoque es relacional (el interés primordial es la relación matrimonial de Ana y Luis). Desde luego, en un mismo estudio nos puede interesar tanto describir los conceptos y variables de manera individual como la relación que guardan.

Valor

La investigación correlacional tiene, en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa. Por ejemplo, si la adquisición de vocabulario por parte de un grupo de niños de cierta edad (digamos entre tres y cinco años) se relaciona con la exposición a un programa de televisión educativo, ese

hecho llega a proporcionar cierto grado de explicación sobre cómo los niños adquieren algunos conceptos. Asimismo, si la similitud de valores en parejas de ciertas comunidades indígenas guatemaltecas se relaciona con la probabilidad de que contraigan matrimonio, esta información nos ayuda a explicar por qué algunas de esas parejas se casan y otras no.

Desde luego, la explicación es parcial, pues hay otros factores vinculados con la adquisición de conceptos y la decisión de casarse. Cuanto mayor sea el número de variables que se asocien en el estudio y mayor sea la fuerza de las relaciones, más completa será la explicación. En el ejemplo de la decisión de casarse, si se encuentra que, además de la similitud, también están relacionadas las variables tiempo de conocerse, vinculación de las familias de los novios, ocupación del novio, atractivo físico y tradicionalismo, el grado de explicación para la decisión de casarse será mayor. Además, si agregamos más variables que se relacionan con tal decisión, la explicación se torna más completa.

Riesgo: correlaciones espurias (falsas)

Llega a darse el caso de que dos variables estén aparentemente relacionadas, pero que en realidad no sea así. Esto se conoce en el ámbito de la investigación como correlación espuria. Supongamos que lleváramos a cabo una investigación con niños cuyas edades oscilaran entre ocho y 12 años, con el propósito de analizar qué variables se encuentran relacionadas con la inteligencia y la midiéramos por medio de alguna prueba de IQ.

Digamos también que se presenta la siguiente tendencia: a mayor estatura, mayor inteligencia; es decir que los niños físicamente más altos tendieran a obtener una calificación mayor en la prueba de inteligencia, con respecto a los niños de menor estatura. Estos resultados no tendrían sentido. No podríamos decir que la estatura se correlaciona con la inteligencia, aunque los resultados del estudio así lo indicaran.

Esto sucede por lo siguiente: la maduración está asociada con las respuestas a una prueba de inteligencia. Así, los niños de 12 años (en promedio más altos) han desarrollado mayores habilidades cognitivas para responder la prueba (comprensión, asociación, retención, etc.), que los niños de 11 años; éstos, a su vez, las han desarrollado en mayor medida que los de 10 años, y así sucesivamente hasta llegar a los niños de ocho años (en promedio los de menor estatura), quienes poseen menos habilidades que los demás para responder la prueba de inteligencia. Estamos ante una correlación espuria, cuya "explicación" no sólo es parcial sino errónea. Se requeriría de una investigación explicativa para saber cómo y por qué las variables están supuestamente relacionadas.

¿En qué consisten los estudios de alcance explicativo?

Estudios explicativos Pretenden establecer las causas de los sucesos o fenómenos que se estudian.

Los **estudios explicativos** van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables.

Por ejemplo, dar a conocer las intenciones del electorado es una actividad descriptiva (indicar, según una encuesta de opinión antes de que se lleve a cabo la elección, cuántas personas "van" a votar por los candidatos contendientes constituye un estudio descriptivo) y relacionar dichas intenciones con conceptos como edad y género de los votantes o magnitud del esfuerzo propagandístico que realizan los partidos a los que pertenecen los candidatos (estudio correlacional), es diferente de señalar por qué alguien habría de votar por determinado candidato y otras personas por los demás (estudio explicativo).[2] Al hacer de nuevo una analogía con el ejemplo del psicoanalista y sus pacientes, un

[2] Como se mencionó, puede alcanzarse cierto nivel de explicación cuando: *a*) relacionamos diversas variables o conceptos y éstos se encuentran vinculados entre sí (no únicamente dos o tres, sino la mayoría de ellos), *b*) la estructura de variables presenta correlaciones considerables y, además, *c*) el investigador conoce muy bien el fenómeno de estudio. Por ahora, debido a la complejidad del tema, no se ha profundizado en algunas consideraciones sobre la explicación y la causalidad, que más adelante se expondrán.

estudio explicativo sería similar a que el médico hablara de por qué razones Ana y Luis se llevan como lo hacen (no cómo se llevan, lo cual correspondería a un nivel correlacional). Suponiendo que su matrimonio lo condujeran "bien" y la relación fuera percibida por ambos como satisfactoria, el médico explicaría por qué ocurre así. Además, nos aclararía por qué realizan ciertas actividades y pasan juntos determinado tiempo.

Ejemplo

Diferencias entre un estudio de alcance explicativo, uno descriptivo y uno correlacional

Los estudios explicativos responderían a preguntas como: ¿qué efectos tiene que los adolescentes peruanos, habitantes de zonas urbanas y de nivel socioeconómico elevado, vean videos musicales con alto contenido sexual? ¿A qué se deben estos efectos? ¿Qué variables mediatizan los efectos y de qué modo? ¿Por qué dichos adolescentes prefieren ver videos musicales con alto contenido sexual que otros programas y videos musicales? ¿Qué usos dan los adolescentes al contenido sexual de los videos musicales? ¿Qué gratificaciones derivan de exponerse a los contenidos sexuales de los videos musicales?

Un estudio descriptivo sólo respondería a preguntas como: ¿cuánto tiempo dedican esos adolescentes a ver videos musicales y especialmente videos con alto contenido sexual? ¿En qué medida les interesa ver este tipo de videos? En su jerarquía de preferencias por ciertos contenidos televisivos, ¿qué lugar ocupan los videos musicales? ¿Prefieren ver videos musicales con alto, medio, bajo o nulo contenido sexual? Por su parte, un estudio correlacional contestaría a preguntas del tipo: ¿está relacionada la exposición a videos musicales con alto contenido sexual, por parte de los mencionados adolescentes, con el control que ejercen sus padres sobre la elección de programas que hacen los jóvenes? A mayor exposición de los adolescentes a videos musicales con alto contenido sexual, ¿habrá una mayor manifestación de estrategias en las relaciones interpersonales para establecer contactos sexuales? ¿Se presentará una actitud más favorable hacia el aborto?, etcétera.

Grado de estructuración de los estudios explicativos

Las investigaciones explicativas son más estructuradas que los estudios con los demás alcances y, de hecho, implican los propósitos de éstos (exploración, descripción y correlación o asociación); además de que proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia.

¿Una misma investigación puede incluir diferentes alcances?

Algunas veces, una investigación puede caracterizarse como básicamente exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa, pero no situarse únicamente como tal. Esto es, aunque un estudio sea en esencia exploratorio, contendrá elementos descriptivos; o bien, un estudio correlacional incluirá componentes descriptivos, y lo mismo ocurre con los demás alcances.

Asimismo, debemos recordar que es posible que una investigación se inicie como exploratoria o descriptiva y después llegue a ser correlacional y aun explicativa.

Ejemplo

El hundimiento del *Titanic*[3]

Como seguramente sabrás, hace más de un siglo, el 10 de abril de 1912, el enorme buque de vapor, bautizado como *Titanic*, inició su viaje inaugural partiendo desde Southampton (Inglaterra) con destino final a Nueva York (Estados Unidos). Cuatro días más tarde, aproximadamente a las 23:40 del 14 de abril, el buque chocó con un iceberg al sur de las costas de Terranova y se hundió a las 2:20 de la mañana del 15 de abril. Murieron 1 517 personas y fue uno de los desastres marítimos más terribles en la historia (Davenport-Hines, 2012; Pontes, 2012; Titanic Inquiry Project, 2012).

[3] Tomado de Hernández-Sampieri *et al.* (2013).

Los primeros estudios de las causas del hundimiento fueron exploratorios y se basaron en entrevistas a testigos sobrevivientes (entre ellos, la tripulación) y los registros de las llamadas de auxilio en clave, así como algunos documentos de registro que se pudieron recuperar. El 17 de abril de 1912, la White Star Line (línea propietaria del buque) fletó un barco, el *Mackay-Bennett*, que zarpó de Halifax para explorar la zona del desastre e intentar recuperar algunos cuerpos (Eaton y Haas, 2011).

Se llevaron a cabo las investigaciones iniciales a cargo del Senado de Estados Unidos y el Consejo Británico de Investigaciones Comerciales (Titanic Inquiry Project, 2012) en las que se transcribieron todos los testimonios de los testigos.

Los investigadores debieron comenzar con un alcance exploratorio, pues tenían muy pocos antecedentes y poseían escasa información. Además de que el *Titanic* estaba hundido y no se sabía con exactitud dónde, ni se disponía de la tecnología para llegar a él. Estos primeros estudios llegaron a describir los hechos (por ejemplo, cuántas personas murieron, de qué nacionalidades y género) y relacionaron variables (por ejemplo, la falta de botes salvavidas —solamente se disponía de 1 176—) y el número de fatalidades. Se concluyó, en términos generales, que la causa había sido el choque con el iceberg (explicativo). También que no se redujo la velocidad ni se llevó a cabo una reunión entre los oficiales para considerar las advertencias. Asimismo, no se redobló el personal en el puesto de observación. Se aclaró que no había neblina y que no hubo succión o aspiración a medida que la nave desapareció (Titanic Inquiry Project, 2012).

Desde luego, surgieron diversas hipótesis sobre otras causas (por ejemplo, que el enorme barco de 46 328 toneladas tenía problemas estructurales; que el acero empleado en su construcción —como la mayoría de las embarcaciones de la época— tenía impurezas, lo cual provocaba que este material se hiciera quebradizo y por ende, menos resistente a posibles impactos; que las aguas del Atlántico Norte estaban más frías de lo normal para esa época del año, hecho que también afectó la resistencia del acero, etc.) (Titanic Inquiry Project, 2012). Así transcurrieron más de siete décadas.

En 1985, se organizó una expedición submarina para localizar al *Titanic*, patrocinada por el Instituto Norteamericano de Oceanografía de Woods Hole y el Instituto Francés de Oceanografía (Ifremer), dirigida por Robert D. Ballard. La nave fue encontrada a 3 810 metros, a unos 531 km de la costa de Canadá (Pontes, 2012).

Estudios explicativos efectuados a partir de las imágenes submarinas demostraron que el impacto del iceberg no cortó las planchas de acero del costado del *Titanic*, sino que simplemente arrancó los remaches que las unían. Las planchas, al separarse, dejaron que entrara el agua, que fue lo que causó el hundimiento (Pontes, 2012). Asimismo, se determinó después de varios experimentos que, efectivamente, el acero con el cual se construyó no era tan resistente.

Sin embargo, las explicaciones finales y completas sobre las causas del hundimiento y todos los factores que contribuyeron, se hicieron después de una serie de estudios encabezados por el cineasta James Cameron, en los cuales diferentes expertos basándose en la posición de algunos restos —en específico de las dos secciones del doble fondo y de un fragmento de las cubiertas bajo la tercera chimenea— reconstruyeron los últimos momentos del transatlántico, combinando información que provenía de los testimonios de los supervivientes con conocimientos de física forense e ingeniería naval. Incluso generaron un modelo que es la representación más fiel de lo que ocurrió al *Titanic* (National Geographic, 2012).

El modelo del hundimiento de Cameron implica que el transatlántico se partió desde las cubiertas superiores hasta la quilla (teoría descendente) sobre el agua, y es interesante porque se sale un poco de la visión tradicional en dos puntos: el lugar por donde se produce la fractura (por delante de la tercera chimenea) y el ángulo que alcanzó antes de partirse (23 grados), intermedio entre los modelos que sostienen que se partió con un ángulo bajo y los que consideran que se partió con un ángulo alto, esto último tal como el cineasta mostró en su película de 1997 (National Geographic, 2012). Realmente, "nunca se hundió verticalmente".

En 100 años, los estudios sobre el hundimiento del *Titanic* comenzaron como exploratorios y terminaron como causales, con bastante profundidad.

En la tabla 5.1 se muestran los propósitos y valor de los diferentes alcances de las investigaciones, como una guía para el lector.

Tabla 5.1 Propósitos y valor de los diferentes alcances de las investigaciones

Alcance	Propósito de las investigaciones	Valor
Exploratorio	Se realiza cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado, del cual se tienen muchas dudas o no se ha abordado antes.	Ayuda a familiarizarse con fenómenos desconocidos, obtener información para realizar una investigación más completa en un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados.

(*continúa*)

Tabla 5.1 (*continuación*)

Alcance	Propósito de las investigaciones	Valor
Descriptivo	Busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.	Es útil para mostrar con precisión los ángulos o dimensiones de un fenómeno, suceso, comunidad, contexto o situación.
Correlacional	Su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto específico.	En cierta medida tiene un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa.
Explicativo	Está dirigido a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Se enfoca en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o por qué se relacionan dos o más variables.	Se encuentra más estructurado que los demás alcances (de hecho implica los propósitos de éstos); además de que proporciona un sentido de entendimiento del fenómeno a que hace referencia.

De qué depende que una investigación se inicie como exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa

Como se mencionó, son dos los principales factores que influyen para que una investigación se inicie como exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa:

a) El conocimiento actual del tema de investigación que nos revele la revisión de la bibliografía
b) La perspectiva que el investigador pretenda dar a su estudio

El conocimiento actual del tema de investigación

Este factor nos señala cuatro posibilidades de influencia. En primer término, la literatura puede revelar que no hay antecedentes sobre el tema en cuestión o que no son aplicables al contexto en el cual habrá de desarrollarse el estudio. Entonces, la investigación deberá iniciarse como exploratoria. En segundo término, si la literatura nos revela guías aún no estudiadas e ideas vagamente vinculadas con el problema de investigación, la situación resulta similar, es decir, el estudio se iniciaría como exploratorio. Por ejemplo, si pretendemos realizar una investigación sobre el consumo de drogas en determinadas cárceles y quisiéramos saber en qué medida ocurre. ¿Qué tipos de narcóticos se consumen? ¿Cuáles más? ¿A qué se debe ese consumo? ¿Quiénes suministran los estupefacientes? ¿Cómo es que se introducen en las prisiones? ¿Quiénes intervienen en su distribución? Pero encontramos que no hay antecedentes ni tenemos una idea clara y precisa sobre el fenómeno, el estudio se iniciaría como *exploratorio*.

En tercer término, la literatura nos puede revelar que hay "piezas y trozos" de teoría con apoyo empírico moderado; esto es, estudios descriptivos que han detectado y definido ciertas variables y generalizaciones. En estos casos, nuestra investigación puede iniciarse como *descriptiva* o *correlacional*, pues se descubrieron ciertas variables sobre las cuales fundamentar el estudio. Asimismo, es posible agregar variables para medir. Si pensamos describir el uso que un grupo específico de niños hace de la televisión, encontraremos investigaciones que nos sugieren variables para considerar: tiempo que dedican diariamente a ver televisión, contenidos que ven con mayor frecuencia, actividades que realizan mientras ven televisión, etc. Podemos agregar otras, como el control paterno sobre el uso que los niños hacen de la televisión. El estudio será correlacional cuando los antecedentes nos proporcionan generalizaciones que vinculan variables (hipótesis) sobre las cuales trabajar, por ejemplo: a mayor nivel socioeconómico, menor tiempo dedicado a ver televisión.

En cuarto término, la literatura puede revelar que hay una o varias teorías que se aplican a nuestro problema de investigación; en estos casos, el estudio puede iniciarse como explicativo. Si pretendemos evaluar por qué ciertos ejecutivos están más motivados intrínsecamente hacia su trabajo que otros, al revisar la literatura nos encontraremos con la teoría de la relación entre las características del trabajo y la motivación intrínseca, la cual posee evidencia empírica de diversos contextos. Entonces pensaríamos en llevar a cabo un estudio para explicar el fenómeno en nuestro contexto.

La perspectiva que se le otorgue al estudio

Por otra parte, el sentido o perspectiva que el investigador le dé a su estudio determinará cómo iniciarlo. Si piensa en realizar una investigación sobre un tema estudiado previamente, pero quiere darle un sentido diferente, el estudio puede iniciarse como exploratorio. De este modo, el liderazgo se ha investigado en muy diversos contextos y situaciones (en organizaciones de distintos tamaños y características, con trabajadores de línea, gerentes, supervisores, etc.; en el proceso de enseñanza-aprendizaje; en diversos movimientos sociales masivos, y muchos ambientes más). Asimismo, las prisiones como forma de organización también se han estudiado. Sin embargo, quizás alguien pretenda llevar a cabo una investigación para analizar las características de las mujeres líderes en las cárceles o reclusorios femeninos de la ciudad de San José de Costa Rica, así como qué factores hacen que ejerzan ese liderazgo. El estudio se iniciaría como exploratorio, en el supuesto de que no existan antecedentes sobre los motivos de este fenómeno (el liderazgo).

Cuál de los cuatro alcances es el mejor para un estudio

Esta pregunta es común entre estudiantes, y la respuesta es muy simple: *todos*. Los cuatro alcances del proceso de la investigación cuantitativa son igualmente válidos e importantes y han contribuido al avance de las diferentes ciencias. Cada uno tiene sus objetivos y razón de ser. En este sentido, un estudiante no debe preocuparse de si su estudio va a ser o iniciarse como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo; más bien, debe interesarse por hacerlo bien y contribuir al conocimiento de un fenómeno. Que la investigación sea de un tipo u otro o que incluya elementos de uno o más de éstos depende de cómo se plantee el problema de investigación y los antecedentes previos. La investigación debe hacerse "a la medida" del problema que se formule; ya que no decimos *a priori*: "voy a llevar a cabo un estudio exploratorio o descriptivo", sino que primero planteamos el problema y revisamos la literatura y, después, analizamos si la investigación va a tener uno u otro alcance.

Qué ocurre con el planteamiento del problema al definirse el alcance del estudio

Después de la revisión de la literatura, el planteamiento del problema puede permanecer sin cambios, modificarse radicalmente o experimentar algunos ajustes. Lo mismo ocurre una vez que hemos definido el alcance o los alcances de nuestra investigación.

Resumen

- Una vez que hemos efectuado la revisión de la literatura y afinamos el planteamiento del problema, consideramos qué alcances, inicial y final, tendrá nuestra investigación: *exploratorio*, *descriptivo*, *correlacional* o *explicativo*. Es decir, ¿hasta dónde, en términos de conocimiento, es posible que llegue el estudio?
- En ocasiones, al desarrollar nuestra investigación nos percatamos de que el *alcance* será diferente del que habíamos proyectado.
- Ningún *alcance* de la investigación es superior a los demás, todos son significativos y valiosos. La diferencia para elegir uno u otro estriba en el grado de desarrollo del conocimiento respecto al tema de estudio y a los objetivos y las preguntas planteadas.
- Los *estudios exploratorios* tienen como objetivo esencial familiarizarnos con un tema desconocido o poco estudiado o novedoso. Esta clase de investigaciones sirve para desarrollar métodos que se utilicen en estudios más profundos.
- Los *estudios descriptivos* son útiles para analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes.
- Los *estudios correlacionales* pretenden determinar cómo se relacionan o vinculan diversos conceptos, variables o características entre sí o, también, si no se relacionan.
- Los *estudios explicativos* buscan encontrar las razones o causas que provocan ciertos fenómenos. En el nivel cotidiano y personal, sería como investigar por qué a una joven le gusta tanto ir a bailar, por qué se incendió un edificio o por qué se realizó un atentado terrorista.
- Una misma investigación puede abarcar fines exploratorios, en su inicio, y terminar siendo descriptiva, correlacional y hasta explicativa. Todo depende de los objetivos del investigador.

Conceptos básicos

- Alcance del estudio
- Correlación
- Descripción
- Explicación
- Exploración

Ejercicios

1. Plantee una pregunta sobre un problema de investigación exploratorio, uno descriptivo, uno correlacional y uno explicativo.
2. Acuda a un lugar donde se congreguen varias personas (un estadio de fútbol, una cafetería, un centro comercial, una fiesta) y observe todo lo que pueda del lugar y lo que está sucediendo; después, deduzca un tema de estudio y establezca una investigación con alcance correlacional y explicativo.
3. Centro de recursos en línea Las siguientes preguntas de investigación a qué tipo de alcance corresponden (consulte las respuestas en el centro de recursos en línea: Apéndices → Apéndice 3: Respuestas a los ejercicios).
   a) ¿A cuánta inseguridad se exponen los habitantes de la ciudad de Madrid? En promedio, ¿cuántos asaltos ocurrieron diariamente durante los últimos 12 meses? ¿Cuántos robos a casas? ¿Cuántos homicidios? ¿Cuántos asaltos a comercios? ¿Cuántos robos de vehículos automotores? ¿Cuántos lesionados?
   b) ¿Qué opinan los empresarios panameños de las tasas impositivas hacendarias?
   c) ¿El alcoholismo en las esposas genera mayor número de abandonos y divorcios que el alcoholismo en los maridos? (En los matrimonios de clase alta y origen latinoamericano que viven en Nueva York.)
   d) ¿Cuáles son las razones por las que determinado programa tuvo el mayor auditorio en la historia de la televisión de cierto país?
4. Respecto del problema de investigación que se planteó en el capítulo 3, ¿a qué alcance inicial corresponde?

Ejemplos desarrollados

La relación entre la personalidad y las enfermedades

El estudio comenzó con un planteamiento de alcance correlacional (asociación entre los factores de la personalidad y la presencia de enfermedades coronarias y otros padecimientos graves), pretendiendo establecer a la personalidad como predictor. Al final, se mantuvo como tal.

La televisión y el niño

La investigación se inicia como descriptiva y finalizará como descriptiva y correlacional, ya que pretende analizar los usos y las gratificaciones de la televisión en niños de diferentes niveles socioeconómicos, edades, géneros y otras variables (se relacionarán nivel socioeconómico y uso de la televisión, entre otras).

La pareja y la relación ideales

La investigación se inicia como descriptiva, ya que se pretende que los universitarios participantes caractericen mediante calificativos a la pareja y la relación ideales (prototipos), pero al final será correlacional, pues vinculará los calificativos utilizados para describir a la pareja ideal con los atribuidos referidos a la relación ideal. Asimismo, intentará jerarquizar tales calificativos.

El abuso sexual infantil

Esta investigación tiene un alcance correlacional y explicativo. Correlacional debido a que determinará la relación entre dos medidas, una cognitiva y la otra conductual, para evaluar los programas de prevención del abuso en niñas y niños entre cuatro y seis años de edad. Y explicativo, porque pretende analizar cuál posee mayor validez y confiabilidad, así como las razones de ello.

Otros ejemplos (en la tabla 5.2)

Tabla 5.2 Alcances de varios ejemplos presentados previamente

Investigación	Alcance inicial	Razonamiento
Selenio	Explicativo	Se pretende determinar si una causa (consumo suplementario de selenio) provoca o no un efecto (reducción del crecimiento de los tumores cancerígenos en los senos) (causal).

(*continúa*)

Tabla 5.2 (*continuación*)

Investigación	Alcance inicial	Razonamiento
Medicamentos que pueden provocar daños físicos a la estructura de los dientes	Correlacional	Se busca evaluar si la administración de ciertos medicamentos se encuentran asociados con daños físicos a la estructura de los dientes.
Calidad del diseño ambiental, satisfacción general del espacio de trabajo y desempeño laboral	Explicativo	Análisis del efecto de una causa o variable independiente (satisfacción de la calidad del diseño ambiental del interior de oficinas) sobre dos consecuentes o variables dependientes (satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes y su desempeño laboral).
Efectos del fuego en las propiedades mecánicas residuales y el rendimiento estructural de las vigas de concreto reforzado (CR)	Explicativo	Evaluación de los efectos de una causa (fuego) sobre diversos consecuentes (propiedades mecánicas residuales y el rendimiento estructural de las vigas de concreto reforzado).
Aplicación del diseño de experimentos para el análisis del proceso de doblado (Pérez, Arango y Agudelo, 2009). Mencionado en el capítulo 3	Explicativo	Efecto de cuatro variables independientes (experiencia del operario, tipo de dobladora, clase de material utilizado y grosor) sobre dos dependientes (longitud y ángulo de doblado de las piezas de metal producidas).

Los investigadores opinan

Una buena investigación es aquella que disipa dudas con el uso del método científico, es decir, clarifica las relaciones entre variables que afectan al fenómeno bajo estudio; de igual manera, planea con cuidado los aspectos metodológicos, con la finalidad de asegurar la validez y confiabilidad de sus resultados.

Respecto de la forma de abordar un fenómeno, ya sea cualitativa o cuantitativamente, existe un debate muy antiguo que, no obstante, no llega a una solución satisfactoria. Algunos investigadores consideran tales enfoques como modelos separados, pues se basan en supuestos muy diferentes acerca de cómo funciona el mundo, cómo se crea el conocimiento y cuál es el papel de los valores.

A pesar de que los procesos y los objetivos difieren en ambos enfoques, y de que emplean los resultados de manera divergente, algunos investigadores consideran que existe la posibilidad de que los dos aporten medios complementarios para conocer un fenómeno.

Existen estudios que combinan métodos cualitativos y cuantitativos de investigación, aunque sin un sólido referente teórico; tal superficialidad no sólo se manifiesta en el ámbito conceptual, sino también en el técnico, ya que casi no hay ejemplos de combinación de técnicas estadísticas complejas con técnicas cualitativas sofisticadas.

La elección de uno u otro método depende de los objetivos —tal vez generar teoría o transformar la realidad— y del contexto del investigador, quien tendrá que definir el enfoque a emplear, puesto que es importante que sea riguroso, en lo teórico y lo metodológico, además de congruente con su propósito.

Cecilia Balbás Diez Barroso
Coordinadora del Área de Psicología Educativa
Escuela de Psicología
Universidad Anáhuac
Estado de México, México

Antes de iniciar un proyecto de investigación es necesario que el estudiante evalúe sus gustos y conocimientos, así como la posibilidad de elegir un tutor que sea especialista en el área de su interés; asimismo, que analice los trabajos que se hayan realizado en su escuela y en otros países.

A partir de lo anterior, se planteará el problema que quiera esclarecer, lo cual le ayudará a poner en orden sus ideas y definir las variables, y también contribuirá a ubicarlo en el contexto en que llevará a cabo la investigación.

En este sentido, los profesores deben señalarles a sus alumnos la diferencia entre una investigación descriptiva y una investigación explicativa, así como aclararles que esta última contiene una hipótesis y un marco teórico muy precisos, por lo cual requiere de un excelente manejo de los instrumentos metodológicos; éstos, en su caso, permitirán contrastar las hipótesis.

María Isabel Martínez
Directora de la Escuela de Economía
Escuela de Economía
Universidad Católica Andrés Bello
Caracas, Venezuela

capítulo

6 Formulación de hipótesis

Las hipótesis son el centro, la médula o el eje del método deductivo cuantitativo.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 5 Establecimiento de las hipótesis

- Analizar la conveniencia de formular o no hipótesis que orienten el resto de la investigación.
- Formular las hipótesis de la investigación, si se ha considerado conveniente.
- Precisar las variables de las hipótesis.
- Definir conceptualmente las variables de las hipótesis.
- Definir operacionalmente las variables de las hipótesis.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Comprender los conceptos de hipótesis, variable, definición conceptual y definición operacional de una variable.
2. Conocer y entender los diferentes tipos de hipótesis.
3. Aprender a deducir y formular hipótesis, así como a definir de manera conceptual y operacional las variables contenidas en una hipótesis.
4. Responder las inquietudes más comunes en torno a las hipótesis.

Síntesis

En el capítulo se explica que en este punto de la investigación resulta necesario analizar si es conveniente formular hipótesis, dependiendo del alcance inicial del estudio (exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo). Asimismo, se define qué es una hipótesis, se presenta una clasificación de los tipos de hipótesis, se precisa el concepto de variable y se explican maneras de deducir y formular hipótesis. Además, se establece la relación entre el planteamiento del problema, el marco teórico y el alcance del estudio, por un lado, y las hipótesis, por el otro.

El desarrollo de la perspectiva teórica — permite revisar y afinar el → Planteamiento del problema

del que se deriva(n)

Hipótesis

Son explicaciones tentativas de la relación entre dos o más variables

Sus funciones son:

- Guiar el estudio
- Proporcionar explicaciones
- Apoyar la prueba de teorías

Se formulan según el alcance del estudio en:

- Exploratorio
  - No se formulan
- Descriptivo
  - Cuando se pronostica un hecho o dato
- Correlacional
  - Se formulan hipótesis correlacionales
- Explicativo
  - Se formulan hipótesis causales

Tipos

- De investigación
  - Descriptivas de un valor o dato pronosticado
  - Correlacionales
  - De la diferencia de grupos
  - Causales
- Nulas
  - Mismas opciones que las hipótesis de investigación
- Alternativas
  - Mismas opciones que las hipótesis de investigación
- *Estadísticas**
  - De estimación
  - De correlación
  - De diferencia de medias

Características

- Referirse a una situación real
- Sus variables o términos deben ser comprensibles, precisos y concretos
- Las variables deben ser definidas conceptual y operacionalmente
- Las relaciones entre variables deben ser claras y verosímiles
- Los términos o variables, así como las relaciones entre ellas, deben ser obsevables y medibles
- Deben relacionarse con técnicas disponibles para probarse

Nota: El desarrollo del tema hipótesis estadísticas lo puede consultar al inicio del capítulo 8 del centro de recursos en línea anexo: "Análisis estadístico: segunda parte".

Centro de recursos en línea

¿Qué son las hipótesis?

Hipótesis Explicaciones tentativas del fenómeno investigado que se enuncian como proposiciones o afirmaciones.

Las **hipótesis** son las guías de una investigación o estudio.[1] Las hipótesis indican lo que tratamos de probar y se definen como explicaciones tentativas del fenómeno investigado. Se derivan de la teoría existente y deben formularse a manera de proposiciones. De hecho, son respuestas provisionales a las preguntas de investigación. Cabe señalar que en nuestra vida cotidiana constantemente elaboramos hipótesis acerca de muchas cosas y luego indagamos su veracidad. Por ejemplo, establecemos una pregunta de investigación: "¿Le gustaré a Paola?", y una hipótesis: "Le resulto atractivo a Paola". Esta hipótesis es una explicación tentativa y está formulada como proposición. Después investigamos si se acepta o se rechaza la hipótesis, al cortejar a Paola y observar el resultado.

1

¿En toda investigación cuantitativa debemos plantear hipótesis?

No, no en todas las investigaciones cuantitativas se plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de un factor esencial: el alcance inicial del estudio. Las investigaciones cuantitativas que formulan hipótesis son aquellas cuyo planteamiento define que su alcance será correlacional o explicativo, o las que tienen un alcance descriptivo, pero que intentan pronosticar una cifra o un hecho. Esto se resume en la tabla 6.1.

Tabla 6.1 Formulación de hipótesis en estudios cuantitativos con diferentes alcances

Alcance del estudio	Formulación de hipótesis
Exploratorio	No se formulan hipótesis.
Descriptivo	Sólo se formulan hipótesis cuando se pronostica un hecho o dato.
Correlacional	Se formulan hipótesis correlacionales.
Explicativo	Se formulan hipótesis causales.

Un ejemplo de estudio con alcance descriptivo y pronóstico sería aquel que únicamente pretenda medir el índice delictivo en una ciudad (no se busca relacionar la incidencia delictiva con otros factores como el crecimiento poblacional, el aumento de los niveles de pobreza o la drogadicción, ni mucho menos establecer las causas de tal índice). Entonces, tentativamente se pronosticaría, mediante una hipótesis, cierta cifra o proporción: "el índice delictivo para el siguiente semestre será menor a un delito por cada mil habitantes".

Por lo regular, los estudios cualitativos no formulan hipótesis antes de recolectar datos (aunque no siempre ocurre así). Su naturaleza es más bien inducir las hipótesis por medio de la recolección y el análisis de los datos, como se comentará en la tercera parte del libro, "El proceso de la investigación cualitativa".

En una investigación podemos tener una, dos o varias hipótesis.

¿Las hipótesis son siempre verdaderas?

Las hipótesis no necesariamente son verdaderas, pueden o no serlo, y pueden o no comprobarse con datos. Son explicaciones tentativas, no los hechos en sí. Al formularlas, el investigador no está totalmente seguro de que vayan a comprobarse. Como ejemplifican Black y Champion (1976), una hipó-

[1] El término proviene del verbo griego *hypotithenai*, que significa "suponer" o "colocar por debajo" (Williams, 2003).

tesis es diferente de la afirmación de un hecho. Si alguien establece la siguiente hipótesis (refiriéndose a un país determinado): "las familias que viven en zonas urbanas tienen menor número de hijos que las familias que viven en zonas rurales", ésta puede ser o no comprobada. En cambio, si una persona sostiene lo anterior basándose en información de un censo poblacional reciente de ese país, no establece una hipótesis, sino que afirma un hecho.

En el ámbito de la investigación científica, las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados. Una vez que se prueba una hipótesis, tiene un impacto en el conocimiento disponible que puede modificarse y por consiguiente, pueden surgir nuevas hipótesis (Davis, 2008 e Iversen, 2003).

Las hipótesis pueden ser más o menos generales o precisas, y abarcar dos o más variables; pero en cualquier caso son sólo afirmaciones sujetas a comprobación empírica, es decir, a verificación en la realidad.

Ejemplo

Hipótesis

- "La proximidad geográfica entre los hogares de las parejas de novios está vinculada positivamente con el nivel de satisfacción que les proporciona su relación."
- "La incidencia de cáncer pulmonar es mayor entre los fumadores que entre los no fumadores."
- "A mayor variedad en el trabajo, habrá mayor motivación intrínseca para cumplirlo."

Observe que, por ejemplo, la primera hipótesis vincula dos variables: "proximidad geográfica entre los hogares de los novios" y "nivel de satisfacción en la relación".

¿Qué son las variables?

En este punto es necesario definir qué es una variable. Una **variable** es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.[2] Ejemplos de variables son el género, la presión arterial, el atractivo físico, el aprendizaje de conceptos, la religión, la resistencia de un material, la masa, la personalidad autoritaria, la cultura fiscal y la exposición a una campaña de propaganda política. El concepto de variable se aplica a personas u otros seres vivos, objetos, hechos y fenómenos, los cuales adquieren diversos valores respecto de la variable referida. Por ejemplo, la inteligencia, ya que es posible clasificar a las personas de acuerdo con su inteligencia; no todas las personas la poseen en el mismo nivel, es decir, varían en inteligencia.

Variable Propiedad que tiene una variación que puede medirse u observarse.

1

Otros ejemplos de variables son: el rendimiento de cierta especie de semilla, la eficacia de un procedimiento de construcción, el tiempo que tarda en manifestarse una enfermedad y otros. En todos los casos se producen variaciones.

Las variables adquieren valor para la investigación científica cuando llegan a relacionarse con otras variables, es decir, si forman parte de una hipótesis o una teoría. En este caso, se les suele denominar constructos o construcciones hipotéticas.

¿De dónde surgen las hipótesis?

En el enfoque cuantitativo, y si hemos seguido paso por paso el proceso de investigación, es natural que las hipótesis surjan del planteamiento del problema y del marco teórico (de un postulado de una teoría, del análisis de ésta, de generalizaciones empíricas pertinentes a nuestro problema de investigación y de estudios revisados o antecedentes consultados). Existe, pues, una relación muy estrecha entre el planteamiento del problema, la revisión de la literatura y las hipótesis. Al formular las hipótesis volvemos a evaluar nuestro planteamiento del problema.

[2] En esta concepción coinciden diversos autores como Peters (2014), Creswell (2013a), Iversen (2003) y Williams (2003).

Por otra parte, durante el proceso quizá se nos ocurran otras hipótesis que no estaban contempladas en el planteamiento original, producto de nuevas reflexiones, ideas o experiencias; discusiones con profesores, colegas o expertos en el área; incluso, "de analogías, al descubrir semejanzas entre la información referida a otros contextos y la que poseemos para nuestro estudio" (Rojas, 2001). Este último caso ha ocurrido varias veces en las ciencias. Por ejemplo, algunas hipótesis en el área de la comunicación no verbal sobre el manejo de la territorialidad humana surgieron de estudios del tema, pero realizados en animales; algunas concepciones de la teoría del campo o psicología topológica (cuyo principal exponente fue Kurt Lewin) tienen antecedentes en la teoría del comportamiento de los campos electromagnéticos. Las hipótesis de la teoría Galileo —propuestas por Joseph Woelfel y Edward L. Fink (1980)— para medir el proceso de la comunicación, tienen orígenes importantes en la física y otras ciencias exactas (las dinámicas del "yo" se apoyan en nociones del álgebra de vectores).

Las hipótesis pueden surgir por analogía, al aplicar información a otros contextos, como la teoría del campo en psicología, que surgió de la teoría del comportamiento de los campos electromagnéticos. Éstos también forman las auroras boreales.

Asimismo, a veces la experiencia y la observación constante ofrecen materia potencial para el establecimiento de hipótesis importantes, y lo mismo se dice de la intuición. Desde luego, cuanto menor apoyo empírico previo tenga una hipótesis, se deberá tener mayor cuidado en su elaboración y evaluación. No es aceptable formular hipótesis de manera superficial. Establecer hipótesis sin haber revisado cuidadosamente la literatura puede conducirnos a errores como postular algo demasiado comprobado o algo que ha sido rechazado contundentemente. Un ejemplo burdo, pero ilustrativo sería pretender establecer la siguiente hipótesis: "Los seres humanos pueden volar por sí mismos, únicamente con su cuerpo".

¿Qué características debe tener una hipótesis?

1. La hipótesis debe referirse a una situación "real". Como argumenta Castro-Rea (2009), las hipótesis sólo pueden someterse a prueba en un universo y un contexto bien definidos. Por ejemplo, una hipótesis relativa a alguna variable del comportamiento gerencial (digamos, la motivación) deberá someterse a prueba en una situación real (con ciertos gerentes de organizaciones existentes). En ocasiones, en la misma hipótesis se hace explícita esa realidad (por ejemplo, "los niños guatemaltecos que viven en zonas urbanas imitarán más la conducta violenta de la televisión, que los niños guatemaltecos que viven en zonas rurales"), y otras veces la realidad se define por medio de explicaciones que acompañan a la hipótesis. Así, la hipótesis: "cuanto mayor sea la realimentación sobre el desempeño en el trabajo que proporcione un gerente a sus supervisores, más elevada será la motivación intrínseca de éstos hacia sus tareas laborales", no explica qué gerentes, de qué empresas. Y será necesario contextualizar la realidad de dicha hipótesis; afirmar, por ejemplo, que se trata de gerentes de todas las áreas, de empresas exclusivamente industriales con más de mil trabajadores y ubicadas en Medellín, Colombia.

   Es muy frecuente que cuando nuestras hipótesis provienen de una teoría o una generalización empírica (afirmación comprobada varias veces en "la realidad"), sean manifestaciones contextualizadas o casos concretos de hipótesis generales abstractas. La hipótesis: "a mayor satisfacción laboral mayor productividad" es general y susceptible de someterse a prueba en diversas realidades (países, ciudades, parques industriales o aun en una sola empresa; con directivos, secretarias u obreros, etc.; en empresas comerciales, industriales, de servicios o combinaciones de estos tipos, giros o de otras características). En estos casos, al probar nuestra hipótesis contextualizada aportamos evidencia en favor de la hipótesis más general.
2. Las variables o términos de la hipótesis deben ser comprensibles, precisos y lo más concretos que sea posible. Términos vagos o confusos no tienen cabida en una hipótesis. Así, globalización de

la economía y sinergia organizacional son conceptos imprecisos y generales que deben sustituirse por otros más específicos y concretos.

3. La relación entre variables propuesta por una hipótesis debe ser clara y verosímil (lógica). Es indispensable que quede clara la forma en que se relacionan las variables, y esta relación no puede ser ilógica. La hipótesis: "la disminución del consumo del petróleo en Estados Unidos se relaciona con el grado de aprendizaje del álgebra por parte de niños que asisten a escuelas públicas en Buenos Aires", sería inverosímil. No es posible considerarla.
4. Los términos o variables de la hipótesis deben ser observables y medibles, así como la relación planteada entre ellos, o sea, tener referentes en la realidad. Las hipótesis científicas, al igual que los objetivos y las preguntas de investigación, no incluyen aspectos morales ni cuestiones que no podamos medir. Hipótesis como: "los hombres más felices van al cielo" o "la libertad de espíritu está relacionada con la voluntad angelical", implican conceptos o relaciones que no poseen referentes empíricos; por tanto, no son útiles como hipótesis para investigar científicamente ni pueden someterse a prueba en la realidad.
5. Las hipótesis deben estar relacionadas con técnicas disponibles para probarlas. Este requisito está estrechamente ligado con el anterior y se refiere a que al formular una hipótesis, tenemos que analizar si existen técnicas o herramientas de investigación para verificarla, si es posible desarrollarlas y si se encuentran a nuestro alcance.

Se puede dar el caso de que existan esas técnicas, pero que por diversas causas no estén a nuestro alcance. Alguien podría intentar probar hipótesis referentes a la desviación presupuestaria en el gasto gubernamental de un país latinoamericano o a la red de narcotraficantes en la ciudad de Miami, pero no disponer de formas eficaces para obtener sus datos. Entonces, su hipótesis, aunque teóricamente muy valiosa, en la realidad no se puede probar.

¿Qué tipos de hipótesis se pueden establecer?

Hay diversas formas de clasificar las hipótesis, aunque en este apartado nos concentraremos en los siguientes tipos: 2

1. hipótesis de investigación
2. hipótesis nulas
3. hipótesis alternativas
4. hipótesis estadísticas

Veremos las hipótesis estadísticas en el capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte", del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

¿Qué son las hipótesis de investigación?

Lo que a lo largo de este capítulo hemos definido como hipótesis son en realidad las **hipótesis de investigación**, que se definen como proposiciones tentativas acerca de las posibles relaciones entre dos o más variables (Babbie, 2014 y 2012; Martin y Bridgmon, 2012; Davis, 2008; Kalaian y Kasim, 2008 e Iversen, 2003), y que deben cumplir con los cinco requisitos mencionados. Se les suele simbolizar como Hi o H_1, H_2, H_3, etc. (cuando son varias), y también se les denomina "hipótesis de trabajo".

Hipótesis de investigación Proposiciones tentativas sobre las posibles relaciones entre dos o más variables.

Las hipótesis de investigación pueden ser:

a) descriptivas de un valor o dato pronosticado
b) correlacionales
c) de diferencia de grupos
d) causales

Hipótesis descriptivas de un dato o valor que se pronostica[3]

Estas hipótesis se utilizan a veces en estudios descriptivos, para intentar predecir un dato o valor en una o más variables que se van a medir u observar. Pero cabe comentar que no en todas las investigaciones descriptivas se formulan hipótesis de esta clase o que sean afirmaciones más generales ("la ansiedad en los jóvenes alcohólicos será elevada"; "durante este año, los presupuestos de publicidad se incrementarán entre 50 y 70%"; "la motivación extrínseca de los obreros de las plantas de las zonas industriales de Valencia, Venezuela, disminuirá"; "el número de tratamientos psicoterapéuticos aumentará en las urbes sudamericanas con más de tres millones de habitantes"). No es sencillo realizar estimaciones precisas sobre ciertos fenómenos.

Ejemplo

3

Hi: "El aumento del número de divorcios de parejas cuyas edades oscilan entre los 18 y 25 años será de 20% el próximo año" (en un contexto específico como una ciudad o un país).
Hi: "La inflación del próximo semestre no será superior a 3%".

Hipótesis correlacionales

Especifican las relaciones entre dos o más variables y corresponden a los estudios correlacionales ("el tabaquismo está relacionado con la presencia de padecimientos pulmonares"; "la administración de ciertos medicamentos se encuentra asociada con daños físicos a la estructura de los dientes").

Sin embargo, las hipótesis correlacionales no sólo pueden establecer que dos o más variables se encuentran vinculadas, sino también cómo están asociadas. Alcanzan el nivel predictivo y parcialmente explicativo.

En los siguientes ejemplos no sólo se establece que hay relación entre las variables, sino también cómo es la relación (qué dirección sigue). Desde luego, es diferente formular hipótesis en las que dos o más variables están vinculadas, que conjeturar cómo son estas relaciones. En el capítulo 10, "Análisis de los datos cuantitativos", se explica más a fondo el tema de la correlación y los tipos de correlación entre variables.

Ejemplo

"A mayor exposición de los adolescentes a videos musicales con alto contenido sexual, mayor manifestación de estrategias en las relaciones interpersonales para establecer contacto sexual". (Aquí la hipótesis nos indica que cuando una variable aumenta, la otra también y viceversa, cuando una variable disminuye, la otra desciende.)

"A mayor autoestima, habrá menor temor al éxito". (Aquí la hipótesis nos señala que cuando una variable aumenta, la otra disminuye; y si ésta disminuye, aquélla aumenta.)

"Las telenovelas latinoamericanas muestran cada vez mayor contenido sexual en sus escenas". (En esta hipótesis se correlacionan las dos variables siguientes: época o tiempo en que se producen las telenovelas y contenido sexual.)

Es necesario agregar lo siguiente: en una hipótesis de correlación, el orden en que coloquemos las variables no es importante (ninguna variable antecede a la otra; no hay relación de causalidad). Es lo mismo indicar "a mayor X, mayor Y"; que "a mayor Y, mayor X"; o "a mayor X, menor Y"; que "a menor Y, mayor X".

[3] Algunos investigadores consideran a estas hipótesis afirmaciones univariadas. Argumentan que no se relacionan variables. Opinan que, más que relacionar las variables, se está planteando cómo se va a manifestar una variable en una constante (después de todo, el grupo medido de personas u objetos es constante). Este razonamiento tiene cierta validez, por ello, lo dejamos al criterio de cada lector.

Ejemplo 3

"Quienes logran más altas puntuaciones en el examen de estadística tienden a alcanzar las puntuaciones más elevadas en el examen de economía" es igual a: "los que logran tener las puntuaciones más elevadas en el examen de economía son quienes tienden a obtener más altas puntuaciones en el examen de estadística".

Como aprendimos desde pequeños: "el orden de los factores (variables) no altera el producto (la hipótesis)". Desde luego, esto ocurre en la correlación, pero no en las relaciones de causalidad, donde vamos a ver que sí importa el orden de las variables. Pero en la correlación no hablamos de variable independiente (causa) y dependiente (efecto). Cuando sólo hay correlación, estos términos carecen de sentido. Los estudiantes que comienzan en sus cursos de investigación suelen indicar cuál es la variable independiente y cuál la dependiente en toda hipótesis. Ello es un error; únicamente en hipótesis causales se puede hacer esto.

Por otro lado, es común que, cuando en la investigación se pretende correlacionar diversas variables, se tengan varias hipótesis y cada una de ellas relacione un par de variables. Por ejemplo, si quisiéramos relacionar las variables atracción física, confianza, proximidad física y equidad en el noviazgo (todas entre sí), estableceríamos las hipótesis correspondientes.

Ejemplo 3

H_1: "A mayor atracción física, menor confianza"
H_2: "A mayor atracción física, mayor proximidad física"
H_3: "A mayor atracción física, mayor equidad"
H_4: "A mayor confianza, mayor proximidad física"
H_5: "A mayor confianza, mayor equidad"
H_6: "A mayor proximidad física, mayor equidad"

Estas hipótesis deben contextualizarse en su realidad (con qué parejas) y someterse a prueba empírica.

Hipótesis de la diferencia entre grupos

Estas hipótesis se formulan en investigaciones cuya finalidad es comparar grupos. Por ejemplo, supongamos que un publicista piensa que un comercial televisivo en blanco y negro, cuyo objetivo es persuadir a los adolescentes que comienzan a fumar para que dejen de hacerlo, tiene una eficacia diferente que uno a colores. Su pregunta de investigación sería: un comercial de televisión con el mensaje de persuadir a los adolescentes que comienzan a fumar para que dejen de hacerlo, ¿es más eficaz si está en blanco y negro que si está a colores? Y su hipótesis quedaría formulada así:

Ejemplo 3

Hi: "El efecto persuasivo para dejar de fumar no será igual en los adolescentes que vean la versión del comercial televisivo a colores, que el efecto en los adolescentes que vean la versión del comercial en blanco y negro".

Otros ejemplos de este tipo de hipótesis son los siguientes:

Ejemplo 3

Hi: "Los adolescentes le atribuyen más importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja, que las adolescentes a las suyas."
Hi: "El tiempo que tardan en mostrar síntomas de sida las personas contagiadas por transfusión sanguínea, es menor que el de las que adquieren el VIH por transmisión sexual."

En los tres ejemplos anteriores se plantea una posible diferencia entre grupos, sólo que en el primero de ellos únicamente se establece que hay diferencia entre los grupos comparados, pero no se afirma en cuál el impacto será más determinante. No se estipula si el efecto persuasivo es mayor en los adolescentes que ven el comercial en blanco y negro o en quienes lo ven a colores. Se limita a decir que se espera una diferencia. En cambio, en el segundo, la hipótesis, además de establecer la diferencia, especifica cuál de los grupos tendrá mayor valor en la variable de comparación (los jóvenes son quienes, según se piensa, atribuirán mayor importancia al atractivo físico). Lo mismo ocurre en el tercer ejemplo (expresan más lentamente la enfermedad quienes la adquieren por transmisión sexual).

Cuando el investigador no tiene bases para presuponer a favor de qué grupo será la diferencia, formula una hipótesis simple de diferencia de grupos (como en el primer ejemplo de los comerciales). Y cuando sí tiene bases, establece una hipótesis direccional de diferencia de grupos (como en los otros ejemplos). Esto último, por lo común, sucede cuando la hipótesis se deriva de una teoría o estudios antecedentes, o bien, cuando el investigador está bastante familiarizado con el problema de estudio.

Esta clase de hipótesis puede llegar a abarcar dos, tres o más grupos.

Ejemplo

Hi: "Las escenas de la telenovela *La verdad de Paola* presentarán mayor contenido sexual que las de la telenovela *Sentimientos de Christian*, y éstas, a su vez, un mayor contenido sexual que las escenas de la telenovela *Mi último amor, Mariana*".[4]

Algunos investigadores consideran a las hipótesis de diferencia de grupos como un tipo de hipótesis correlacional, porque en última instancia relacionan dos o más variables. El caso del atractivo físico relaciona la variable del género con la variable de la atribución de la importancia del atractivo físico en las relaciones de pareja.

Hipótesis que establecen relaciones de causalidad

Este tipo de hipótesis no solamente afirma la o las relaciones entre dos o más variables y la manera en que se manifiestan, sino que además propone un "sentido de entendimiento" de las relaciones. Tal sentido puede ser más o menos completo, esto depende del número de variables que se incluyan, pero todas estas hipótesis establecen relaciones de causa-efecto.

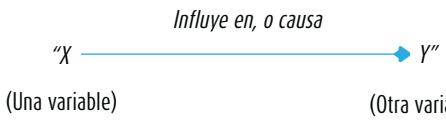
Ejemplo

Hi: "La desintegración del matrimonio provoca baja autoestima en los hijos e hijas". (En el ejemplo, además de establecerse una relación entre las variables, se propone la causalidad de esa relación.)

Hi: "La satisfacción sobre la calidad del diseño ambiental del interior de la oficina donde se labora incrementa significativamente la satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes y su desempeño laboral."

Las hipótesis correlacionales pueden simbolizarse como "*X*—*Y*"; y las hipótesis causales, como en la figura 6.1.

Figura 6.1 Simbolización de la hipótesis causal.



[4] Por supuesto, los nombres son ficticios. Si alguna telenovela se ha titulado o se titulará así, es una coincidencia.

Correlación y causalidad son conceptos asociados, pero distintos. Si dos variables están correlacionadas, ello no necesariamente implica que una será causa de la otra. Supongamos que una empresa fabrica un producto que se vende poco y decide mejorarlo. Entonces, lanza una campaña para anunciar el producto en radio y televisión. Después, se observa un aumento en las ventas del producto. Los ejecutivos de la empresa pueden decir que el lanzamiento de la campaña está relacionado con el incremento de las ventas; pero si no se demuestra la causalidad, no es posible asegurar que la campaña haya provocado tal incremento. Quizá la campaña sea la causa del aumento, pero tal vez la causa sea en sí la mejora al producto, una excelente estrategia de comercialización u otro factor, o bien todas pueden ser las causas.

Otro caso es el que se explicó en el capítulo anterior, cuando la estatura parecía estar correlacionada con la inteligencia en los niños (los de mayor estatura sacaban mejores calificaciones en la prueba de inteligencia). Pero la realidad fue que la maduración era la variable que estaba relacionada con la respuesta a una prueba de inteligencia (más que a la inteligencia en sí). La correlación no tenía sentido; mucho menos lo tendría establecer una causalidad, al afirmar que la estatura es causa de la inteligencia o que, por lo menos, influye en ella. Es decir, no todas las correlaciones tienen sentido y no siempre que se encuentra una correlación puede inferirse causalidad. Si cada vez que se obtiene una correlación se asumiera la causalidad, ello equivaldría a decir que cada vez que se observa a una señora y a un niño juntos se supusiera que ella es su madre, cuando puede ser su tía, una vecina o una señora que por azar se colocó muy cerca del chico.

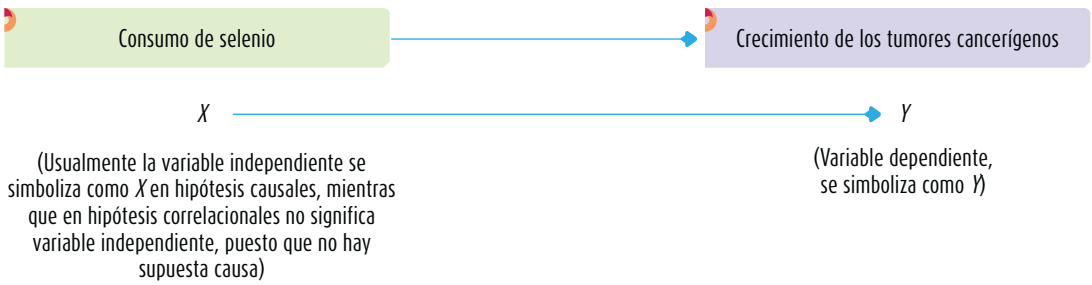
Para establecer causalidad, primero debe haberse demostrado correlación, pero además la causa debe ocurrir antes que el efecto. Asimismo, los cambios en la causa tienen que provocar cambios en el efecto.

Al hablar de hipótesis, a las *supuestas causas* se les conoce como *variables independientes* y a los *efectos* como *variables dependientes*. Únicamente es posible hablar de variables independientes y dependientes cuando se formulan hipótesis causales o hipótesis de la diferencia de grupos, siempre y cuando en estas últimas se explique cuál es la causa de la diferencia supuesta en la hipótesis.

A continuación se exponen distintos tipos de hipótesis causales:

1. **Hipótesis causales bivariadas**. En éstas se plantea una relación entre una variable independiente y una variable dependiente. Por ejemplo: "el consumo diario y permanente de selenio como suplemento alimenticio reduce el crecimiento de los tumores cancerígenos en mujeres que se encuentran en la etapa inicial de la enfermedad" (vea la figura 6.2).

Figura 6.2 Esquema de relación causal bivariada.

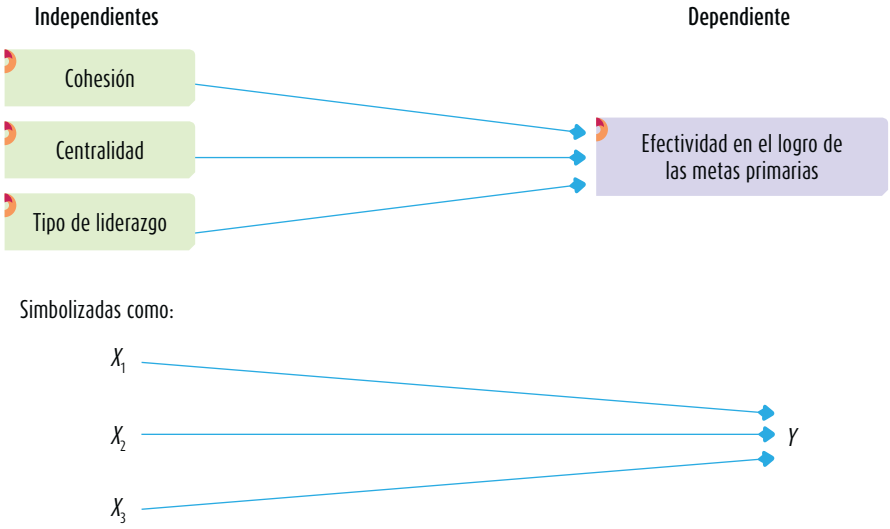


2. **Hipótesis causales multivariadas**. Plantean una relación entre diversas variables independientes y una dependiente, una independiente y varias dependientes o diversas variables independientes y varias dependientes.

Ejemplo

"La cohesión y la centralidad en un grupo sometido a una dinámica, así como el tipo de liderazgo que se ejerza dentro del grupo, determinan la eficacia de éste para alcanzar sus principales metas" (figura 6.3).

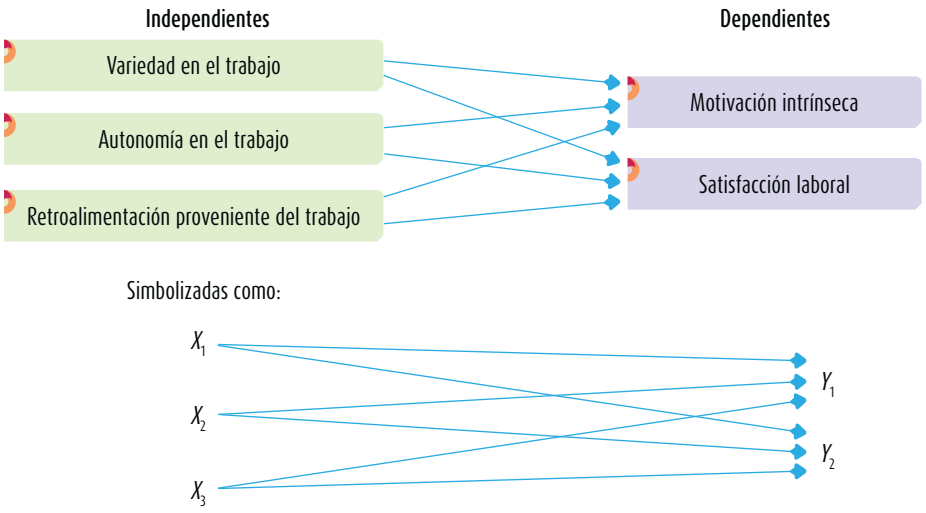
Figura 6.3 Esquema de relación causal multivariada.



Ejemplo

"La variedad y la autonomía en el trabajo, así como la realimentación proveniente del desarrollo de éste, generan mayor motivación intrínseca y satisfacción laborales" (figura 6.4).

Figura 6.4 Esquema de relación causal multivariada con dos variables dependientes.



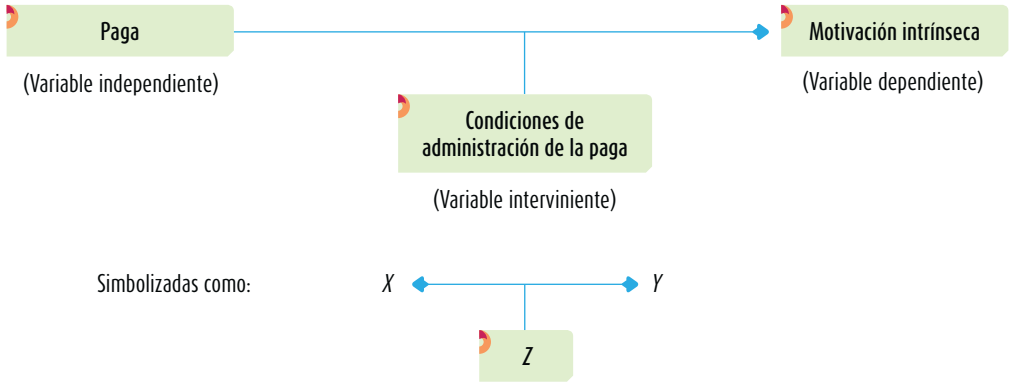
Otro ejemplo sería: "El momento de flexión residual y la resistencia a la cizalladura en las vigas de concreto reforzado dañadas por los incendios son factores que determinan la seguridad de la estructura" (dos variables independientes y una dependiente).

Las hipótesis multivariadas pueden plantear otro tipo de relaciones causales, en las que ciertas variables intervienen y modifican la relación (hipótesis con presencia de variables intervinientes).

Ejemplo

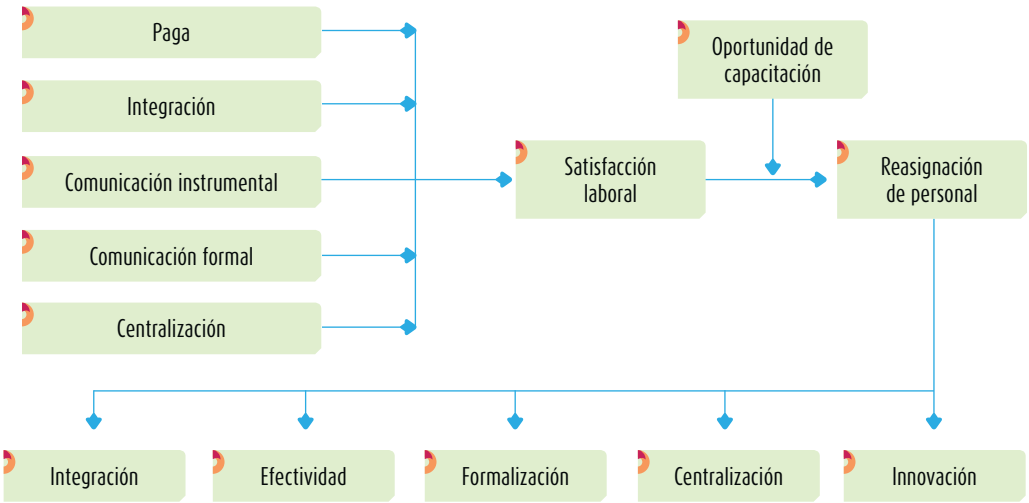
"La paga aumenta la motivación intrínseca de los trabajadores, cuando se administra de acuerdo con el desempeño" (figura 6.5).

Figura 6.5 Esquema causal con variable interviniente.



Es posible que haya estructuras causales de variables más complejas que resulta difícil expresar en una sola hipótesis, porque las variables se relacionan entre sí de distintas maneras. Entonces se plantean las relaciones causales en dos o más hipótesis, o de forma gráfica (vea figura 6.6).

Figura 6.6 Estructura causal compleja multivariada.



La figura 6.6[5] podría desglosarse en múltiples hipótesis; por ejemplo:

H_1: "La paga incrementa la satisfacción laboral".
H_2: "La integración, la comunicación instrumental y la comunicación formal incrementan la satisfacción laboral".
H_3: "La centralización disminuye la satisfacción laboral".
H_4: "La satisfacción laboral influye en la reasignación de personal".
H_5: "La oportunidad de capacitación mediatiza la vinculación entre la satisfacción laboral y la reasignación de personal".
H_6: "La reasignación de personal afecta la integración, la efectividad organizacional, la formalización, la centralización y la innovación".

Cuando las hipótesis causales se someten al análisis estadístico, se evalúa la influencia de cada variable independiente (causa) en la dependiente (efecto), y la influencia conjunta de todas las variables independientes en la dependiente o dependientes.

[5] Las variables fueron extraídas de Price (1977) y Hernández-Sampieri (2005).

¿Qué son las hipótesis nulas?[6]

Hipótesis nulas Proposiciones que niegan o refutan la relación entre variables.

Las **hipótesis nulas** son, en cierto modo, el reverso de las hipótesis de investigación. También constituyen proposiciones acerca de la relación entre variables, sólo que sirven para refutar o negar lo que afirma la hipótesis de investigación.[7] Si la hipótesis de investigación propone: "los adolescentes le atribuyen más importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja que las adolescentes", la hipótesis nula postularía: "los adolescentes *no* le atribuyen más importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja que las adolescentes".

Debido a que este tipo de hipótesis resulta la contrapartida de la hipótesis de investigación, hay prácticamente tantas clases de hipótesis nulas como de investigación. Es decir, la clasificación de hipótesis nulas es similar a la tipología de las hipótesis de investigación: hipótesis nulas descriptivas de un valor o dato pronosticado, hipótesis que niegan o contradicen la relación entre dos o más variables, hipótesis que niegan que haya diferencia entre grupos que se comparan e hipótesis que niegan la relación de causalidad entre dos o más variables (en todas sus formas). Las hipótesis nulas se simbolizan así: Ho.

Veamos algunos ejemplos de hipótesis nulas que corresponden a ejemplos de hipótesis de investigación que se mencionaron.

Ejemplo

Ho: "El aumento del número de divorcios de parejas cuyas edades oscilan entre los 18 y 25 años, no será de 20% el próximo año."

Ho: "La administración de medicamentos no se encuentra asociada con daños físicos a la estructura de los dientes."

Ho: "Las escenas de la telenovela *La verdad de Paola* no presentarán mayor contenido sexual que las de la telenovela *Sentimientos de Christian*, ni éstas tendrán mayor contenido sexual que las escenas de la telenovela *Mi último amor, Mariana.*" Esta hipótesis niega la diferencia entre grupos y también podría formularse así: "No existen diferencias en el contenido sexual entre las escenas de las telenovelas *La verdad de Paola*, *Sentimientos de Christian* y *Mi último amor, Mariana*". O bien: "El contenido sexual de las telenovelas *La verdad de Paola*, *Sentimientos de Christian* y *Mi último amor, Mariana* es el mismo".

Ho: "La satisfacción sobre la calidad del diseño ambiental del interior de la oficina donde se labora no incrementa la satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes ni su desempeño laboral" (hipótesis que niega la relación causal).

¿Qué son las hipótesis alternativas?

Como su nombre lo indica, son posibilidades alternas de las hipótesis de investigación y nula: ofrecen una descripción o explicación distinta de las que proporcionan éstas. Si la hipótesis de investigación establece: "esta silla es roja", la nula afirmará: "esta silla no es roja", y podrían formularse una o más hipótesis alternativas: "esta silla es azul", "esta silla es verde", "esta silla es amarilla", etc. Cada una constituye una descripción distinta de las que proporcionan las hipótesis de investigación y nula.

Hipótesis alternativas Son posibilidades diferentes o "alternas" de las hipótesis de investigación y nula.

Las **hipótesis alternativas** se simbolizan como Ha y sólo pueden formularse cuando efectivamente hay otras posibilidades, además de las hipótesis de investigación y nula. De no ser así, no deben establecerse.

[6] El sentido que en este libro se da a la hipótesis nula es el más común, el de negación de la hipótesis de investigación (Babbie, 2012; Sullivan, 2009; Lavrakas, 2008 y Voi, 2003), el cual fue propuesto por Fisher (1925). No se plantean otras connotaciones o usos del término (por ejemplo, especificar un parámetro de cero) porque se generarían confusiones entre estudiantes que se inician en la investigación. Para aquellos que deseen conocer más del tema, se recomiendan las siguientes fuentes: Krueger (2006), Van Dalen y Meyer (1994, pp. 403-404) y, sobre todo, Henkel (1976, pp. 34-40).

[7] La hipótesis nula es un componente esencial de la prueba de hipótesis en la investigación. Es relevante cuando se efectúan mediciones y las hipótesis han sido derivadas de teorías y tienen que ser probadas. La hipótesis de investigación define cierto patrón que se encontrará en los datos, y el análisis estadístico se diseña para evaluar el grado al cual la evidencia de las medidas recogidas apoya la existencia de ese patrón. La hipótesis nula es la hipótesis que indica que el patrón encontrado en los datos simplemente se debe a la casualidad (Krueger, 2006; Voi, 2003).

Ejemplo

Hi: "El candidato A obtendrá en la elección para la presidencia del consejo escolar entre 50 y 60% de la votación total".
Ho: "El candidato A no obtendrá en la elección para la presidencia del consejo escolar entre 50 y 60% de la votación total".
Ha: "El candidato A obtendrá en la elección para la presidencia del consejo escolar más de 60% de la votación total".
Ha: "El candidato A obtendrá en la elección para la presidencia del consejo escolar menos de 50% de la votación total".

Ejemplo

Hi: "Los jóvenes le atribuyen más importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja que las jóvenes".
Ho: "Los jóvenes no le atribuyen más importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja que las jóvenes".
Ha: "Los jóvenes le atribuyen menos importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja que las jóvenes".

En este último ejemplo de los jóvenes, si la hipótesis nula hubiera sido formulada de la siguiente manera:

Ejemplo

Ho: "Los jóvenes no le atribuyen más importancia o le atribuyen menos importancia al atractivo físico en sus relaciones de pareja que las jóvenes".

No habría posibilidad de formular una hipótesis alternativa, puesto que las hipótesis de investigación y nula abarcan todas las posibilidades.

Las hipótesis alternativas, como puede verse, constituyen otras hipótesis de investigación además de la hipótesis de investigación original.

¿En una investigación se formulan hipótesis de investigación, nula y alternativa?

Al respecto no hay reglas universales, ni siquiera consenso entre los investigadores. Se puede leer un artículo de alguna revista científica en la que sólo se formule la hipótesis de investigación, y podemos encontrar un artículo en otra revista en la que únicamente se plantea la hipótesis nula. Asimismo, podemos descubrir artículos en una tercera revista, en los cuales se establezcan las hipótesis de investigación y nula, pero no las alternativas y, en fin, en una cuarta publicación podemos ver otro artículo que contenga las hipótesis de investigación, nulas y alternativas, etc. Esta situación es similar en reportes académicos (como tesis) y no académicos.

La opción tal vez más común es incluir únicamente la o las hipótesis de investigación (Degelman, 2005, consultor de la American Psychological Association). Algunos investigadores sólo enuncian la hipótesis nula o de investigación presuponiendo que quien lea su reporte deducirá la hipótesis contraria.

La American Psychological Association (APA, 2011) recomienda, para decidir qué tipo de hipótesis deben incluirse en el informe, que se consulten los manuales o a un asesor calificado de su universidad o las normas de publicaciones de los estilos APA, Vancouver, Harvard y otros, los cuales se comentan en el capítulo 11 de esta obra.

Desde luego, siempre se tienen presentes todos los tipos de hipótesis aunque sólo se escriba uno.

¿Cuántas hipótesis se deben formular en una investigación?

Cada investigación es diferente. Algunas contienen gran variedad de hipótesis porque el problema de investigación es complejo (por ejemplo, pretenden relacionar 15 o más variables), mientras que otras contienen una o dos hipótesis. Todo depende del planteamiento del problema.

La calidad de una investigación no está relacionada con el número de hipótesis que contenga. En este sentido, se debe tener el número de hipótesis necesarias para guiar el estudio, ni una más ni una menos.

¿En una investigación se pueden formular hipótesis descriptivas de un dato que se pronostica en una variable, hipótesis correlacionales, hipótesis de la diferencia de grupos e hipótesis causales?

La respuesta es *sí*. En una misma investigación es posible establecer todos los tipos de hipótesis, porque el problema de investigación así lo requiere. Supongamos que alguien ha planteado un estudio en una ciudad latinoamericana y sus preguntas de investigación e hipótesis son las que se muestran en la tabla 6.2.

Tabla 6.2 Ejemplo de un estudio con varias preguntas de investigación e hipótesis

Preguntas de investigación	Hipótesis
¿Cuál será a fin de año el nivel de desempleo en la ciudad de Baratillo?	El nivel de desempleo en la ciudad de Baratillo será de 5% a fin de año (Hi: % = 5).
¿Cuál es el nivel promedio de ingreso familiar mensual en la ciudad de Baratillo?	El nivel promedio de ingreso familiar mensual oscila entre 650 y 700 dólares (Hi: $649 < \bar{X} < 701$).
¿Existen diferencias entre los distritos (barrios, delegaciones o equivalentes) de la ciudad de Baratillo en cuanto al nivel de desempleo? (¿Hay barrios o distritos con mayores índices de desempleo?)	Existen diferencias en cuanto al nivel de desempleo entre los distritos de la ciudad de Baratillo (Hi: Índice 1 ≠ Índice 2 ≠ Índice 3 ≠ Índice *k*).
¿Cuál es el nivel de escolaridad promedio de los jóvenes y las jóvenes que viven en Baratillo? ¿Existen diferencias por género al respecto?	No se dispone de información, no se establecen hipótesis.
¿Está relacionado el desempleo con incrementos en la delincuencia de dicha ciudad?	A mayor desempleo, mayor delincuencia (Hi: $r_{xy} \neq 0$).
¿Provoca el nivel de desempleo un rechazo de la política fiscal gubernamental?	El desempleo provoca un rechazo contra la política fiscal gubernamental (Hi: $X \rightarrow Y$).

En el ejemplo encontramos todos los tipos generales de hipótesis. Asimismo, observaremos que hay preguntas que no se traducen en hipótesis (escolaridad y diferencias por género en ésta). Ello puede deberse a que es difícil establecerlas, ya que no se dispone de información al respecto.

Los estudios que se inician y concluyen como descriptivos, formularán —si pronostican un dato— hipótesis descriptivas; los correlacionales podrán establecer hipótesis descriptivas de estimación, correlacionales y de diferencia de grupos (cuando éstas no expliquen la causa que provoca la diferencia); por su parte, los explicativos podrán incluir hipótesis descriptivas de pronóstico, correlacionales, de diferencia de grupos y causales. No debemos olvidar que una investigación puede abordar parte del problema de forma descriptiva y parte explicativa. Aunque debemos señalar que los estudios descriptivos no suelen contener hipótesis, y ello se debe a que en ocasiones es difícil precisar el valor que se puede manifestar en una variable.

Los tipos de estudio que no establecen hipótesis son los exploratorios. No puede presuponerse (afirmando) algo que apenas va a explorarse. Sería como si antes de una primera cita con una persona

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

totalmente desconocida del género opuesto, trataríamos de conjeturar qué tan simpática es, qué intereses y valores tiene, etc. Ni siquiera podríamos anticipar qué tan atractiva nos va a resultar, y tal vez en una primera cita nos dejemos llevar por nuestra imaginación. Pero en una investigación esto no debe ocurrir. Si se nos proporciona más información (lugares a donde le agrada ir, ocupación, religión, nivel socioeconómico, tipo de música que le gusta y grupos de los que es miembro), podemos plantearnos hipótesis en mayor medida, aunque nos basemos en estereotipos. Y si nos dieran información muy personal e íntima sobre ella, podríamos sugerir hipótesis acerca de qué clase de relación vamos a establecer con esa persona y por qué (explicaciones tentativas).

¿Qué es la prueba de hipótesis?

Como se ha dicho, en el proceso cuantitativo las hipótesis se someten a prueba o escrutinio empírico para determinar si son apoyadas o refutadas, de acuerdo con lo que el investigador observa. De hecho, para esto se formulan en la tradición deductiva. Ahora bien, en realidad no podemos probar que una hipótesis sea verdadera o falsa, sino argumentar que fue apoyada o no de acuerdo con ciertos datos obtenidos en una investigación particular. Desde el punto de vista técnico, no se acepta una hipótesis por medio de un estudio, sino que se aporta evidencia a favor o en contra.[8] Cuantas más investigaciones apoyen una hipótesis, más credibilidad tendrá y, por supuesto, será válida para el contexto (lugar, tiempo y participantes, casos o fenómenos) en que se comprobó. Al menos lo es probabilísticamente.

Las hipótesis, en el enfoque cuantitativo, se someten a prueba en la "realidad" cuando se implementa un diseño de investigación, se recolectan datos con uno o varios instrumentos de medición, y se analizan e interpretan esos mismos datos.

¿Cuál es la utilidad de las hipótesis?

Es posible que alguien piense que con lo expuesto en este capítulo queda claro qué valor tienen las hipótesis para la investigación. Sin embargo, creemos que es necesario ahondar un poco más en este punto, mencionando las principales funciones de las hipótesis.

1. En primer lugar, son las guías de una investigación en el enfoque cuantitativo. Formularlas nos ayuda a saber lo que tratamos de buscar, de probar. Proporcionan orden y lógica al estudio. Son como los objetivos de un plan administrativo: las sugerencias formuladas en las hipótesis pueden ser soluciones a los problemas de investigación. Si de hecho lo son o no, es la tarea del estudio (Castro-Rea, 2009).
2. En segundo lugar, tienen una función descriptiva y explicativa, según sea el caso. Cada vez que una hipótesis recibe evidencia empírica a favor o en contra, nos dice algo acerca del fenómeno con el que se asocia o hace referencia. Si la evidencia es a favor, la información sobre el fenómeno se incrementa; y aun si la evidencia es en contra, descubrimos algo acerca del fenómeno que no sabíamos antes.
3. La tercera función es probar teorías. Cuando varias hipótesis de una teoría reciben evidencia positiva, la teoría va haciéndose más sólida; y cuanto más evidencia haya a favor de aquéllas, más evidencia habrá a favor de ésta.
4. Una cuarta función consiste en sugerir teorías. Diversas hipótesis no están asociadas con ninguna teoría; pero llega a suceder que como resultado de la prueba de una hipótesis, se pueda formular una teoría o las bases para ésta.

[8] Aquí se ha preferido evitar la exposición sobre la lógica de la prueba de hipótesis, la cual indica que la única alternativa abierta en una prueba de significancia para una hipótesis, radica en que se puede rechazar una hipótesis nula o equivocarse al rechazarla. Pero la frase "equivocarse al rechazar" no es sinónimo de aceptar. La razón para no incluir esta perspectiva reside en que, el hacerlo, podría confundir más que esclarecer el panorama al que se inicia en el tema. A quien desee ahondar en la lógica de la prueba de hipótesis, le recomendamos acudir a Martin y Bridgmon (2012), Blaikie (2007 y 2000), Chalmers (1999) y especialmente a Henkel (1976, pp. 34-35), así como otras referencias que sustentan desde la epistemología las posiciones al respecto, como Popper (1992 y 1996) y Hanson (1958).

¿Qué ocurre cuando no se aporta evidencia a favor de las hipótesis de investigación?

No es raro escuchar una conversación como la siguiente entre dos pasantes que acaban de analizar los datos de su tesis (que es una investigación):

Elisa: Los datos no apoyan nuestras hipótesis.
Gabriel: ¿Y ahora qué vamos a hacer? Nuestra tesis no sirve.
Elisa: Tendremos que hacer otra tesis.

No siempre los datos y resultados apoyan las hipótesis. Pero el hecho de que éstos no aporten evidencia en favor de las hipótesis planteadas de ningún modo significa que la investigación carezca de utilidad. Recordemos que en la investigación el fin último es el conocimiento y, en este sentido, también los datos en contra de una hipótesis ofrecen entendimiento. Lo importante es analizar por qué no se aportó evidencia a favor de las hipótesis.

A propósito, conviene citar a Van Dalen y Meyer (1994, p. 193):

> Para que las hipótesis tengan utilidad, no es necesario que sean las respuestas correctas a los problemas planteados. En casi todas las investigaciones, el estudioso formula varias hipótesis y espera que alguna de ellas proporcione una solución satisfactoria del problema. Al eliminar cada una de las hipótesis, va estrechando el campo en el cual deberá hallar la respuesta.

Y agregan:

> La prueba de "hipótesis falsas" [que nosotros preferimos llamar *hipótesis que no recibieron evidencia empírica*] también resulta útil si dirige la atención del investigador hacia factores o relaciones insospechadas que, de alguna manera, podrían ayudar a resolver el problema.

La American Psychological Association (2011) señala que en los reportes o informes de resultados se mencionen todos los resultados relevantes, incluyendo aquellos que contradigan las hipótesis.

¿Deben definirse las variables de una hipótesis como parte de su formulación?

Al formular una hipótesis, es indispensable definir **los términos o variables** incluidos en ella. Esto es necesario por varios motivos:

1. Para que el investigador, sus colegas, los lectores del estudio y, en general, cualquier persona que consulte la investigación le dé el mismo significado a los términos o variables de las hipótesis, es común que un mismo concepto se emplee de maneras distintas. El término "novios" puede significar para alguien una relación entre dos personas de género opuesto que se comunican con la mayor frecuencia que les es posible, que cuando están juntos se besan y se toman de la mano, que se sienten atraídos en lo físico y comparten entre sí información que nadie más posee. Para otros significaría una relación entre dos personas de género diferente que tiene como finalidad contraer matrimonio. Para un tercero, una relación entre dos individuos de género distinto que mantienen relaciones íntimas, y alguien más podría tener otra concepción. Y en caso de que se pensara llevar a cabo un estudio con parejas de novios, no sabríamos con exactitud quiénes se incluirían en éste y quiénes no, a menos que se definiera con la mayor precisión posible el concepto de "novios". Términos como "actitud", "inteligencia" y "aprovechamiento" llegan a tener varios significados o definirse de diversas formas.
2. Asegurarnos de que las variables pueden ser medidas, observadas, evaluadas o inferidas, es decir, que de ellas se pueden obtener datos en la realidad.
3. Confrontar nuestra investigación con otras similares. Si tenemos definidas nuestras variables, podemos comparar nuestras definiciones con las de otros estudios para saber "si hablamos de lo mismo". Si la comparación es positiva, confrontaremos los resultados de nuestra investigación con los resultados de las demás.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

4. Evaluar más adecuadamente los resultados de nuestra investigación, porque las variables, y no sólo las hipótesis, se contextualizan.

En conclusión, sin definición de las variables no hay investigación. Las variables deben ser definidas de dos formas: conceptual y operacionalmente.

Definición conceptual o constitutiva

Una **definición conceptual** trata a la variable con otros términos. Así, *trastorno bipolar* se podría definir como una enfermedad mental caracterizada por cambios drásticos de humor o estado de ánimo, de muy alto (fase maníaca) a muy bajo (fase depresiva) (Bryant, 2007); y *poder* como: "influir más en los demás de lo que éstos influyen en uno". Se tratan de definiciones de diccionarios o de libros especializados (Kerlinger y Lee, 2002), y cuando describen la esencia o las características de una variable, objeto o fenómeno se les denomina definiciones reales (Reynolds, 1986). Estas últimas constituyen la adecuación de la definición conceptual a las necesidades prácticas de la investigación. De esa forma, el término actitud se definiría como "una tendencia o predisposición a evaluar de cierta manera un objeto o un símbolo de este objeto" (Perloff, 2013; Maio y Haddock, 2010; y Oskamp y Schultz, 2005). Si nuestra hipótesis fuera: "Cuanto mayor sea la exposición de los votantes indecisos a entrevistas televisivas concedidas por los candidatos contendientes, más favorable será la actitud hacia el acto de votar", tendríamos que contextualizar la definición conceptual de "actitud" (formular la definición real). La "actitud hacia el acto de votar" podría definirse como la predisposición a evaluar como positivo el hecho de votar para una elección.

Algunos ejemplos de definiciones conceptuales se muestran en la tabla 6.3

Tabla 6.3 Ejemplos de definiciones conceptuales

Variable	Definición conceptual
Inteligencia emocional	Capacidad para reconocer y controlar nuestras emociones, así como manejar con más destreza nuestras relaciones (Goleman, 1996).
Producto interno bruto	Conjunto del valor de todos los bienes y servicios finales producidos en una economía durante un periodo determinado, que puede ser trimestral o anual. El PIB puede ser clasificado como nominal o real. En el primero, los bienes y servicios finales son valuados a los precios vigentes durante el periodo en cuestión, mientras que en el segundo los bienes y servicios finales se valúan a los precios vigentes en un año base (Centro de Investigación y Docencia Económicas, 2004).
Abuso sexual infantil	La utilización de un menor de 12 años o menos para la satisfacción sexual de un adulto. El abuso sexual en la niñez puede incluir contacto físico, masturbación, relaciones sexuales (incluso penetración) y/o contacto anal u oral. Pero también puede incluir el exhibicionismo, voyeurismo, la pornografía y/o la prostitución infantil (International Planned Parenthood Federation, 2000).
Clima organizacional	Conjunto de percepciones compartidas por los empleados respecto de factores de su entorno laboral (Hernández-Sampieri, Méndez y Contreras, 2013).
Pareja ideal (en las relaciones románticas)	Prototipo de ser humano que los individuos consideran que posee los atributos más valorados por ellos y que representaría la opción perfecta para implicarse en una relación amorosa romántica e íntima de largo plazo (casarse o al menos vivir con ella) (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).

Tales definiciones son necesarias pero insuficientes para definir las variables de la investigación, porque no nos vinculan directamente con "la realidad" o con "el fenómeno, contexto, expresión, comunidad o situación". Después de todo, continúan con su carácter de conceptos. Los científicos necesitan ir más allá, deben definir las variables que se utilizan en sus hipótesis, en forma tal que puedan ser comprobadas y contextualizadas. Lo anterior es posible por medio de lo que se conoce como definiciones operacionales.

Definiciones operacionales

Definición operacional Conjunto de procedimientos y actividades que se desarrollan para medir una variable.

Una **definición operacional** constituye el conjunto de procedimientos que describe las actividades que un observador debe realizar para recibir las impresiones sensoriales, las cuales indican la existencia de un concepto teórico en mayor o menor grado (Reynolds, 1986, p. 52). En otras palabras, especifica qué actividades u operaciones deben realizarse para medir una variable e interpretar los datos obtenidos (Hernández-Sampieri *et al.*, 2013). Una definición operacional nos dice que para recoger datos respecto de una variable, hay que hacer esto y esto otro, además articula los procesos o acciones de un concepto que son necesarios para identificar ejemplos de éste (MacGregor, 2006). Así, la definición operacional de la variable "temperatura" sería el termómetro y la escala elegida (por ejemplo, grados centígrados); e "inteligencia" se definiría operacionalmente como las respuestas a una determinada prueba de inteligencia (por ejemplo: Stanford-Binet o Wechsler). Con respecto a la "satisfacción sexual de adultos", hay varias definiciones operacionales para medir este constructo: la escala de satisfacción con la vida sexual (*The Satisfaction With Sex Life Scale,* SWSLS) (Neto, 2012); Inventario de satisfacción sexual de Golombok y Rust (*Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction*, GRISS) (Rust y Golombok, 1986; Meston y Derogatis, 2002) y el inventario de satisfacción sexual (Álvarez-Gayou Jurgenson *et al.*, 2005),[9] para ambos géneros.

La variable "ingreso familiar" podría operacionalizarse al preguntar sobre el ingreso personal de cada uno de los miembros de la familia y luego sumar las cantidades que cada quien indicó. El atractivo físico en un certamen de belleza se operacionaliza al aplicar una serie de criterios que un jurado utiliza para evaluar a las candidatas; los miembros del jurado otorgan una calificación a las contendientes en cada criterio y después obtienen una puntuación total del atractivo físico.

Casi siempre se dispone de varias definiciones operacionales (o formas de operacionalizar) de una variable. Para definir operacionalmente la variable "personalidad" se cuenta con diversas alternativas: las pruebas psicométricas, como las diferentes versiones del Inventario Multifacético de la Personalidad Minnesota (MMPI); pruebas proyectivas como el test de Rorschach o el test de apercepción temática (TAT), etcétera.

Es posible medir la ansiedad de un individuo por medio de la observación directa de los expertos, quienes juzgan el nivel de ansiedad de esa persona; con mediciones fisiológicas de la actividad del sistema psicológico (presión sanguínea, respiraciones, etc.) y con el análisis de las respuestas a un cuestionario de ansiedad (Reynolds, 1986, p. 52). El aprendizaje de un alumno en un curso de investigación se mediría con el empleo de varios exámenes, un trabajo, o una combinación de exámenes, trabajos y prácticas.

Algunos ejemplos de definiciones operacionales se incluyen en la tabla 6.4 (se muestran únicamente los nombres y algunas características).

Tabla 6.4 Ejemplos de definiciones operacionales

Variable	Definición operacional
Inteligencia emocional	EIT (*Emotional Intelligence Test*). Prueba con 70 ítems o reactivos.
Aceleración	Acelerómetro con su escala en unidades "g".
Abuso sexual infantil	*Children´s Knowledge of Abuse Questionnaire-Revised* (CKAQ-R). Versión en español. El CKAQ-R tiene 35 preguntas a responder como verdadero-falso, y cinco extras para ser administradas a niñas y niños de ocho años en adelante. Puede ser aplicado a cualquier infante sin previa instrucción.
Clima organizacional	Escala Clima-UNI con 73 ítems para medir las siguientes dimensiones del clima organizacional: moral, apoyo de la dirección, innovación, percepción de la empresa-identidad-identificación, comunicación, percepción del desempeño, motivación intrínseca, autonomía, satisfacción general, liderazgo, visión y recompensas o retribución.

(*continúa*)

[9] El desarrollo de esta definición operacional de satisfacción sexual lo podrá encontrar el lector en el ejemplo 4 del centro de recursos en línea y descargarlo (en Material complementario → Ejemplos → Diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual en hombres y mujeres mexicanos).

Centro de recursos en línea

Tabla 6.4 (*continuación*)

Variable	Definición operacional
Satisfacción con la calidad de los muebles de oficina	Grado de satisfacción con: *a*) el confort del mobiliario personal para trabajar (silla, escritorio, computadora, equipo, etc.); *b*) la capacidad de ajuste y adaptabilidad de los muebles y *c*) los colores y texturas del piso, los muebles y los acabados de las superficies (mediante escalas de tipo Likert: "muy satisfecho", "satisfecho", "insatisfecho" y "muy insatisfecho" en cada rubro, las cuales se explican en el capítulo 9 de este libro: "Recolección de los datos cuantitativos") (Lee y Guerin, 2009).
Crecimiento de los tumores cancerígenos	Mamografías comparativas y, recientemente, con modelos de una función continua del tamaño del tumor que consideran volumen, diámetro y tiempo, así como edad y datos de la población donde se efectúa el estudio (ritmo de crecimiento) (Weedon-Fekjær, Lindqvist, Vatten, Aalen y Tretli, 2008).

Cuando el investigador dispone de varias opciones para definir operacionalmente una variable, debe elegir la que proporcione mayor información sobre la variable, capte mejor su esencia, se adecue más a su contexto y sea más precisa. O bien, una mezcla de tales alternativas.

Los criterios para evaluar una definición operacional son básicamente cuatro: adecuación al contexto, capacidad para captar los componentes de la variable de interés, confiabilidad y validez. De ellos se hablará en el capítulo 9, "Recolección de los datos cuantitativos". Una correcta selección de las definiciones operacionales disponibles o la creación de la propia definición operacional se encuentran muy relacionadas con una adecuada revisión de la literatura. Cuando ésta ha sido cuidadosa, se tiene una gama más amplia de definiciones operacionales para elegir o más ideas para desarrollar una nueva. Asimismo, al contar con estas definiciones, el tránsito a la elección del o los instrumentos para recabar los datos es rápido, pues sólo debemos considerar que se adapten al diseño y a la muestra del estudio.

En una investigación se tienen por lo regular diversas variables y, por tanto, se formularán varias definiciones conceptuales y operacionales.

Algunas variables no requieren que su definición conceptual se mencione en el reporte de investigación, porque ésta es relativamente obvia y compartida. El mismo título de la variable la define; por ejemplo, "género" y "edad". Pero prácticamente todas las variables requieren una definición operacional para ser evaluadas de manera empírica, aun cuando en el estudio no se formulen hipótesis. Siempre que se tengan variables, se deben definir operacionalmente. En el siguiente ejemplo se muestra una hipótesis con las correspondientes definiciones operacionales de las variables que la integran.

Ejemplo

Hi: "A mayor motivación intrínseca en el trabajo, menor ausentismo."

Variable =	"Motivación intrínseca en el trabajo".	"Ausentismo laboral".
Definiciones conceptuales:	"Estado cognitivo que refleja el grado en que un trabajador atribuye la fuerza de su comportamiento en el trabajo a satisfacciones o beneficios derivados de sus tareas laborales en sí mismas. Es decir, a sucesos que no están mediatizados por una fuente externa a las tareas laborales del trabajador. Este estado de motivación puede ser señalado como una experiencia autosatisfactoria".	"El grado en el cual un trabajador no se reporta a trabajar a la hora en que estaba programado para hacerlo".
Definiciones operacionales:	"Autorreporte de motivación intrínseca (cuestionario autoadministrado) del Inventario de Características del Trabajo, versión mexicana".	"Revisión de los registros electrónicos de asistencia al trabajo durante el último trimestre".

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

El cuestionario de motivación intrínseca se desarrollaría y adaptaría al contexto del estudio en la fase del proceso cuantitativo denominada recolección de los datos; lo mismo ocurriría con el procedimiento para medir el "ausentismo laboral". Desde luego, también durante esta etapa las variables llegan a ser objeto de modificación o ajuste y, en consecuencia, también sus definiciones.

Resumen

- En este punto de la investigación es necesario analizar si es conveniente formular o no hipótesis, lo que depende del alcance inicial del estudio (exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo).
- Las hipótesis son proposiciones tentativas acerca de las relaciones entre dos o más variables y se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados.
- Las hipótesis son el centro del enfoque cuantitativo-deductivo.
- Las hipótesis contienen variables; éstas son propiedades cuya variación es susceptible de ser medida, observada o inferida.
- Las hipótesis surgen normalmente del planteamiento del problema y la revisión de la literatura, y algunas veces a partir de teorías.
- Las hipótesis deben referirse a una situación, un contexto, un ambiente o un evento empírico. Las variables contenidas deben ser precisas, concretas, y poder observarse en la realidad; la relación entre las variables debe ser clara, verosímil y medible. Asimismo, las hipótesis tienen que vincularse con técnicas disponibles para probarlas.
- Al definir el alcance del estudio (exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo), el investigador decide formular o no hipótesis. En los estudios exploratorios no se establecen hipótesis.
- Las hipótesis se clasifican en: *a*) hipótesis de investigación, *b*) hipótesis nulas, *c*) hipótesis alternativas y *d*) hipótesis estadísticas.
- A su vez, las hipótesis de investigación se clasifican de la manera como se muestra en la figura 6.7.
- Puesto que las hipótesis nulas y las alternativas se derivan de las hipótesis de investigación, pueden clasificarse del mismo modo, pero con los elementos que las caracterizan.
- Centro de recursos en línea Las hipótesis estadísticas se clasifican en: *a*) hipótesis estadísticas de estimación, *b*) hipótesis estadísticas de correlación y *c*) hipótesis estadísticas de la diferencia de grupos. Son propias de estudios cuantitativos. Éstas se revisan en el capítulo 8 del Centro de Recursos en Línea: "Análisis estadístico: segunda parte", el cual se encuentra en Material complementario → Capítulos, y se puede descargar.
- En una investigación pueden formularse una o varias hipótesis de distintos tipos.
- Dentro del enfoque deductivo-cuantitativo, las hipótesis se contrastan con la realidad para aceptarse o rechazarse en un contexto determinado.
- Las hipótesis constituyen las guías de una investigación.
- La formulación de hipótesis va acompañada de las definiciones conceptuales y operacionales de las variables contenidas dentro de la hipótesis.
- Una definición conceptual trata a la variable con otros términos, es como una definición de diccionario especializado.
- La definición operacional indica cómo vamos a medir la variable.
- Hay investigaciones en las que no se puede formular hipótesis porque el fenómeno que se va a estudiar es desconocido o se carece de información para establecerlas (pero sólo ocurre en los estudios exploratorios y algunos estudios descriptivos).

Figura 6.7 Clasificación de las hipótesis de investigación.

- ***a)*** Hipótesis descriptiva de un dato o valor que se pronostica
- ***b)*** Hipótesis correlacionales
  - Hipótesis que establecen simplemente relación entre las variables
    - Bivariadas
    - Multivariadas
  - Hipótesis que establecen cómo es la relación entre las variables (hipótesis direccionales)
    - Bivariadas
    - Multivariadas
- ***c)*** Hipótesis de la diferencia de grupos
  - Hipótesis que establecen diferencias entre los grupos a comparar
  - Hipótesis que especifican en favor de qué grupo (de los que se comparan) es la diferencia
- ***d)*** Hipótesis causales
  - Bivariadas
  - Multivariadas
    - Hipótesis con varias variables independientes y una dependiente
    - Hipótesis con una variable independiente y varias dependientes
    - Hipótesis con diversas variables tanto independientes como dependientes
    - Hipótesis con presencia de variables intervinientes
    - Hipótesis altamente complejas

Conceptos básicos

- Definición conceptual
- Definición operacional
- Hipótesis
- Hipótesis alternativa
- Hipótesis causales bivariadas
- Hipótesis causales multivariadas
- Hipótesis correlacionales
- Hipótesis de investigación
- Hipótesis de la diferencia de grupos
- Hipótesis descriptivas del valor de variables
- Hipótesis estadística
- Hipótesis nula
- Prueba de hipótesis
- Tipo de hipótesis
- Variable
- Variable dependiente
- Variable independiente
- Variable interviniente

Ejercicios

Centro de recursos en línea (Respuestas en el centro de recursos en línea, Material Complementario → Apéndices → Apéndice 3) http://www.mhhe.com/he/hmi6e

1. Busque en una revista científica de su campo o área de conocimiento un artículo con un estudio cuantitativo que contenga al menos una hipótesis y responda: ¿está o están redactadas adecuadamente las hipótesis?, ¿resultan comprensibles?, ¿de qué tipo son (de investigación, nula o alternativa; descriptiva de un dato o valor que se pronostica, correlacional, de diferencia de grupos o causal)?, ¿cuáles son sus variables y cómo están definidas conceptual u operacionalmente?, ¿qué podría mejorarse en el estudio respecto de las hipótesis?
2. La hipótesis: "los niños de cuatro a seis años de edad que dedican mayor cantidad de tiempo a ver televisión desarrollan mayor vocabulario que los niños que ven menos televisión".

   Es una hipótesis de investigación:

   _____ (anotar).
3. La hipótesis: "los niños de zonas rurales de la provincia de Antioquia, Colombia, ven diariamente tres horas de televisión en promedio".

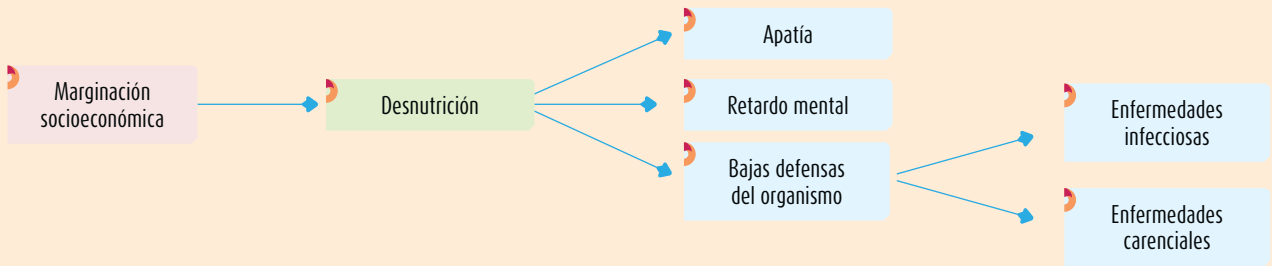
   Es una hipótesis de investigación:

   _____ (anotar).
4. Redacte una hipótesis de diferencia de grupos y señale cuáles son las variables que la integran.
5. ¿Qué tipo de hipótesis es la siguiente?

   "La motivación intrínseca hacia el trabajo de ejecutivos de grandes empresas industriales influye en su productividad y en su ascenso dentro de la organización."
6. Formule las hipótesis que corresponden a la figura 6.8.
7. Formule las hipótesis nula y alternativa que corresponderían a la siguiente hipótesis de investigación:

   Hi: "Cuanto más asertiva sea una persona en sus relaciones interpersonales íntimas, más conflictos verbales tendrá".
8. Formule una hipótesis y defina conceptual y operacionalmente sus variables, de acuerdo con el problema que ha planteado en capítulos anteriores dentro de la sección de ejercicios.

Figura 6.8 Formulación de hipótesis.



Ejemplos desarrollados

La relación entre la personalidad y las enfermedades

Las hipótesis centrales del estudio fueron:

"Las dimensiones de la personalidad se encuentran correlacionadas con la presencia de enfermedades cardiacas" (correlacional).

"Los factores de la personalidad constituyen un predictor de enfermedades cardiacas" (causal).

Listado de variables	Definición operacional de las variables o dimensiones
Personalidad	
Dimensiones consideradas:	
a) Factor R (inhibición de la expresión centrada en uno mismo —predisposición al cáncer—, barreras a la expresión centrada en uno mismo —predisposición a las enfermedades cardiacas—, psicopatología, salud/autonomía, racionalismo y tendencias antisociales).	Seis escalas del Factor R de Grossarth-Maticek (Amelang y Schmidt-Rathjens, 1992).
b) Optimismo.	Prueba de la Orientación de Vida: LOT.
c) Locus (centro) del control sobre enfermedades: interno y externo.	Cuestionario FEGK.
d) Urgencia de tiempo y activación perpetua.	Escala TUPA e Inventario de Expresión para Tratar el Estado de Ira.
e) Apoyo social.	Escala SOZU K-22.
f) Depresión.	Escala de von Zerssen.
g) Sentido de coherencia.	Escala SOC-HD.
h) Hostilidad (factores: agresión, irritabilidad y envidia).	Cuestionario de Agresión y Hostilidad de Saltz-Epstein, así como el Inventario de Irritabilidad y Envidia de Buss-Durkee.
i) Psicoticismo (extraversión, neuroticismo y deseabilidad social).	Inventario de la Personalidad de Eysenck (EPI).
j) Control social exagerado.	Escala de Modo de Vida, WOLS.
Enfermedades padecidas en el presente y pasado, así como factores de riesgo (angina de pecho, infarto del miocardio, miocardiopatía, diabetes, accidente o lesión cerebrovascular, hipertensión, adiposidad —acumulación excesiva de grasa en el organismo— altos niveles de colesterol, asma, bronquitis crónica, hepatitis, cirrosis del hígado, cálculos en la vesícula biliar o renales o en el sistema urinario, úlcera gástrica o duodenal, gastritis crónica, complicaciones de la tiroides o el bocio, indigestión o estreñimiento y carcinoma, y otras —abierta—).	Autorreporte de salud (cuestionario), el cual ha demostrado ser confiable y válido al ser correlacionado con los registros de salud (historial clínico) y exámenes médicos (Militello, Nemeth, Arbuckle y Quill, 2010; Blicher, Joshipura1 y Eke, 2005; Yousfi *et al.*, 2004; Robinson, Young, Roos y Gelskey, 1997; Heliövaara *et al.*, 1993; Bush, Miller, Golden y Hale, 1989). Asimismo, idealmente en una muestra de los participantes se podrían revisar los expedientes médicos.
Hábitos de vida como fumar, ejercitarse y horas de sueño.	Autorreporte (cuestionario).
Demográficas: género, edad, ocupación y nivel educativo.	Autorreporte (cuestionario).

La televisión y el niño

Algunas de las hipótesis formuladas son:

Hi: "Los niños de la Ciudad de México ven, en promedio, más de tres horas diarias de televisión."

Ho: "Los niños de la Ciudad de México no ven, en promedio, más de tres horas diarias de televisión."

Ha: "Los niños de la Ciudad de México ven, en promedio, menos de tres horas diarias de televisión."

Hi: "El medio de comunicación colectiva más utilizado por los niños de la Ciudad de México es la televisión."

Hi: "A mayor edad, mayor uso de la televisión."

Hi: "Los niños de la Ciudad de México ven más televisión de lunes a viernes que en los fines de semana."

Hi: "Los niños y las niñas difieren en cuanto a los contenidos televisivos preferidos."

La pareja y relación ideales

Aunque algunos estudios realizados en el campo de las relaciones interpersonales y el amor han encontrado algunos factores y atributos para describir tanto a la pareja como a la relación ideales, por ejemplo: Hall (2012), Pearce *et al.* (2010), Weis y Sternberg (2007) y Fletcher *et al.* (1999), consideramos que han sido hechos en contextos diferentes al iberoamericano, razón por la cual es preferible partir desde una perspectiva exploratoria-descriptiva y no establecer hipótesis respecto de qué factores emergerán.

El abuso sexual infantil

Hi: "Para niñas y niños de cuatro a seis años de edad, es más confiable y válido evaluar los programas de prevención del abuso sexual infantil con una escala conductual que con una cognitiva."

Otra manera de expresar esta hipótesis:

Hi: "Las escalas conductuales que evalúan los programas de prevención del abuso sexual infantil tendrán mayor validez y confiabilidad que las escalas cognitivas.

Los investigadores opinan

Una de las principales cualidades que debe tener un investigador es la curiosidad, aunque también necesita cultivar la observación, con la finalidad de que sea capaz de detectar ideas que lo motiven a investigar sobre las mismas.

Ya sea en una investigación básica o aplicada, un buen trabajo es aquel en el cual el equipo especialista ha puesto todo su empeño en la búsqueda de conocimiento o soluciones, manteniendo siempre la objetividad y la mente abierta para tomar las decisiones adecuadas.

En las investigaciones de carácter multidisciplinario, cuando el propósito es encontrar la verdad desde distintos ángulos del conocimiento, es posible mezclar los enfoques cuantitativo y cualitativo; ya que, desde el enfoque aplicado, cada ciencia mantiene sus propios métodos, categorías y especialidad.

Aunque la investigación que se realiza en mi país aún no es suficiente, la calidad siempre se puede mejorar. Para promover proyectos en todas las áreas se necesita del trabajo conjunto de las universidades, el gobierno y la industria.

Gladys Argentina Pineda
Profesora de tiempo completo
Facultad de Ingeniería
Universidad Católica Nuestra Señora de la Paz
Tegucigalpa, Honduras

En investigación, el estudiante debe aplicar acciones para descartar hipótesis innecesarias y salir del empirismo mal entendido. El docente facilitará esta tarea si lo guía en el desarrollo e inicio de un proyecto. Una buena investigación se logrará en la medida en que el especialista tenga claro lo que quiere hacer, sus ideas, sus planteamientos y la viabilidad de los mismos.

Para quienes han seguido la modalidad de la investigación cuantitativa, además de representar un proceso recolector y analítico de datos con pocos márgenes de error, la producción de datos estadísticos permite controlar la generación de respuestas y obtener resultados positivos, si cuenta con recomendaciones para mejorar los trabajos cuantificables.

El avance en investigación cualitativa ha sido de reforzamiento, ya que ésta tiene diferentes opciones para llevarse a cabo, lo cual no ocurre con la recopilación de datos matemáticos exactos.

Con cada modelo experimental se toman en cuenta los elementos que resultan más convenientes para la misma, y ambos pueden mezclarse; por ejemplo, cuando en un proyecto de publicidad o mercadotecnia se requiere definir una serie de problemas primarios y secundarios, tal conjunción permitirá obtener mejores resultados.

Para realizar una investigación de mercado utilizo un paquete de análisis cualitativo, algo que mucha gente ve como una operación para obtener información y datos, en lo que estoy de acuerdo, porque cuando los resultados no son favorables se refuerza la idea de la utilidad limitada de tal investigación.

También he aplicado el análisis cualitativo en asuntos propagandísticos y académicos. En Panamá este tipo de investigación se utiliza principalmente a nivel comercial y para pulsar las opiniones políticas.

Eric Del Rosario J.
Director de Relaciones Públicas
Universidad Tecnológica de Panamá
Profesor de publicidad
Universidad Interamericana de Panamá
Profesor de mercadeo, publicidad y ventas
Columbus University de Panamá
Panamá

Hoy más que nunca se requieren nuevos conocimientos que permitan tomar decisiones respecto de los problemas sociales, lo cual sólo se puede lograr por medio de la investigación.

Para tener éxito al llevar a cabo un proyecto, es necesario comenzar con un buen planteamiento del problema y, de acuerdo con el tipo de estudio, definir el enfoque que éste tendrá.

Algunas investigaciones como las de mercado o de negocios tratan de manera conjunta aspectos cualitativos y cuantitativos. En tales casos se utilizan ambos enfoques, siempre y cuando sea de manera complementaria.

María Teresa Buitrago
Departamento de Economía
Universidad Autónoma de Colombia Manizales,
Colombia

---

capítulo 7

Concepción o elección del diseño de investigación

La gestación del diseño del estudio representa el punto donde se conectan las etapas conceptuales del proceso de investigación como el planteamiento del problema, el desarrollo de la perspectiva teórica y las hipótesis con las fases subsecuentes cuyo carácter es más operativo.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 6 Elección o desarrollo del diseño apropiado para la investigación

- Definir cuál es el tipo de diseño más apropiado para la investigación: experimental, no experimental o múltiple.
- Precisar el diseño específico.
- Justificar el diseño elegido o desarrollado.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Definir el significado del término "diseño de investigación", así como las implicaciones de elegir uno u otro tipo de diseño.
2. Comprender que en un estudio pueden incluirse uno o varios diseños de investigación.
3. Conocer los tipos de diseños de la investigación cuantitativa y relacionarlos con los alcances del estudio.
4. Comprender las diferencias entre la investigación experimental y la investigación no experimental.
5. Analizar los diferentes diseños experimentales y sus grados de validez.
6. Analizar los distintos diseños no experimentales y las posibilidades de investigación que ofrece cada uno.
7. Realizar experimentos y estudios no experimentales.
8. Comprender cómo el factor tiempo altera la naturaleza de un estudio.

Síntesis

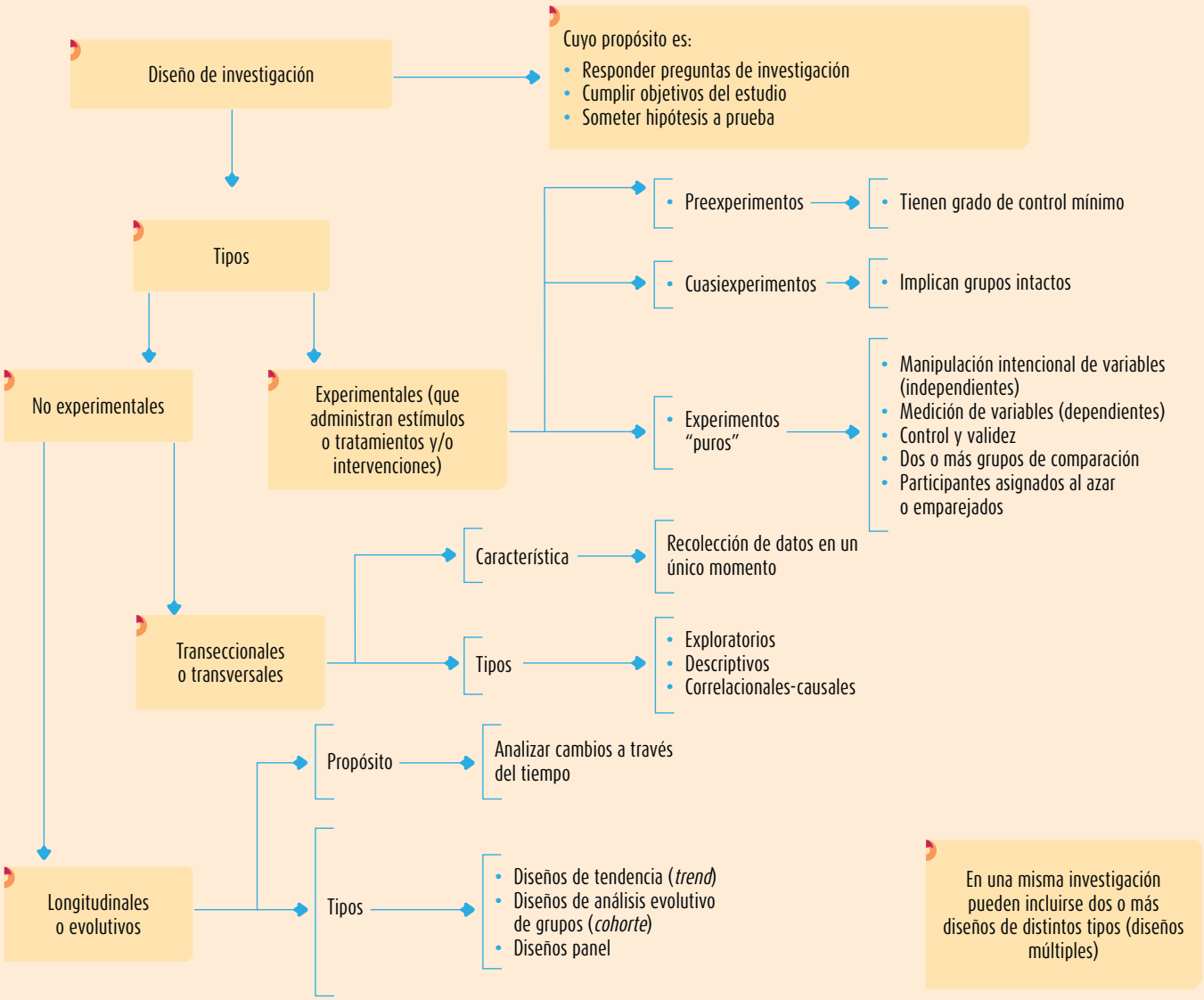
Con el propósito de responder a las preguntas de investigación planteadas y cumplir con los objetivos del estudio, el investigador debe seleccionar o desarrollar un diseño de investigación específico. Cuando se establecen y formulan hipótesis, los diseños sirven también para someterlas a prueba. Los diseños cuantitativos pueden ser experimentales o no experimentales.

En este capítulo se analizan los principales diseños experimentales y la manera de aplicarlos. Asimismo, se explica el concepto de validez experimental y cómo lograrla.

También se presenta una clasificación de diseños no experimentales, en la que se considera:

a) el factor tiempo o número de veces en que se recolectan datos.
b) el alcance del estudio.

Del mismo modo, se deja en claro que ningún tipo de diseño es intrínsecamente mejor que otro, sino que son el planteamiento del problema, los alcances de la investigación y la formulación o no de hipótesis y su tipo los que determinan qué diseño es el más adecuado para un estudio en concreto; asimismo, es posible utilizar más de un diseño.



Nota: En el centro de recursos en línea de la obra (http://www.mhhe.com/he/hmi6e) → Material complementario → Capítulos, el lector encontrará y podrá descargar el capítulo 5 adicional, "Diseños: segunda parte", que extiende los contenidos expuestos en este capítulo 7, en especial lo relativo a la técnica de asignación al azar y emparejamiento, así como a series cronológicas, diseños factoriales y cuasiexperimentos. Parte del material que estaba en ediciones anteriores en este capítulo o en el CD, se actualizó y transfirió a dicha página (***no*** se eliminó).

Centro de recursos en línea

¿Qué es un diseño de investigación?

Una vez que se precisó el planteamiento del problema, se definió el alcance inicial de la investigación y se formularon las hipótesis (o no se establecieron debido a la naturaleza del estudio), el investigador debe visualizar la manera práctica y concreta de contestar las preguntas de investigación, además de cumplir con los objetivos fijados. Esto implica seleccionar o desarrollar uno o más diseños de investigación y aplicarlos al contexto particular de su estudio. El término **diseño** se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema (Wentz, 2014; McLaren, 2014; Creswell, 2013a, Hernández-Sampieri *et al.*, 2013 y Kalaian, 2008).

En el enfoque cuantitativo, el investigador utiliza sus diseños para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto en particular o para aportar evidencias respecto de los lineamientos de la investigación (si es que no se tienen hipótesis).

Sugerimos a quien se inicia en la investigación comenzar con estudios que se basen en un solo diseño y luego desarrollar indagaciones que impliquen más de uno, si es que la situación de investigación así lo requiere. Utilizar más de un diseño eleva considerablemente los costos de la investigación.

Para visualizar más claramente el asunto del diseño, recordemos una interrogante coloquial del capítulo anterior: ¿le gustaré a Paola, por qué?; y la hipótesis: "yo le resulto atractivo a Paola porque me mira frecuentemente".

Diseño Plan o estrategia que se desarrolla para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento.

El **diseño** constituiría el plan o la estrategia para confirmar si es o no cierto que le resulto atractivo a Paola (el plan incluiría procedimientos y actividades tendientes a encontrar la respuesta a la pregunta de investigación). En este caso podría ser: mañana buscaré a Paola después de la clase de estadística, me acercaré a ella, le diré que se ve muy guapa y la invitaré a tomar un café. Una vez que estemos en la cafetería la tomaré de la mano, y si ella no la retira, la invitaré a cenar el siguiente fin de semana; y si acepta, en el lugar donde cenemos le comentaré que me parece bonita y le preguntaré si yo le resulto atractivo. Desde luego, puedo concebir otra estrategia, tal como invitarla a bailar o ir al cine en lugar de ir a cenar; o bien, si conozco a varias amigas de Paola y yo también soy amigo de ellas, preguntarles si le gusto. En la investigación disponemos de distintas clases de diseños y debemos elegir uno o varios o desarrollar nuestra propia estrategia (por ejemplo, invitarla al cine y darle un regalo para observar cuál es su reacción al recibirlo).

Si el diseño está concebido cuidadosamente, el producto final de un estudio (sus resultados) tendrá mayores posibilidades de generar conocimiento. Y no es lo mismo seleccionar un tipo de diseño que otro: cada uno tiene sus características, como se verá más adelante. No es igual preguntarle directamente a Paola si le gusto o no, que preguntar a sus amigas; o que en lugar de interrogarla de palabra prefiera analizar su conducta no verbal (cómo me mira, qué reacciones tiene cuando la abrazo o me acerco a ella, etc.). Como tampoco será lo mismo si le pregunto delante de otras personas, que cuando estemos solos los dos. La precisión, amplitud y profundidad de la información obtenida varía en función del diseño.

¿Cómo debemos aplicar el diseño elegido o desarrollado?

En el enfoque cuantitativo, la calidad de una investigación se relaciona con el grado en que apliquemos el diseño tal como fue concebido (particularmente en el caso de los experimentos). Desde luego, en cualquier tipo de investigación el diseño se debe ajustar por contingencias o cambios en la situación (por ejemplo, en un experimento en el que no funciona el estímulo experimental, tendría que modificarse o adecuarse).

En el proceso cuantitativo, ¿de qué tipos de diseños disponemos para investigar?

En la literatura sobre la investigación cuantitativa es posible encontrar diferentes clasificaciones de los diseños. En esta obra adoptamos la siguiente clasificación:[1] investigación experimental e investigación no experimental. A su vez, la primera puede dividirse de acuerdo con las clásicas categorías de Campbell y Stanley (1966) en: preexperimentos, experimentos "puros" y cuasiexperimentos.[2] La investigación no experimental la subdividimos en diseños transversales y diseños longitudinales. En cada clasificación se comentarán los diseños específicos. De los diseños de la investigación cualitativa nos ocuparemos en la siguiente parte del libro.

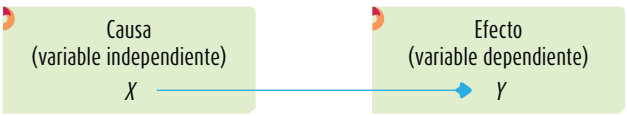
En términos generales, no consideramos que un tipo de investigación —y los consecuentes diseños— sea mejor que otro (experimental frente a no experimental). Como mencionan Kerlinger y Lee (2002), ambos son relevantes y necesarios, ya que tienen un valor propio. Cada uno posee sus características, y la decisión sobre qué clase de investigación y diseño específico hemos de seleccionar o desarrollar depende del planteamiento del problema, el alcance del estudio y las hipótesis formuladas.

Diseños experimentales

El término **experimento** tiene al menos dos acepciones, una general y otra particular. La general se refiere a "elegir o realizar una acción" y después observar las consecuencias (Babbie, 2014). Este uso del término es bastante coloquial; así, hablamos de "experimentar" cuando mezclamos sustancias químicas y vemos la reacción provocada, o cuando nos cambiamos de peinado y observamos el efecto que causa en nuestras amistades. La esencia de esta concepción de experimento es que requiere la manipulación intencional de una acción para analizar sus posibles resultados.

Una acepción particular de experimento, más armónica con un sentido científico del término, se refiere a un estudio en el que se manipulan intencionalmente una o más variables independientes (supuestas causas antecedentes), para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes (supuestos efectos consecuentes), dentro de una situación de control para el investigador (Fleiss, 2013; O'Brien, 2009 y Green, 2003). Esta definición quizá parezca compleja; sin embargo, conforme se analicen sus componentes se aclarará su sentido.

Figura 7.1 Esquema de experimento y variables.



Creswell (2013a) y Reichardt (2004) llaman a los **experimentos** estudios de intervención, porque un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella en comparación con quienes no lo hacen. Es posible experimentar con seres humanos, seres vivos y ciertos objetos, pero siempre observando los principios éticos que se comentarán más adelante y en el capítulo 2 adicional del centro de recursos en línea.

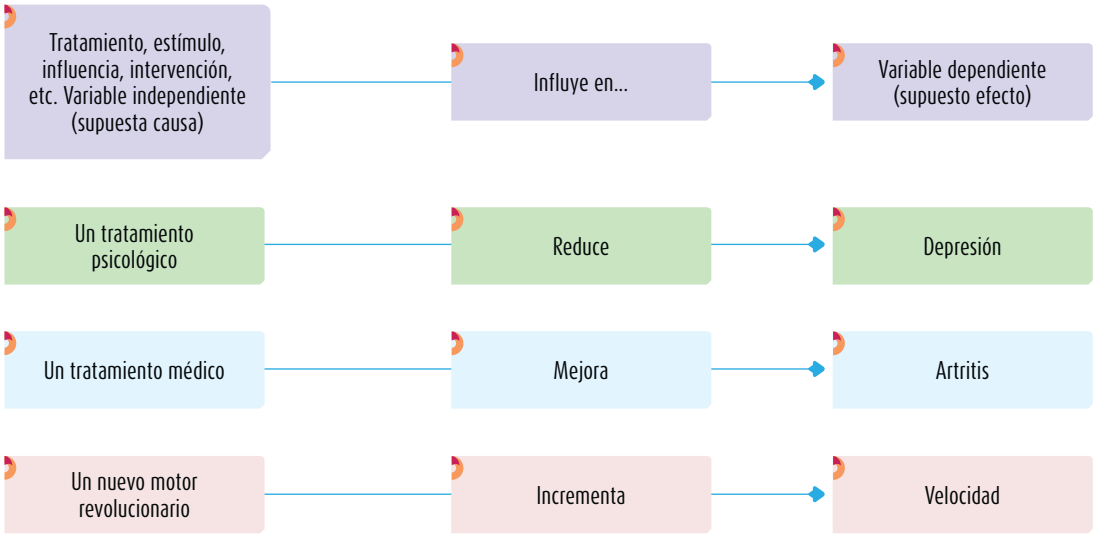
Los experimentos manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones (denominadas variables independientes) para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes) en una situación de control. Veámoslo gráficamente en la figura 7.2.

[1] La tipología ha sido aceptada en ediciones anteriores por su sencillez. Otros autores han coincidido con ella como McBurney y White (2013); Creswell (2013a); Rovai, Baker y Ponton (2012), así como Kalaian (2008). Los estudios de caso se consideran como una clase diferente y de ellos se comenta más adelante, sobre todo en el capítulo 4 adicional que el lector puede descargar del centro de recursos en línea.

[2] Esta clasificación sigue siendo la más citada en textos contemporáneos; por ejemplo, Creswell (2013a), Fleiss (2013), Babbie (2014 y 2012), Silva (2008), Reichardt (2004) y Shadish, Cook y Campbell (2001).

Centro de recursos en línea

Figura 7.2 Ejemplos de la relación de variables independiente y dependiente.



Es decir, los diseños experimentales se utilizan cuando el investigador pretende establecer el posible efecto de una causa que se manipula. Pero, para establecer influencias (por ejemplo, decir que el tratamiento psicológico reduce la depresión), se deben cubrir varios requisitos que a continuación se verán.

Desde luego, hay ocasiones en que no podemos o no debemos experimentar. Por ejemplo, no podemos evaluar las consecuencias del impacto deliberadamente provocado por un meteorito sobre un planeta, pues el estímulo es imposible de manipular (¿quién puede enviar un meteorito a cierta velocidad para que choque con un planeta?). Tampoco podemos experimentar con hechos pasados, así como no debemos realizar cierto tipo de experimentos por cuestiones éticas (por ejemplo, experimentar en seres humanos con un nuevo virus para conocer su evolución). Ciertamente se han efectuado experimentos con armas bacteriológicas y bombas atómicas, castigos físicos a prisioneros, deformaciones al cuerpo humano, etc.; sin embargo, son situaciones que no deben permitirse en ninguna circunstancia.

¿Cuál es el primer requisito de un experimento?

El primer requisito es la manipulación intencional de una o más variables independientes. La variable independiente es la que se considera como supuesta causa en una relación entre variables, es la condición antecedente, y al efecto provocado por dicha causa se le denomina variable dependiente (consecuente).

Cabe destacar que el investigador puede incluir en su estudio dos o más variables independientes o dependientes. Cuando en realidad existe una relación causal entre una variable independiente y una dependiente, al variar intencionalmente la primera, la segunda también variará; por ejemplo, si la motivación es causa de la productividad, al variar la motivación deberá variar la productividad.

Experimento Situación de control en la cual se manipulan, de manera intencional, una o más variables independientes (causas) para analizar las consecuencias de tal manipulación sobre una o más variables dependientes (efectos).

Se lleva a cabo un **experimento** para analizar si una o más variables independientes afectan a una o más variables dependientes y por qué (Kirk, 2012 y Montgomery, 2012). Por ahora, simplifiquemos el problema de estudio a una variable independiente y una dependiente. En un experimento, la variable independiente resulta de interés para el investigador, ya que hipotéticamente será una de las causas que producen el efecto supuesto. Para obtener evidencia de esta supuesta relación causal, el investigador manipula la variable independiente y observa si la dependiente varía o no. Aquí, manipular es sinónimo de hacer variar o asignar distintos valores a la variable independiente.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ejemplo

Si un investigador deseara analizar el posible efecto de los contenidos televisivos antisociales en la conducta agresiva de determinados niños, podría hacer que a un grupo se le proyectara un programa de televisión con contenido antisocial y que otro viera un programa con contenido de promoción social,[3] y posteriormente observar cuál de los dos grupos muestra una conducta más agresiva.

La hipótesis de investigación nos hubiera señalado lo siguiente: "La exposición de los niños a contenidos antisociales tenderá a provocar un aumento en su conducta agresiva". De este modo, si descubre que el grupo que observó el programa antisocial muestra mayor conducta agresiva respecto del grupo que vio el programa de promoción social, y que no hay otra posible causa que hubiera afectado a los grupos de manera desigual, comprobaría su hipótesis.

El investigador manipula o hace fluctuar la variable independiente para observar el efecto en la dependiente, y lo realiza asignándole dos valores: presencia de contenidos antisociales por televisión (programa antisocial) y ausencia de contenidos antisociales por televisión (programa de promoción social). El experimentador establece la variación a propósito (no es casual): tiene el control directo sobre la manipulación y crea las condiciones para proveer la variación deseada.

En un experimento, para que una variable se considere independiente debe cumplir tres requisitos:

1. Que anteceda a la dependiente
2. Que varíe o sea manipulada
3. Que esta variación pueda controlarse

La variable dependiente se mide

La variable dependiente no se manipula, sino que se mide para ver el efecto que la manipulación de la variable independiente tiene en ella. Esto se esquematiza de la siguiente manera:

Manipulación de la variable independiente	Medición del efecto sobre la variable dependiente
X_A	Y
X_B	
.	
.	
.	

Se utiliza la letra *"X"* para simbolizar una variable independiente o tratamiento experimental. Las letras o subíndices "$_A$, $_B$…" indican distintos niveles de variación de la independiente y la letra *"Y"* se utiliza para representar una variable dependiente.

Grados de manipulación de la variable independiente

La manipulación o variación de una variable independiente puede realizarse en dos o más grados. El nivel mínimo de manipulación es de presencia o ausencia de la variable independiente. Cada nivel o grado de manipulación comprende un grupo en el experimento.

Presencia o ausencia

Este nivel o grado implica que un grupo se expone a la presencia de la variable independiente y el otro no. Posteriormente, los dos grupos se comparan para saber si el grupo expuesto a la variable independiente difiere del grupo que no fue expuesto.

Por ejemplo, a un grupo de personas con artritis se le administra el tratamiento médico y al otro grupo no se le administra. Al primero se le conoce como **grupo experimental**, y al otro, en el que está ausente la variable independiente, se le deno-

Grupo experimental Es el que recibe el tratamiento o estímulo experimental.

[3] En este momento no se explica el método para asignar a los niños a los dos grupos; lo veremos en el apartado de control y validez interna. Lo que importa ahora es que se comprenda el significado de la manipulación de la variable independiente.

Grupo de control Se le conoce también como grupo testigo.

mina **grupo de control**; pero en realidad ambos grupos participan en el experimento. Después se observa si hubo o no alguna diferencia entre los grupos en lo que respecta a la cura de la enfermedad (artritis).

A la presencia de la variable independiente se le llama "tratamiento experimental", "intervención experimental" o "estímulo experimental". Es decir, el grupo experimental recibe el tratamiento o estímulo experimental o, lo que es lo mismo, se le expone a la variable independiente; el grupo de control no recibe el tratamiento o estímulo experimental. Ahora bien, el hecho de que uno de los grupos no se exponga al tratamiento experimental no significa que su participación en el experimento sea pasiva. Por el contrario, implica que realiza las mismas actividades que el grupo experimental, excepto someterse al estímulo. En el ejemplo de la violencia televisada, si el grupo experimental va a ver un programa de televisión con contenido violento, el grupo de control podría ver el mismo programa, pero sin las escenas violentas (otra versión del programa). Si se tratara de experimentar con un medicamento, el grupo experimental consumiría el medicamento, mientras que el grupo de control consumiría un placebo (por ejemplo, una supuesta píldora que en realidad es un caramelo bajo en azúcares).

En general, en un experimento puede afirmarse lo siguiente: si en ambos grupos todo fue "igual" menos la exposición a la variable independiente, es muy razonable pensar que las diferencias entre los grupos se deban a la presencia o ausencia de tal variable.

Más de dos grados

En otras ocasiones, es posible hacer variar o manipular la variable independiente en cantidades o grados. Supongamos una vez más que queremos analizar el posible efecto del contenido antisocial por televisión sobre la conducta agresiva de ciertos niños. Podría hacerse que un grupo fuera expuesto a un programa de televisión sumamente violento (con presencia de violencia física y verbal); un segundo grupo se expusiera a un programa medianamente violento (sólo con violencia verbal), y un tercer grupo se expusiera a un programa sin violencia. En este ejemplo, se tendrían tres niveles o cantidades de la variable independiente, lo cual se representa de la siguiente manera:

X_1	(programa sumamente violento)
X_2	(programa medianamente violento)
–	(programa sin violencia, prosocial)

Manipular la variable independiente en varios niveles tiene la ventaja de que no sólo se puede determinar si la presencia de la variable independiente o tratamiento experimental tiene un efecto, sino también si distintos niveles de la variable independiente producen diferentes efectos. Es decir, si la magnitud del efecto (Y) depende de la intensidad del estímulo (X_1, X_2, X_3, etcétera).

Ahora bien, ¿cuántos niveles de variación deben ser incluidos? No hay una respuesta exacta, pues depende del planteamiento del problema y los recursos disponibles. Del mismo modo, los estudios previos y la experiencia del investigador pueden arrojar luces al respecto, ya que cada nivel implica un grupo experimental más. Por ejemplo, en el caso del tratamiento médico, dos niveles de variación pueden ser suficientes para probar su efecto, pero si tenemos que evaluar los efectos de distintas dosis de un medicamento, tendremos tantos grupos como dosis y, además, el grupo testigo o de control.

Modalidades de manipulación en lugar de grados

Hay otra forma de manipular una variable independiente que consiste en exponer a los grupos experimentales a diferentes modalidades de la variable, pero sin que esto implique cantidad. Por ejemplo, experimentar con tipos de semillas, medios para comunicar un mensaje a todos los ejecutivos de la empresa (correo electrónico o teléfono celular o memorando escrito), vacunas, estilos de argumentaciones de abogados en juicios y procedimientos de construcción o materiales.

En ocasiones, la manipulación de la variable independiente conlleva una combinación de cantidades y modalidades de ésta. Los diseñadores de automóviles experimentan con el peso del chasís

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

(cantidad) y el material con que está construido (modalidad) para conocer su efecto en la aceleración del vehículo.

Finalmente, es necesario insistir en que cada nivel o modalidad implica, al menos, un grupo. Si hay tres niveles (grados) o modalidades, se tendrán tres grupos como mínimo.

¿Cómo se define la manera de manipular las variables independientes?

Al manipular una variable independiente es necesario especificar qué se va a entender por esa variable en el experimento (definición operacional experimental). Es decir, trasladar el concepto teórico a un estímulo experimental. Por ejemplo, si la variable independiente a manipular es la exposición a la violencia televisada (en adultos), el investigador debe pensar cómo va a transformar ese concepto en una serie de operaciones experimentales. En este caso podría ser: la violencia televisada será operacionalizada (transportada a la realidad) mediante la exposición a un programa donde haya riñas y golpes, insultos, agresiones, uso de armas de fuego, crímenes e intentos de crímenes, ataques sexuales, intimidación, persecuciones, etc. Entonces se selecciona un programa en el que se muestren tales conductas (por ejemplo, *CSI*: *Investigación de la escena del crimen, Hannibal o La ley y el orden*: *Unidad de víctimas especiales*, o una telenovela o serie producida en Iberoamérica en que se presenten dichos comportamientos). Así, el concepto abstracto se transforma en un referente real.

Veamos cómo un concepto teórico (grado de información sobre la deficiencia mental) en la práctica se tradujo a dos niveles de manipulación experimental.

Ejemplo

Naves y Poplawsky (1984) diseñaron un experimento para poner a prueba la siguiente hipótesis: "a mayor grado de información sobre la deficiencia mental que posea el sujeto común se mostrará menor evitación en la interacción con el deficiente mental".[4]

La variable independiente fue "el grado de información sobre la deficiencia mental" (o mejor dicho, capacidad mental distinta); y la dependiente, "la conducta de evitación en interacciones con personas cuyas capacidades mentales son diferentes". La primera se manipuló mediante dos niveles de información: 1) información cultural, y 2) información sociopsicológica acerca de esta capacidad mental. Por tanto, hubo dos grupos: uno con información cultural y otro con información sociopsicológica. El primer grupo no recibió ninguna información sobre la deficiencia mental o la capacidad mental distinta, ya que se supuso "que todo individuo, por pertenecer a cierta cultura, maneja este tipo de información, y está conformada por nociones generales y normalmente estereotipadas sobre la deficiencia mental; de ello se desprende que si un sujeto basa sus predicciones sobre la conducta del otro en el nivel cultural, obtendrá mínima precisión y pocas probabilidades de controlar el evento comunicativo" (Naves y Poplawsky, 1984, p. 119).

El segundo grupo acudió a un centro de entrenamiento para personas cuyas capacidades mentales son diferentes, quienes les proporcionaron información sociopsicológica (algunas contaron sus problemas en el trabajo y sus relaciones con superiores y compañeros, también se trataron temas como el amor y la amistad). Este grupo pudo observar lo que es la "capacidad mental distinta", cómo se trata clínicamente y los efectos en la vida cotidiana de quien la posee, además de recibir información sociopsicológica al respecto.

Después, todos los participantes fueron expuestos a una interacción sorpresiva con un supuesto individuo con capacidad mental distinta (que en realidad era un actor entrenado para comportarse como "deficiente mental" y con conocimientos sobre la materia).[5] La situación experimental estuvo bajo riguroso control y se filmaron las interacciones para medir el grado de evitación hacia el sujeto con capacidad mental diferente, a través de cuatro dimensiones: *a*) distancia física, *b*) movimientos corporales que denotaban tensión, *c*) conducta visual y *d*) conducta verbal. Se comprobó la hipótesis, pues el grupo con información cultural mostró una mayor conducta de evitación que el grupo con información sociopsicológica.

[4] En el ejemplo a veces se emplean los términos "deficiencia mental" y "deficiente mental", debido a que son los que utilizaron Esther Naves y Silvia Poplawsky. Tal vez serían más adecuados los términos: "capacidad mental diferente" y "persona con tal capacidad". De antemano, una disculpa si alguien se siente ofendido por estos vocablos.

[5] Las actuaciones fueron ensayadas una y otra vez ante un grupo de cuatro expertos sobre la deficiencia mental, hasta que el grupo validó unánimemente el desempeño del actor.

Dificultades para definir cómo se manipularán las variables independientes

En ocasiones no resulta tan difícil trasladar el concepto teórico (variable independiente) a operaciones prácticas de manipulación (tratamientos o estímulos experimentales). Manipular la paga (cantidades de dinero otorgadas), la realimentación, el reforzamiento y la administración de un medicamento no es demasiado complejo. Sin embargo, a veces resulta verdaderamente complicado representar el concepto teórico en la realidad, sobre todo con variables internas, variables que pueden tener diversos significados o variables que sean difíciles de alterar. La socialización, la cohesión, la conformidad, el poder, la motivación individual y la agresión son conceptos que requieren un enorme esfuerzo por parte del investigador para operacionalizarse.

Guía para sortear dificultades

Para definir cómo se va a manipular una variable es necesario:

1. *Consultar experimentos antecedentes* para ver si fue exitosa la forma de manipular la variable independiente. Al respecto, resulta imprescindible analizar si la manipulación de esos estudios puede aplicarse al contexto específico del nuestro, o cómo se extrapolaría a nuestra situación experimental.
2. *Evaluar la manipulación* antes de que se conduzca el experimento. Hay varias preguntas que el experimentador debe hacerse para evaluar su manipulación antes de llevarla a cabo: ¿las operaciones experimentales representan la variable conceptual que se tiene en mente? ¿Los diferentes niveles de variación de la variable independiente harán que los sujetos se comporten de diferente forma? (Christensen, 2006). ¿Qué otras maneras hay para manipular la variable? ¿Ésta es la mejor? Si el concepto teórico no se traslada adecuadamente a la realidad, lo que sucederá es que al final realizaremos otro experimento muy distinto del que pretendemos. Si deseáramos averiguar el efecto de la ansiedad sobre la memorización de conceptos y si nuestra manipulación es errónea (en lugar de provocar ansiedad, generase inconformidad), los resultados del experimento tal vez nos ayudarían a explicar la relación entre la inconformidad y la memorización de conceptos; pero de ninguna manera servirán para analizar el efecto de la ansiedad en la memorización.

   También, si la presencia de la variable independiente en los grupos experimentales es "débil", probablemente no se encontrarán efectos, pero no porque no pueda haberlos. Si pretendemos manipular la violencia televisada y nuestro programa no es en realidad violento (incluye uno que otro insulto y algunas sugerencias de violencia física) y no encontramos un efecto, no podemos afirmar o negar que haya un efecto, porque la manipulación fue débil.
3. *Incluir verificaciones para la manipulación*. Cuando se experimenta con personas hay varias formas de verificar si realmente funcionó la manipulación. La primera consiste en entrevistar a los participantes. Supongamos que, por medio de la manipulación, pretendemos generar que un grupo esté muy motivado hacia una tarea, y el otro no. Después del experimento entrevistaríamos a los individuos para ver si el grupo que debía estar muy motivado en realidad lo estuvo y si el grupo que no debía estar motivado no lo estuvo. Una segunda forma es incluir mediciones relativas a la manipulación durante el experimento. Por ejemplo, aplicar una escala de motivación a ambos grupos cuando supuestamente unos deben estar motivados y otros no.

¿Cuál es el segundo requisito de un experimento?

El segundo requisito consiste en medir el efecto que la variable independiente tiene en la variable dependiente. Esto es igualmente importante y como en la variable dependiente se observa el efecto, la medición debe ser adecuada, válida y confiable.

Imaginemos que conducimos un experimento para evaluar el efecto de un nuevo tipo de enseñanza en la comprensión de conceptos políticos por parte de ciertos niños, y en lugar de medir comprensión medimos la memorización; por más correcta que resulte la manipulación de la variable

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

independiente, el experimento resultaría un fracaso porque la medición de la dependiente no es válida. O pensemos que tenemos dos grupos a comparar con mediciones distintas, y si encontramos diferencias ya no sabremos si se debieron a la manipulación de la independiente o a que se aplicaron exámenes de comprensión diferentes. Los requisitos para medir correctamente una variable se comentan en el capítulo 9: "Recolección de los datos cuantitativos".

¿Cuántas variables independientes y dependientes deben incluirse en un experimento?

No hay reglas para ello; depende de cómo se haya planteado el problema de investigación y las limitaciones existentes. Si un investigador se encuentra interesado en contrastar efectos de apelaciones emotivas frente a racionales en comerciales televisivos sobre la predisposición de compra de un producto, y sólo le interesa este problema, tendrá una variable independiente única y una sola dependiente. Pero si también pretende analizar el efecto de utilizar comerciales en blanco y negro frente a los que son a color, agregaría esta variable independiente y la manipularía. Tendría dos variables independientes (apelación y colorido) y una dependiente (predisposición de compra), son cuatro grupos (sin contar el de control):

a) Grupo expuesto a apelación emotiva y comercial en blanco y negro
b) Grupo expuesto a apelación emotiva y comercial en color
c) Grupo expuesto a apelación racional y comercial en blanco y negro
d) Grupo expuesto a apelación racional y comercial en color

O también se podría agregar una tercera variable independiente: duración de los comerciales, y una cuarta: realidad de los modelos del comercial (personas vivas en contraposición a dibujos animados) y así sucesivamente. Claro está que conforme se aumenta el número de variables independientes se incrementan las manipulaciones que deben hacerse y el número de grupos requerido. Entonces, entraría en juego el segundo factor: limitantes, tal vez no pueda reclutar las suficientes personas para varios grupos o contar con el presupuesto para producir tal variedad de comerciales.

Por otro lado, en cada caso podría optar por medir más de una variable dependiente y evaluar múltiples efectos de las independientes (en distintas variables). Por ejemplo, además de la predisposición de compra, medir la recordación del comercial y la evaluación estética de éste. Resulta obvio que al aumentar las variables dependientes, no tienen que incrementarse los grupos, porque estas variables no se manipulan. Lo que aumenta es el tamaño de la medición (cuestionarios con más preguntas, mayor número de observaciones, entrevistas más largas, etc.) porque hay más variables que medir.

¿Cuál es el tercer requisito de un experimento?

El tercer requisito es el control o la **validez interna** de la situación experimental. El término "control" tiene diversas connotaciones. Sin embargo, su acepción más común es que, si en el experimento se observa que una o más variables independientes hacen variar a las dependientes, la variación de estas últimas se debe a la manipulación de las primeras y no a otros factores o causas; y si se observa que una o más independientes no tienen un efecto sobre las dependientes, se puede estar seguro de ello. Es decir, saber qué está ocurriendo realmente con la relación entre las variables independientes y las dependientes. Esto podría ilustrarse de la siguiente manera:

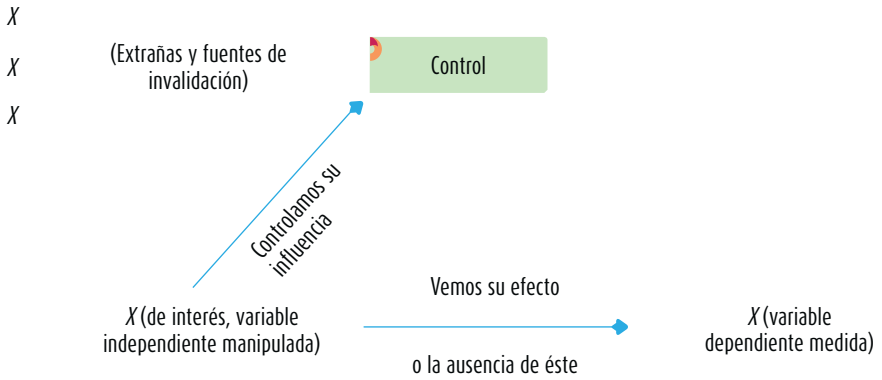
Validez interna Grado de confianza que se tiene de que los resultados del experimento se interpreten adecuadamente y sean válidos (se logra cuando hay control).

Figura 7.3 Experimentos con control e intento de experimento.

Cuando hay **control** es posible determinar la relación causal; cuando no se logra el control, no se puede conocer dicha relación (no se sabe qué está detrás del "cuadro en color", quizá sería, por ejemplo: "X → Y", o "X | Y"; es decir, que hay correlación o que no existe ninguna relación).

Así, lograr *control* en un experimento implica contener la influencia de otras variables extrañas en las variables dependientes, para conocer en realidad si las variables independientes que nos interesan tienen o no efecto en las dependientes. Lo anterior se esquematizaría así:

Figura 7.4 Experimentos con control de las variables extrañas.



Es decir, "purificamos" la relación de *X* (independiente) con *Y* (dependiente) de otras posibles fuentes que afecten a *Y*, y que "contaminen" el experimento. Aislamos las relaciones que nos interesan. Si deseamos analizar el efecto que pueda tener un comercial sobre la predisposición de compra hacia el producto que se anuncia, sabemos que quizás existan otras razones o causas por las cuales las personas piensen en comprar el producto (calidad, precio, cualidades, prestigio de la marca, etc.). Entonces, en el experimento se deberá controlar la posible influencia de estas otras causas, para que sepamos si el comercial tiene o no algún efecto. De lo contrario, si se observa que la predisposición de compra es elevada y no hay control, no sabremos si el comercial es la causa o lo son los demás factores.

Lo mismo ocurre con un método de enseñanza, cuando por medio de un experimento se desea evaluar su influencia en el aprendizaje. Si no hay control, no sabremos si un buen aprendizaje se debió al método, a que los participantes eran sumamente inteligentes, a que tenían conocimientos aceptables de los contenidos o a cualquier otro motivo. Si no hay aprendizaje no sabremos si se debe a que los sujetos estaban muy desmotivados con los contenidos, a que eran poco inteligentes o a cualquier otra causa. Es decir, buscamos descartar otras posibles explicaciones para evaluar si la nuestra es o no la correcta (variables independientes de interés, estímulos o tratamientos experimentales que tienen el efecto que nos interesa comprobar). Tales explicaciones rivales son las fuentes de invalidación interna (que pueden invalidar el experimento).

Fuentes de invalidación interna

Existen diversos factores que tal vez nos confundan y sean motivo de que ya no sepamos si la presencia de una variable independiente o un tratamiento experimental surte o no un verdadero efecto. Se trata de explicaciones rivales de la explicación de que las variables independientes afectan a las dependientes (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009a). Campbell y Stanley (1966) definieron estas explicaciones rivales, las cuales han sido ampliadas por Campbell (1975), Christensen (2006), Hernández-Sampieri *et al.* (2013) y Babbie (2014). Se les conoce como fuentes de invalidación interna porque precisamente atentan contra la validez interna de un experimento. Ésta se refiere a cuánta confianza tenemos en que sea posible interpretar los resultados del experimento y éstos sean válidos. La *validez interna* se relaciona con la calidad del experimento y se logra cuando hay control, cuando los grupos difieren entre sí solamente en la exposición a la variable independiente (ausencia o presencia o en grados o modalidades), cuando las mediciones de la variable

dependiente son confiables y válidas y cuando el análisis es el adecuado para el tipo de datos que estamos manejando. El control en un experimento se alcanza eliminando esas explicaciones rivales o fuentes de invalidación interna. En la tabla 7.1 se mencionan algunas fuentes. Una explicación más amplia, así como ejemplos y otras fuentes posibles, las podrá encontrar el lector en el capítulo 5 adicional, "Diseños: segunda parte", que se puede descargar del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

Tabla 7.1 Principales fuentes de invalidación interna[6]

Fuente o amenaza a la validez interna	Descripción de la amenaza	En respuesta, el investigador debe:
Historia	Eventos o acontecimientos externos que ocurran durante el experimento e influyan solamente a algunos de los participantes.	Asegurarse de que los participantes de los grupos experimentales y de control experimenten los mismos eventos.
Maduración	Los participantes pueden cambiar o madurar durante el experimento y esto afectar los resultados.	Seleccionar participantes para los grupos que maduren o cambien de manera similar durante el experimento.
Inestabilidad del instrumento de medición	Poca o nula confiabilidad del instrumento.	Elaborar un instrumento estable y confiable.
Inestabilidad del ambiente experimental	Las condiciones del ambiente o entorno del experimento no sean iguales para todos los grupos participantes.	Lograr que las condiciones ambientales sean las mismas para todos los grupos.
Administración de pruebas	Que la aplicación de una prueba o instrumento de medición antes del experimento influya las respuestas de los individuos cuando se vuelve a administrar la prueba después del experimento (por ejemplo, recuerden sus respuestas).	Tener pruebas equivalentes y confiables, pero que no sean las mismas y que los grupos que se comparen sean equiparables.
Instrumentación	Que las pruebas o instrumentos aplicados a los distintos grupos que participan en el experimento no sean equivalentes.	Administrar la misma prueba o instrumento a todos los individuos o grupos participantes.
Regresión	Seleccionar participantes que tengan puntuaciones extremas en la variable medida (casos extremos) y que no se mida su valoración real.	Elegir participantes que no tengan puntuaciones extremas o pasen por un momento anormal.
Selección	Que los grupos del experimento no sean equivalentes.	Lograr que los grupos sean equivalentes.
Mortalidad	Que los participantes abandonen el experimento.	Reclutar suficientes participantes para todos los grupos.
Difusión de tratamientos	Que los participantes de distintos grupos se comuniquen entre sí y esto afecte los resultados.	Durante el experimento mantener a los grupos tan separados entre sí como sea posible.
Compensación	Que los participantes del grupo de control perciban que no reciben nada y eso los desmoralice y afecte los resultados.	Proveer de beneficios a todos los grupos participantes.
Conducta del experimentador	Que el comportamiento del experimentador afecte los resultados.	Actuar igual con todos los grupos y ser "objetivo".

¿Cómo se logran el control y la validez interna?

El control en un experimento logra la validez interna y se alcanza mediante:

1. Varios grupos de comparación (dos como mínimo).
2. Equivalencia de los grupos en todo, excepto en la manipulación de la o las variables independientes.

[6] Basada en Hernández-Sampieri *et al.* (2013) y Mertens (2010), pero principalmente en Creswell (2013a).

Es necesario que en un experimento se tengan, por lo menos, dos grupos que comparar. Si nada más se tiene un grupo no es posible saber con certeza si influyeron las fuentes de invalidación interna u otras causas ajenas a la variable independiente manipulada. Imaginemos un experimento en el cual queremos ver si un fertilizante hace crecer más rápidamente cierta especie de plantas. Debemos tener plantas a las cuales se les administre el fertilizante (grupo experimental) y plantas a las que no (grupo de control). Siempre debe existir un punto de comparación.

Pero no basta con dos o más grupos, sino que éstos deben ser similares en todo, menos en la manipulación de la o las variables independientes. El control implica que todo permanece constante, salvo tal manipulación o intervención. Si entre los grupos que conforman el experimento todo es similar o equivalente, excepto la manipulación de la variable independiente, las diferencias entre los grupos pueden atribuirse a ella y no a otros factores.

Veamos un ejemplo educativo, supongamos que deseamos analizar si una serie de programas educativos de televisión para niños genera mayor aprendizaje de los preceptos básicos de investigación en comparación con un método educativo tradicional. Un grupo recibe la enseñanza a través de los programas, otro grupo la obtiene por medio de instrucción oral tradicional y un tercer grupo dedica ese mismo tiempo a actividades recreativas en el salón de clases. Asumamos que los niños que aprendieron mediante los programas obtienen las mejores calificaciones en una prueba de conocimientos relativa a los contenidos enseñados, los que recibieron el método tradicional obtienen calificaciones mucho más bajas, y los que jugaron obtienen puntuaciones de cero o cercanas a este valor. En forma aparente, los programas son un mejor vehículo de enseñanza que la instrucción oral. Pero si los grupos no son equivalentes, entonces no podemos confiar en que las diferencias se deban en realidad a la manipulación de la variable independiente (programas televisivos-instrucción oral) y no a otros factores, o a la combinación de ambos. Por ejemplo, a los niños más inteligentes, estudiosos y con mayor empeño se les asignó al grupo que fue instruido por televisión, o la instructora del método tradicional no tenía buen desempeño, o los niños expuestos a este último método recibieron mayor carga de trabajo y tenían exámenes los días en que se desarrolló el experimento, etc. ¿Cuánto se debió al método y cuánto a otros factores? Para el investigador la respuesta a esta pregunta se convierte en un enigma: no hay control.

Los grupos deben ser equivalentes al inicio del experimento y durante su desarrollo, salvo en lo que respecta a la variable independiente. Asimismo, los instrumentos de medición deben ser iguales y aplicados de la misma manera.

¿Cómo se logra la equivalencia inicial?: asignación al azar

Existe un método muy difundido para alcanzar esta equivalencia: la **asignación aleatoria o al azar** de los participantes a los grupos del experimento.[7] La **asignación al azar** asegura probabilísticamente que dos o más grupos son equivalentes entre sí (Kirk, 2012; Knapp, 2008; Pettygrove, 2007 y Peng, 2003). Es una técnica de control que tiene como propósito dar al investigador la seguridad de que variables extrañas, conocidas o desconocidas, no afectarán de manera sistemática los resultados del estudio (Christensen, 2006).

La asignación al azar puede llevarse a cabo empleando trozos de papel. Se escribe el nombre de cada caso o participante (o alguna clave que lo identifique) en los papeles, los cuales se juntan en algún recipiente, se revuelven y se van sacando —sin observarlos— para formar los grupos. Por ejemplo, si se tienen dos grupos, las personas con turno non en su papel irían al primer grupo; y las personas con par, al segundo grupo. O bien, si hubiera 80 personas, los primeros 40 papelitos que se saquen irían a un grupo y los restantes 40 al otro.

Asignación aleatoria o al azar Es una técnica de control muy difundida para asegurar la equivalencia inicial al ser asignados aleatoriamente los casos o sujetos a los grupos del experimento.

También, cuando se tienen dos grupos, la **asignación aleatoria** puede llevarse a cabo utilizando una moneda no cargada. Se lista a los participantes y se designa qué lado de la moneda va a significar el grupo uno y qué lado el grupo dos. Con cada sujeto se lanza la moneda y, dependiendo del resultado, se asigna a uno u otro grupo.

[7] El que los participantes sean asignados al azar significa que no hay un motivo sistemático por el cual fueron elegidos para ser parte de un grupo o de otro, sino que la casualidad es lo que define a qué grupo son asignados.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tal procedimiento está limitado sólo a dos grupos, porque las monedas tienen dos caras, aunque podrían utilizarse dados o cubos, por ejemplo.

Una tercera forma de asignar los participantes o casos a los grupos es mediante el programa STATS®, seleccionando el subprograma "Generador de números aleatorios". Previamente se numeran todos los casos (supongamos que se tiene un experimento con dos grupos y 100 personas en total, consecuentemente se numera a los sujetos del 1 al 100). El programa pregunta en la ventana: ¿Cuántos números aleatorios desea generar? Entonces se escribe el número relativo al total de los participantes en el experimento, así, debe teclearse "100". Inmediatamente se elige la opción: Valores mínimo y máximo para los números aleatorios, en el mínimo se introduce un "1" (siempre será "1") y en el máximo un "100" (o el número total de participantes). Posteriormente se elige como medio de sorteo "random" (al azar) y se hace clic en Calcular y el programa generará 100 números de manera aleatoria, así, se pueden asignar los primeros 50 a un grupo y los últimos 50 al otro grupo, o bien, el primer número al grupo 1, el segundo al grupo 2, el tercero al grupo 1 y así sucesivamente (dado que la generación de los números es completamente aleatoria, en ocasiones el programa duplica o triplica algunos números, entonces debemos saltarnos uno o dos de los números repetidos y seguir asignando sujetos —números— a los grupos; y al terminar se vuelve a repetir el proceso y continuamos asignando a los grupos los números que no habían "salido" antes, hasta situar a los 100 sujetos en los dos grupos (si fueran cuatro grupos, los primeros 25 se asignan al grupo 1, los segundos 25 al grupo 2, los siguientes 25 al grupo 3 y los últimos 25 al grupo 4).

La **asignación al azar** produce control, pues las variables que deben ser controladas (variables extrañas y fuentes de invalidación interna) se distribuyen aproximadamente de la misma manera en los grupos del experimento. Y puesto que la distribución es bastante similar en todos los grupos, la influencia de otras variables que no sean la o las independientes se mantiene constante, porque aquellas no pueden ejercer ninguna influencia diferencial en las variables dependientes (Christensen, 2006).

La asignación aleatoria funciona mejor cuanto mayor sea el número de casos con que se cuenta para el experimento, es decir, cuanto mayor sea el tamaño de los grupos. Se recomienda que para cada grupo se tengan por lo menos 15 personas.[8]

Otra técnica para lograr la equivalencia inicial: el emparejamiento

Un método alternativo para intentar hacer inicialmente equivalentes a los grupos es el **emparejamiento** o la **técnica de apareo** (en inglés, *matching*). El proceso consiste en igualar a los grupos en relación con alguna variable específica que puede influir de modo decisivo en la o las variables dependientes.

Técnica de apareo o emparejamiento
Consiste en igualar a los grupos en relación con alguna variable específica, que puede influir de modo decisivo en la variable dependiente.

El primer paso es elegir la variable concreta de acuerdo con algún criterio teórico. Es obvio que esta variable debe estar muy relacionada con las variables dependientes. Si se pretendiera analizar el efecto que causa utilizar distintos tipos de materiales suplementarios de instrucción sobre el desempeño en la lectura, el apareamiento podría basarse en la variable "agudeza visual". Experimentos sobre métodos de enseñanza emparejarían a los grupos en "conocimientos previos", "aprovechamiento anterior en una asignatura relacionada con los contenidos a enseñar" o "inteligencia". Experimentos sobre las actitudes hacia productos o hábitos de compra pueden utilizar la variable "ingreso" para empatar los grupos. En cada caso en particular, debe pensarse cuál es la variable cuya influencia sobre los resultados del experimento resulta más necesario controlar y buscar el apareamiento de los grupos en esa variable.

El segundo paso consiste en obtener una medición de la variable elegida para emparejar a los grupos. Esta medición puede existir o efectuarse antes del experimento. Vamos a suponer que nuestro experimento fuera sobre métodos de enseñanza, el emparejamiento llegaría a hacerse sobre la base de la inteligencia. Si fueran adolescentes, se obtendrían registros de inteligencia de ellos o se les aplicaría una prueba de inteligencia.

[8] Este criterio se basa en los requisitos de algunos análisis estadísticos.

Asignación al azar Es el mejor método para hacer equivalentes los grupos (más preciso y confiable). El emparejamiento no la sustituye por completo.

El tercer paso es ordenar a los participantes en la variable sobre la cual se va a efectuar el emparejamiento (de las puntuaciones más altas a las más bajas).

El cuarto paso consiste en formar parejas, tercias, cuartetos, etc., de participantes según la variable de apareamiento (son individuos que tienen la misma puntuación en la variable o una calificación similar) e ir asignando a cada integrante de cada pareja, tercia o similar a los grupos del experimento, buscando un equilibrio entre éstos. También podría intentarse empatar a los grupos en dos variables, pero ambas deben estar sumamente relacionadas, porque de lo contrario resultaría muy difícil el emparejamiento. Conforme más variables se utilizan para aparear grupos, el procedimiento es más complejo. En el capítulo 5 adicional: "Diseños: segunda parte" se ejemplifica el procedimiento.

Centro de recursos en línea

Una tipología sobre los diseños experimentales

A continuación se presentan los diseños experimentales más citados en la literatura. Para ello nos basaremos, como ya se señaló, en la tipología de Campbell y Stanley (1966), quienes dividen los diseños experimentales en tres clases: *a*) preexperimentos, *b*) experimentos "puros"[9] y *c*) cuasiexperimentos. Se utilizará la simbología que generalmente se emplea en los textos sobre experimentos.

Simbología de los diseños experimentales

Aquí se describe una simbología básica para diseños experimentales:

- *R* Asignación al azar o aleatoria. Cuando aparece quiere decir que los sujetos han sido asignados a un grupo de manera aleatoria (proviene del inglés *randomization,* "aleatorización").
- *G* Grupo de sujetos o casos (G_1, grupo 1; G_2, grupo 2; etcétera).
- *X* Tratamiento, estímulo o condición experimental (presencia de algún nivel o modalidad de la variable independiente).
- 0 Una medición de los sujetos de un grupo (prueba, cuestionario, observación, etc.). Si aparece antes del estímulo o tratamiento, se trata de una preprueba (previa al tratamiento). Si aparece después del estímulo se trata de una posprueba (posterior al tratamiento).
- — Ausencia de estímulo (nivel "cero" en la variable independiente). Indica que se trata de un grupo de control o testigo.

Asimismo, cabe mencionar que la secuencia horizontal indica tiempos distintos (de izquierda a derecha) y cuando en dos grupos aparecen dos símbolos alineados verticalmente, esto indica que tienen lugar en el mismo momento del experimento. Veamos de manera gráfica estas dos observaciones.

Figura 7.5 Simbología de los diseños experimentales.

RG_1	0	*X*	0
Primero, se asigna a los participantes al azar al grupo 1	Segundo, se aplica una medición previa	Tercero, se administra el estímulo	Cuarto, se aplica una medición posterior

RG_1	*X*	0
RG_2	–	0

Ambos símbolos están alineados verticalmente, lo cual significa que tienen lugar en el mismo momento.

[9] Preferimos utilizar el término "experimentos puros" más que "verdaderos" (que es el término original y así se ha traducido en diversas obras), porque crea confusión entre los estudiantes.

Preexperimentos

Los **preexperimentos** se llaman así porque su grado de control es mínimo.

1. Estudio de caso con una sola medición

Este diseño podría diagramarse de la siguiente manera:

$$G \qquad X \qquad 0$$

Consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo y después aplicar una medición de una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo en éstas.

Este diseño no cumple con los requisitos de un experimento "puro". No hay manipulación de la variable independiente (niveles) o grupos de contraste (ni siquiera el mínimo de presencia o ausencia). Tampoco hay una referencia previa de cuál era el nivel que tenía el grupo en la o las variables dependientes antes del estímulo. No es posible establecer causalidad con certeza ni se controlan las fuentes de invalidación interna.

2. Diseño de preprueba/posprueba con un solo grupo

Este segundo diseño se diagramaría así:

$$G \qquad 0_1 \qquad X \qquad 0_2$$

A un grupo se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental, después se le administra el tratamiento y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo.

Este diseño ofrece una ventaja sobre el anterior: existe un punto de referencia inicial para ver qué nivel tenía el grupo en las variables dependientes antes del estímulo; es decir, hay un seguimiento del grupo. Sin embargo, el diseño no resulta conveniente para fines de establecer causalidad: no hay manipulación ni grupo de comparación y es posible que actúen varias fuentes de invalidación interna, por ejemplo, la historia. Entre 0_1 y 0_2 podrían ocurrir otros acontecimientos capaces de generar cambios, además del tratamiento experimental, y cuanto más largo sea el lapso entre ambas mediciones, mayor será también la posibilidad de que actúen tales fuentes.

Por otro lado, se corre el riesgo de elegir a un grupo atípico o que en el momento del experimento no se encuentre en su estado normal.

En ocasiones este diseño se utiliza con un solo individuo (estudio de caso experimental). Sobre tal diseño se abunda en el capítulo cuatro adicional: "Estudios de caso", el cual se puede descargar del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

Los dos diseños preexperimentales no son adecuados para el establecimiento de relaciones causales porque se muestran vulnerables en cuanto a la posibilidad de control y validez interna. Algunos autores consideran que deben usarse sólo como ensayos de otros experimentos con mayor control.

En ciertas ocasiones los **diseños preexperimentales** sirven como estudios exploratorios, pero sus resultados deben observarse con precaución.

Diseño preexperimental Diseño de un solo grupo cuyo grado de control es mínimo. Generalmente es útil como un primer acercamiento al problema de investigación en la realidad.

Experimentos "puros"

Los experimentos "puros" son aquellos que reúnen los dos requisitos para lograr el control y la validez interna:

1. Grupos de comparación (manipulación de la variable independiente).
2. Equivalencia de los grupos.

Estos diseños llegan a incluir una o más variables independientes y una o más dependientes. Asimismo, pueden utilizar prepruebas y pospruebas para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental. Desde luego, no todos los diseños experimentales "puros" utilizan preprueba; aunque la posprueba sí es necesaria para determinar los efectos de las condiciones experimentales (Wiersma y Jurs, 2008). A continuación se muestran varios diseños experimentales "puros".

1. Diseño con posprueba únicamente y grupo de control

Este diseño incluye dos grupos: uno recibe el tratamiento experimental y el otro no (grupo de control). Es decir, la manipulación de la variable independiente alcanza sólo dos niveles: presencia y ausencia. Los sujetos se asignan a los grupos de manera aleatoria. Cuando concluye la manipulación, a ambos grupos se les administra una medición sobre la variable dependiente en estudio.

El diseño se diagrama de la siguiente manera:

$$\begin{array}{lll} RG_1 & X & 0_1 \\ RG_2 & — & 0_2 \end{array}$$

En este diseño, la única diferencia entre los grupos debe ser la presencia-ausencia de la variable independiente. Inicialmente son equivalentes y para asegurarse de que durante el experimento continúen siéndolo (salvo por la presencia o ausencia de dicha manipulación) el experimentador debe observar que no ocurra algo que sólo afecte a un grupo. La hora en que se efectúa el experimento debe ser la misma para ambos grupos (o ir mezclando un sujeto de un grupo con un sujeto del otro grupo, cuando la participación es individual), al igual que las condiciones ambientales y demás factores mencionados al hablar sobre la equivalencia de los grupos.

Wiersma y Jurs (2008) comentan que, de preferencia, la posprueba debe administrarse inmediatamente después de que concluya el experimento, en especial si la variable dependiente tiende a cambiar con el paso del tiempo. La posprueba se aplica de manera simultánea a ambos grupos.

La comparación entre las pospruebas de ambos grupos (0_1 y 0_2) nos indica si hubo o no efecto de la manipulación. Si ambas difieren significativamente[10] ($0_1 \neq 0_2$), esto nos indica que el tratamiento experimental tuvo un efecto a considerar. Por tanto, se acepta la hipótesis de diferencia de grupos. Si no hay diferencias ($0_1 = 0_2$), ello indica que no hubo un efecto significativo del tratamiento experimental (X). En este caso se acepta la hipótesis nula.

En ocasiones se espera que 0_1 sea mayor que 0_2. Por ejemplo, si el tratamiento experimental es un método educativo que facilita la autonomía por parte del alumno, y si el investigador formula la hipótesis de que incrementa el aprendizaje, cabe esperar que el nivel de aprendizaje del grupo experimental, expuesto a la autonomía, sea mayor que el nivel de aprendizaje del grupo de control, no expuesto a la autonomía: $0_1 > 0_2$.

En otras ocasiones se espera que 0_1 sea menor que 0_2. Por ejemplo, si el tratamiento experimental es un programa de televisión que supuestamente disminuye el prejuicio, el nivel de éste en el grupo experimental deberá ser menor que el del grupo de control: $0_1 < 0_2$. Pero si 0_1 y 0_2 son iguales, quiere decir que tal programa no reduce el prejuicio. Asimismo, puede suceder que los resultados vayan en contra de la hipótesis. Por ejemplo, en el caso del prejuicio, si 0_2 es menor que 0_1 (el nivel del prejuicio es menor en el grupo que no recibió el tratamiento experimental, esto es, el que no vio el programa televisivo).

Centro de recursos en línea

Las pruebas estadísticas que suelen utilizarse en este diseño y en otros que a continuación se revisarán, se incluyen en el capítulo 10, "Análisis de los datos cuantitativos", y en el capítulo 8 adicional del centro de recursos en línea del libro, "Análisis estadístico: segunda parte".

El diseño con posprueba únicamente y grupo de control puede extenderse para incluir más de dos grupos (tener varios niveles o modalidades de manipulación de la variable independiente). Los efectos de los tratamientos experimentales se investigan comparando las pospruebas de los grupos.

[10] Los estudiantes preguntan frecuentemente qué es una diferencia significativa. Si el promedio en la posprueba de un grupo en alguna variable es de 10 (por ejemplo), y en el otro es de 12, ¿esta diferencia es o no significativa? ¿Puede o no decirse que el tratamiento tuvo un efecto sobre la variable dependiente? A este respecto, hay pruebas o métodos estadísticos que indican si una diferencia entre dos o más cifras (promedios, porcentajes, puntuaciones totales, etc.) es o no significativa. Estas pruebas toman en cuenta aspectos como el tamaño de los grupos cuyos valores se comparan, las diferencias entre quienes integran los grupos y otros factores. Cada comparación entre grupos es distinta y ello lo consideran los métodos, los cuales se explicarán en el capítulo 10, "Análisis de los datos cuantitativos". No resultaría conveniente exponerlos aquí, porque habría que clarificar algunos aspectos estadísticos en los cuales se basan tales métodos, lo que provocaría confusión, sobre todo entre quienes se inician en el estudio de la investigación.

Su formato general sería:[11]

RG_1	X_1	0_1
RG_2	X_2	0_2
RG_3	X_3	0_3
•	•	•
•	•	•
•	•	•
RG_k	X_k	0_k
RG_{k+1}	—	0_{k+1}

En el diseño con posprueba únicamente y grupo de control, así como en sus posibles variaciones y extensiones, se logra controlar todas las fuentes de invalidación interna. La administración de pruebas no se presenta porque no hay preprueba. La inestabilidad no afecta porque los componentes del experimento son los mismos para todos los grupos (excepto la manipulación o los tratamientos experimentales), ni la instrumentación porque es la misma posprueba para todos, ni la maduración porque la asignación es al azar (si hay, por ejemplo, cinco sujetos en un grupo que se cansan fácilmente, habrá otros tantos en los otros grupos), ni la regresión estadística, porque si un grupo está regresando a su estado normal los otros también. La selección tampoco es problema, ya que si hay sujetos atípicos en un grupo, en los demás habrá igualmente sujetos atípicos. Todo se compensa. Las diferencias se pueden atribuir a la manipulación de la variable independiente y no a que los sujetos sean atípicos, pues la asignación aleatoria hace equivalentes a los grupos en este factor.

De este modo, si en los dos grupos sólo hubiera personas demasiado inteligentes y la variable independiente fuera el método de enseñanza, las diferencias en el aprendizaje se atribuirían al método y no a la inteligencia. La mortalidad no afecta, puesto que al ser los grupos equiparables, el número de personas que abandonen cada grupo tenderá a ser el mismo, salvo que las condiciones experimentales tengan algo en especial que haga que los sujetos abandonen el experimento; por ejemplo, que las condiciones sean amenazantes para los participantes, en cuyo caso la situación se detecta, analiza a fondo y corrige. De todas maneras el o la experimentadora tiene control sobre la situación, debido a que sabe que todo es igual para los grupos, con excepción del tratamiento experimental.

Otras interacciones tampoco pueden afectar los resultados, pues si la selección se controla, sus interacciones operarán de modo similar en todos los grupos. Además, la historia se controla si se vigila cuidadosamente que ningún acontecimiento afecte a un solo grupo. Y si ocurre el acontecimiento en todos los grupos, aunque afecte, lo hará de manera pareja.

En resumen, lo que influya en un grupo también influirá de manera equivalente en los demás. Este razonamiento se aplica a todos los diseños experimentales "puros".

Ejemplo

Diseño con posprueba únicamente, varios grupos y uno de control

Un investigador lleva a cabo un experimento para analizar cómo influye el estilo de liderazgo del supervisor en la productividad de los trabajadores.

Pregunta de investigación: ¿influye el estilo de liderazgo que ejerzan los supervisores de producción en una maquiladora sobre la productividad de los trabajadores de línea?

Hipótesis de investigación: "distintos estilos de liderazgo que ejerzan los supervisores tendrán diferentes efectos sobre la productividad".

[11] El factor "*k*" fue extraído de Wiersma y Jurs (2008) e indica "un número tal de grupos". Otros autores utilizan "*n*". En los ejemplos, tal factor implica el número del último grupo con tratamiento experimental más uno. Desde luego, el grupo de control se incluye al final y el número que le corresponde a su posprueba será el último.

En una planta maquiladora, se asigna al azar a 90 trabajadores de línea a tres condiciones experimentales: 1) 30 realizan una tarea bajo el mando de un supervisor con estilo autocrático, 2) 30 ejecutan la tarea bajo el mando de un supervisor con estilo democrático y 3) 30 efectúan la tarea bajo el mando de un supervisor con estilo liberal (que no supervisa directamente, no ejerce presión y es permisivo). Por último, 30 más son asignados en forma aleatoria al grupo de control donde no hay supervisor. En total, son 120 trabajadores.

Se forman grupos de 10 trabajadores para el desempeño de la tarea (armar un sistema de arneses o cables para vehículos automotores). Por tanto, habrá 12 grupos de trabajo repartidos en tres tratamientos experimentales y un grupo de control. La tarea es la misma para todos y los instrumentos de trabajo también, al igual que el ambiente físico (iluminación, temperatura, etc.). Las instrucciones son uniformes.

Se ha preparado a tres supervisores (desconocidos para todos los participantes) para que ejerzan los tres estilos (democrático, autocrático y liberal). Los supervisores se distribuyen al azar entre los horarios.

Supervisor	Estilos		
	Autocrático	Democrático	Liberal
Supervisor 1 trabaja con...	10 sujetos 10:00-14:00 h Lunes	10 sujetos 15:00-19:00 h Lunes	10 sujetos 10:00-14:00 h Martes
Supervisor 2 trabaja con...	10 sujetos 15:00-19:00 h Lunes	10 sujetos 10:00-14:00 h Martes	10 sujetos 10:00-14:00 h Lunes
Supervisor 3 trabaja con...	10 sujetos 10:00-14:00 h Martes	10 sujetos 10:00-14:00 h Lunes	10 sujetos 15:00-19:00 h Lunes
Sin supervisor	10 sujetos 10:00-14:00 h Lunes	10 sujetos 15:00-19:00 h Lunes	10 sujetos 10:00-14:00 h Martes

Si se observa, los tres supervisores interactúan en todas las condiciones (siguen los tres estilos), con el propósito de evitar que la apariencia física o la personalidad del supervisor afecte solamente a una de ellas. Es decir, si un supervisor es más "carismático" que los demás e impacta la productividad, influirá en los tres grupos por igual.

El horario está controlado, puesto que los tres estilos se aplican en todas las horas en que se lleva a cabo el experimento. Es decir, las tres condiciones siempre se realizan en forma simultánea. Este ejemplo se esquematizaría de la siguiente manera:

RG_1 X_1 (supervisión con estilo autocrático) 0_1
RG_2 X_2 (supervisión con estilo democrático) 0_2
RG_3 X_3 (supervisión con estilo liberal) 0_3
RG_4 — (sin supervisión) 0_4

} Comparaciones en productividad

Ejemplo

En el ejemplo del selenio que se comentó previamente en esta obra, además de ponderar la literatura podría realizarse un experimento o prueba clínica aplicando este diseño a, digamos, tres grupos de mujeres con tumores cancerígenos: a uno que se le administrara durante un año cierto complemento alimenticio de selenio en cápsulas (por ejemplo, 200 µg diarios), a otro solamente 100 µg y a un tercero no se le suministrara *Se* (de control). La posprueba consistiría en evaluar si el tratamiento reduce el crecimiento de los tumores cancerígenos en aquellas pacientes que se encuentran en la etapa inicial de la enfermedad.

Desde luego, se controlarían posibles fuentes de invalidación o contaminación como la dieta (que la alimentación sea la misma para todas los participantes, porque hay alimentos que contienen selenio, como el pescado y el huevo), y la asignación al azar igualaría a los grupos en edad, región geográfica donde viven (vinculada a la dieta), nivel socioeconómico y otras variables que pudieran afectar.

Una cuestión que debe valorarse en esta clase de intervenciones es que diversos estudios han demostrado que administrar selenio puede ser muy delicado, ya que altos niveles de este cofactor esencial en los sistemas antioxidantes endógenos más importantes del cuerpo humano pueden tener efectos en la salud como el riesgo potencial de desarrollar diabetes tipo 2 (Muecke *et al.,* 2010), además de otros efectos secundarios. Asimismo, un protocolo de tal naturaleza tiene que ser sometido a distintas instancias de ética médica y comunidades científicas. El investigador debe asegurarse de que el selenio no vaya a tener efectos perjudiciales en las participantes (no sólo con la vigilancia del crecimiento de los tumores, sino realizando también otras pruebas clínicas para evaluar permanentemente el estado de salud y suspender el experimento a la mínima sospecha de otros efectos). Y también existe el serio dilema de las enfermas del grupo de control, pues se les niega la posibilidad de mejorar al no suministrarles el selenio, por esto, tal vez la opción sería no tener grupo testigo o que éste se encuentre constituido por mujeres que ya hayan fallecido y se posea información sobre la evolución de sus tumores durante la enfermedad, además de que posean un perfil similar a las participantes del experimento (emparejarlas). En este caso, se mezclarían asignación al azar y emparejamiento en la constitución de los grupos. Roberto Hernández-Sampieri recomienda a los estudiantes discutir las cuestiones éticas de la experimentación con su profesor o profesora de métodos de investigación.[12]

2. Diseño con preprueba-posprueba y grupo de control

Este diseño incorpora la administración de prepruebas a los grupos que componen el experimento. Los participantes se asignan al azar a los grupos y después se les aplica simultáneamente la preprueba; un grupo recibe el tratamiento experimental y otro no (es el grupo de control); por último, se les administra, también simultáneamente, una posprueba (Petrosko, 2004). El diseño se diagrama como sigue:

$$\begin{array}{cccc} RG_1 & 0_1 & X & 0_2 \\ RG_2 & 0_3 & — & 0_4 \end{array}$$

La adición de la prueba previa ofrece dos ventajas: primera, sus puntuaciones sirven para fines de control en el experimento, pues al compararse las prepruebas de los grupos se evalúa qué tan adecuada fue la asignación aleatoria, lo cual es conveniente con grupos pequeños. En grupos grandes, la técnica de distribución aleatoria funciona, pero cuando tenemos grupos de 15 personas no está de más evaluar qué tanto funcionó la asignación al azar. La segunda ventaja reside en que es posible analizar el puntaje-ganancia de cada grupo (la diferencia entre las puntuaciones de la preprueba y la posprueba).

El diseño elimina el impacto de todas las fuentes de invalidación interna por las mismas razones que se argumentaron en el diseño anterior (diseño con posprueba únicamente y grupo de control). Y la administración de pruebas queda controlada, ya que si la preprueba afecta las puntuaciones de la posprueba lo hará de manera similar en ambos grupos. Lo que influye en un grupo deberá afectar de la misma manera en el otro, para mantener la equivalencia entre ambos.

En algunos casos, para no repetir exactamente la misma prueba, se desarrollan dos versiones equivalentes (que produzcan los mismos resultados).[13] La historia se controla viendo que ningún acontecimiento afecte a sólo un grupo.

[12] Aunque este diseño más bien podría ser una serie cronológica experimental (que se comentará más adelante), porque habría múltiples aplicaciones del estímulo y pospruebas (mamografías comparativas o modelamiento de una función continua del tamaño del tumor que considera volumen, diámetro y tiempo, así como edad y datos de la población donde se efectúa el estudio —tasa de crecimiento—) (Weedon-Fekjær *et al.*, 2008 y Muecke *et al.*, 2010).

[13] Hay procedimientos para obtener pruebas "paralelas" o "gemelas", los cuales se comentan en el capítulo 9. Si no se asegura la equivalencia de las pruebas, no se pueden comparar las puntuaciones producidas por ambas. Es decir, se pueden presentar las fuentes de invalidación interna: "inestabilidad", "instrumentación" y "regresión estadística".

Es posible extender este diseño para incluir más de dos grupos, lo cual se diagramaría de una manera general del siguiente modo:

$$
\begin{array}{cccc}
RG_1 & 0_1 & X_1 & 0_2 \\
RG_2 & 0_3 & X_2 & 0_4 \\
RG_3 & 0_5 & X_3 & 0_6 \\
\bullet & \bullet & \bullet & \bullet \\
\bullet & \bullet & \bullet & \bullet \\
\bullet & \bullet & \bullet & \bullet \\
RG_k & 0_{2k-1} & Xk & 0_{2k} \\
RG_{k+1} & 0_{2k+1} & — & 0_{2(k+1)}
\end{array}
$$

Se tienen diversos tratamientos experimentales y un grupo de control. Si éste es excluido, el diseño se llamaría "diseño de preprueba-posprueba con grupos distribuidos aleatoriamente" (Simon, 1985).

Ejemplo

Diseño de preprueba-posprueba con grupo de control

Un investigador desea analizar el efecto de utilizar un DVD didáctico con canciones para enseñar hábitos higiénicos a los niños de cuatro a cinco años de edad.

Pregunta de investigación: ¿los DVD didácticos musicalizados son más eficaces para enseñar hábitos higiénicos a los niños de cuatro a cinco años de edad que otros métodos tradicionales de enseñanza?

Hipótesis de investigación: "los DVD didácticos constituyen un método más eficaz de enseñanza de hábitos higiénicos a niños de cuatro a cinco años, que la explicación verbal y los libros impresos".

Cien niños de cuatro a cinco años de edad se asignan al azar a cuatro grupos:

1. Un grupo recibirá instrucción sobre hábitos higiénicos por medio de un DVD con caricaturas y canciones, con duración de 30 minutos.
2. Otro grupo recibirá explicaciones de hábitos higiénicos de una maestra instruida para ello, la ilustración durará 30 minutos y no se permiten preguntas.
3. El tercer grupo leerá un libro infantil ilustrado con explicaciones sobre hábitos higiénicos (la publicación está diseñada para que un niño promedio de cuatro a cinco años la lea en 30 minutos).
4. El grupo de control verá un DVD sobre otro tema durante 30 minutos.

Los grupos permanecerán simultáneamente en cuatro salones de clases. Todas las explicaciones (DVD, instrucción oral y libro) contendrán la misma información y las instrucciones son estándares.

Antes del inicio del tratamiento experimental, a todos los grupos se les aplicará una prueba sobre conocimiento de hábitos higiénicos especialmente diseñada para niños, del mismo modo se aplicará una vez que hayan recibido la explicación por el medio que les correspondió. El ejemplo se esquematizaría de la forma en que lo muestra la tabla 7.2.

Tabla 7.2 Diagrama del ejemplo de diseño de preprueba-posprueba con grupo de control

RG_1	0_1	Video didáctico (X_1)	0_2
RG_2	0_3	Explicación verbal (X_2)	0_4
RG_3	0_5	Lectura de libro ilustrado (X_3)	0_6
RG_4	0_7	No estímulo	0_8
	↑ Prueba de conocimientos higiénicos		↑ Prueba de conocimientos higiénicos

Las posibles comparaciones en este diseño son: *a*) las prepruebas entre sí (0_1, 0_3, 0_5 y 0_7), *b*) las pospruebas entre sí para analizar cuál fue el método de enseñanza más efectivo (0_2, 0_4, 0_6 y 0_8), *c*) el puntaje-ganancia de cada grupo (0_1 frente a 0_2, 0_3 vs. 0_4, 0_5 frente a 0_6 y 0_7 vs. a 0_8), y *d*) los puntajes ganancia de los grupos entre sí. Al igual que en todos los diseños experimentales, es posible tener más de una variable dependiente (por ejemplo, interés por los hábitos higiénicos, disfrute del método de enseñanza, etc.). En este caso, las prepruebas y pospruebas medirán diversas variables dependientes.

Veamos algunos posibles resultados de este ejemplo y sus interpretaciones:

1. Resultado: $0_1 \neq 0_2$, $0_3 \neq 0_4$, $0_5 \neq 0_6$, $0_7 \neq 0_8$; pero $0_2 \neq 0_4$, $0_2 \neq 0_6$, $0_4 \neq 0_6$.
   Interpretación: hay efectos de todos los tratamientos experimentales, incluso en el grupo testigo, pero son diferentes.
2. Resultado: $0_1 = 0_3 = 0_5 = 0_2 = 0_6 = 0_7 = 0_8$; pero $0_3 \neq 0_4$.
   Interpretación: no hay efectos de X_1 ni X_3, pero sí hay efectos de X_2.
3. Resultado: $0_1 = 0_3 = 0_5 = 0_7$ y $0_2 = 0_4 = 0_6 = 0_8$; pero 0_1, 0_3, 0_5 y $0_7 < 0_2$, 0_4, 0_6 y 0_8.
   Interpretación: no hay efectos de los tratamientos experimentales, sino un posible efecto de sensibilización de la preprueba o de maduración en todos los grupos (éste es parejo y se encuentra bajo control).

3. Diseño de cuatro grupos de Solomon

Solomon (1949) propuso un diseño que era la mezcla de los dos anteriores, con dos grupos experimentales y dos de control. Sólo a uno de los grupos experimentales y a uno de los grupos de control se les administra la preprueba; a los cuatro grupos se les aplica la posprueba. Los participantes se asignan en forma aleatoria.

El diseño se diagrama así:

RG_1	0_1	X	0_2
RG_2	0_3	—	0_4
RG_3	—	X	0_5
RG_4	—	—	0_6

La ventaja de este diseño es que el experimentador tiene la posibilidad de verificar los posibles efectos de la preprueba sobre la posprueba, puesto que a unos grupos se les administra un test previo y a otros no. El diseño de Solomon se amplía en el capítulo 5 adicional del centro de recursos en línea, Diseños: segunda parte.

Centro de recursos en línea

4. Diseños experimentales de series cronológicas múltiples

Los tres diseños experimentales que se han comentado sirven más bien para analizar efectos inmediatos o a corto plazo. En ocasiones, el experimentador está interesado en analizar efectos en el mediano o largo plazo, porque tiene bases para suponer que la influencia de la variable independiente sobre la dependiente tarda en manifestarse. Por ejemplo, programas de difusión de innovaciones, métodos educativos, modelos de entrenamiento, procesos de mejora de la calidad o estrategias de las psicoterapias.

Centro de recursos en línea

Asimismo, en otras situaciones se busca evaluar la evolución del efecto en el corto, mediano y largo plazos (no solamente el resultado). También, en ocasiones la aplicación única del estímulo no tiene efectos (una dosis de un medicamento o sustancia —como en el caso del selenio—, un único programa televisivo, unos cuantos anuncios en la radio, etc.). En tales casos es conveniente adoptar diseños con varias pospruebas o bien con diversas prepruebas y pospruebas, con repetición del estímulo, con varios tratamientos aplicados a un mismo grupo y otras condiciones. A estos diseños se les conoce como **series cronológicas experimentales** y son explicados en el capítulo 5 adicional del centro de recursos en línea: "Diseños: segunda parte". En realidad el término "serie cronológica" se aplica a cualquier diseño en el que se efectúe al paso del tiempo varias observaciones o mediciones sobre una o más variables, sea o no experimental, sólo que en este caso se les llama experimentales porque reúnen los requisitos para serlo. En estos diseños se pueden tener dos o más grupos y los participantes se asignan al azar.

Serie cronológica Diseño en el que se efectúan al paso del tiempo varias observaciones o mediciones sobre una o más variables, sea o no experimental.

5. Diseños factoriales

En ocasiones, el investigador pretende analizar experimentalmente el efecto que sobre las variables dependientes tiene la manipulación de más de una variable independiente. Por ejemplo, analizar el efecto que poseen sobre la productividad de los trabajadores: 1) la fuente de realimentación sobre el desempeño en el trabajo (de parte del supervisor en persona, por escrito y por medio de los compañeros) y 2) el tipo de realimentación (positiva, negativa, y positiva y negativa). En este caso se manipulan dos variables independientes.

Veamos en otro ejemplo: determinar el efecto de tres medicamentos distintos (primera variable independiente, clase de medicamento) y la dosis diaria (segunda variable independiente, con dos niveles, supongamos 40 mg y 20 mg) sobre la cura de una enfermedad (variable dependiente). También aquí tenemos dos independientes. Pero podríamos tener tres o más: conocer cómo afectan en el nivel de aceleración de un vehículo (dependiente), el peso del chasís (dos diferentes pesos), el material con que está fabricado (supongamos tres tipos de materiales), el tamaño del rin de las ruedas (14, 15 y 16 pulgadas) y el diseño de la carrocería (por ejemplo, dos diseños distintos). Cuatro variables independientes. Estos diseños se conocen como factoriales.

Los **diseños factoriales** manipulan dos o más variables independientes e incluyen dos o más niveles o modalidades de presencia en cada una de las variables independientes. Se utilizan muy a menudo en la investigación experimental. La preparación básica de un diseño factorial consiste en que todos los niveles o modalidades de cada variable independiente son tomados en combinación con todos los niveles o modalidades de las otras variables independientes (Babbie, 2014 y Wiersma y Jurs, 2008). Tales diseños se exponen y evalúan en el capítulo 5 adicional del centro de recursos en línea, "Diseños: segunda parte".

Centro de recursos en línea

Ejemplo

Un ejemplo real es el estudio de Pérez, Arango y Agudelo (2009) para determinar el efecto que tienen los factores experiencia del operario, tipo de dobladora, clase de material utilizado y grosor sobre la longitud y el ángulo de doblado de las piezas de metal producidas (estas dos últimas, las variables dependientes). Su diseño fue experimental factorial, ya que se consideraron estas cuatro variables independientes con dos grados o modalidades cada una: experiencia del operario (menos de cinco años/más de cinco años), tipo de dobladora (hidráulica electrónica/que conduce por aire), clase de material utilizado (acero laminado en frío/acero galvanizado) y su grosor (0.8 mm/1 mm). Se realizaron dos réplicas para cada combinación m = 1, 2 n = 2. Los autores consideraron conveniente el uso de un diseño 4 × 2, debido a que proporciona el menor número de corridas experimentales en las que las cuatro variables "pueden estudiarse en un diseño factorial completo. Además este tipo de diseño reduce los costos de la experimentación" (Pérez, Arango y Agudelo, 2009, p. 149).

¿Qué es la validez externa?

Un experimento debe buscar, ante todo, *validez interna*, es decir, confianza en los resultados. Si no se logra, no hay experimento "puro". Lo primero es eliminar las fuentes que atentan contra dicha validez. Pero la validez interna es sólo una parte de la validez de un experimento; además, es muy deseable que el experimento tenga validez externa. La **validez externa** se refiere a qué tan generalizables son los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otros participantes o poblaciones. Responde a la pregunta: ¿lo que encontré en el experimento a qué tipos de personas, grupos, fenómenos, contextos y situaciones se aplica?

Validez externa Posibilidad de generalizar los resultados de un experimento a situaciones no experimentales, así como a otras personas, casos y poblaciones.

Por ejemplo, si hacemos un experimento con métodos de aprendizaje y los resultados se pueden generalizar a la enseñanza cotidiana en las escuelas de educación elemental (primaria) del país, el experimento tendrá validez externa; del mismo modo, si se generalizan a la enseñanza cotidiana de nivel infantil, elemental y secundaria (media), tendrá aún mayor validez externa.

Así, los resultados de experimentos sobre liderazgo y motivación que se extrapolen a situaciones diarias de trabajo en las empresas, la actividad de las organizaciones gubernamentales y no guberna-

mentales, incluso al funcionamiento de los grupos de niños y jóvenes exploradores (*boy scouts*), son experimentos con validez externa.

Fuentes de invalidación externa

Hay diversos factores que llegan a amenazar la validez externa; los más comunes se mencionan en la tabla 7.3 (una explicación más detallada, así como ejemplos y otras fuentes potenciales, las podrá encontrar el lector en el capítulo 5 adicional, "Diseños: segunda parte", que se puede descargar en el centro de recursos en línea).

Tabla 7.3 Principales fuentes de invalidación externa[14]

Fuente o amenaza a la validez externa	Descripción de la amenaza
Efecto reactivo o de interacción de las pruebas	Cuando la preprueba aumenta o disminuye la sensibilidad o reacción de los participantes a la variable experimental y los resultados obtenidos para una población con preprueba no pueden generalizarse a quienes forman parte de esa población pero sin preprueba.
Efecto de interacción entre los errores de selección y el tratamiento experimental	Elegir personas con una o varias características que hagan que el tratamiento experimental produzca un efecto, que no se daría si las personas no tuvieran esas características. A veces este factor se presenta cuando se reclutan voluntarios para la realización de los experimentos.
Efectos reactivos de los tratamientos (Hawthorne)	"Artificialidad" de las condiciones que puede hacer que el contexto experimental resulte atípico respecto a la manera en que se aplica regularmente el tratamiento.
Interferencia de tratamientos múltiples	Que algunos tratamientos nulifiquen el efecto de otros.
Imposibilidad de replicar los tratamientos	Cuando los tratamientos son tan complejos que no pueden replicarse en situaciones no experimentales.
Efectos de novedad e interrupción	Un nuevo tratamiento puede tener resultados positivos simplemente por ser percibido como novedoso, o bien, lo contrario: tener un efecto negativo porque interrumpe las actividades normales de los participantes.
El experimentador	Que genere alteraciones o cambios que no se presentan en situaciones no experimentales. Es decir que el tratamiento solamente tenga efecto con la intervención del experimentador.
Interacción entre la historia o el lugar y los efectos del tratamiento experimental	Imposibilidad de duplicar un experimento conducido en un contexto en particular (tiempo y lugar) o que los resultados del experimento no pueden generalizarse a otros lugares o ambientes.

Para lograr una mayor validez externa es conveniente tener casos o grupos lo más parecidos posible a la mayoría de las personas o poblaciones a las cuales se desea generalizar, y repetir el experimento varias veces con diferentes grupos o en distintos ambientes (hasta donde el presupuesto y el tiempo lo permitan). También, desde luego, tratar de que el contexto experimental sea lo más similar al contexto específico que se pretende generalizar. Por ejemplo, si se trata de métodos de enseñanza resultaría muy conveniente que se usen aulas similares a las que normalmente utilizan los participantes y que las instrucciones las proporcionen los maestros de siempre. Claro que a veces no es factible; sin embargo, el experimentador debe esforzarse para que quienes participan no sientan, o que sea lo menos posible, que están experimentando con ellos.

[14] Basada en Hernández-Sampieri *et al.* (2013), Mertens (2010) y Campbell (1975).

¿Cuáles pueden ser los contextos generales de los experimentos?

En la literatura sobre la investigación se distinguen dos contextos generales en los que llega a tomar lugar un diseño experimental: laboratorio y campo. Así, se habla de **experimentos de laboratorio** y **experimentos de campo**.

Experimentos de laboratorio Experimento en que el efecto de todas o casi todas las variables independientes influyentes no concernientes al problema de investigación se mantiene reducido lo más posible.

Experimentos de campo Experimento en una situación más real o natural en la que el investigador manipula una o más variables.

Los **experimentos de laboratorio** se realizan en condiciones controladas, en las cuales el efecto de las fuentes de invalidación interna es eliminado, así como el de otras posibles variables independientes que no son manipuladas o no interesan (Hernández-Sampieri *et al.,* 2013 y Crano, 2003). Los **experimentos de campo** son estudios efectuados en una situación "realista" en la que el investigador manipula una o más variables independientes en condiciones tan cuidadosamente controladas como lo permite la situación (Gerber y Green, 2012; Smith, 2004 y Kerlinger y Lee, 2002).

La diferencia esencial entre ambos contextos generales es el "realismo" con que los experimentos se llevan a cabo, es decir, el grado en que el ambiente es natural para los sujetos.

Por ejemplo, si creamos salas para ver televisión y las acondicionamos de tal modo que se controle el ruido exterior, la temperatura y otros distractores; incluimos equipo de filmación oculto y llevamos a los niños para que vean programas de televisión grabados. De esta manera estamos realizando un experimento de laboratorio (situación construida "artificialmente"). En cambio, si el experimento se lleva a cabo en el ambiente cotidiano de los sujetos (como en sus casas), se trata de un experimento de campo.

Los experimentos de laboratorio generalmente logran un control más riguroso que los experimentos de campo (Festinger, 1993), pero estos últimos suelen tener mayor validez externa. Ambos tipos de experimento son deseables.

En ciencias sociales, algunos autores han acusado a los experimentos de laboratorio de "artificialidad", de mantener distancia respecto al grupo estudiado, de imposibilitar un entendimiento completo del fenómeno que se analiza, de ser reduccionistas y de que descontextualizan la conducta humana para simplificar su interpretación (Mertens, 2010). Sin embargo, como argumenta Festinger (1993, p. 139):

> Esta crítica requiere ser evaluada, pues probablemente sea consecuencia de una equivocada interpretación de los fines del experimento de laboratorio. Un experimento de laboratorio no necesita, y no debe, constituir un intento de duplicar una situación de la vida real. Si se quisiera estudiar algo en una situación de este tipo, sería bastante tonto tomarse el trabajo de organizar un experimento de laboratorio para reproducir dicha situación. ¿Por qué no estudiarla directamente? El experimento de laboratorio debe tratar de crear una situación en la cual se vea claramente cómo operan las variables en situaciones especialmente identificadas y definidas. El hecho de que pueda encontrarse o no tal situación en la vida real no tiene importancia. Evidentemente, nunca puede encontrarse en la vida real la situación de la mayor parte de los experimentos de laboratorio. No obstante, en el laboratorio podemos determinar con exactitud en qué medida una variable específica afecta la conducta o actitudes en condiciones especiales o puras.

¿Qué alcance tienen los experimentos y cuál es el enfoque del que se derivan?

Debido a que analizan las relaciones entre una o más variables independientes y una o más dependientes, así como los efectos causales de las primeras sobre las segundas, son estudios explicativos (que obviamente determinan correlaciones). Se trata de diseños que se fundamentan en el enfoque cuantitativo y en el paradigma deductivo. Se basan en hipótesis preestablecidas, miden variables y su aplicación debe sujetarse al diseño concebido con antelación; al desarrollarse, el investigador está centrado en la validez, el rigor y el control de la situación de investigación. Asimismo, el análisis estadístico

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

resulta fundamental para lograr los objetivos de conocimiento. Como señalan Feuer, Towne y Shavelson (2002), su fin es estimar efectos causales.

Simbología de los diseños con emparejamiento en lugar de asignación al azar

Como ya se comentó, otra técnica para hacer inicialmente equivalentes a los grupos es el emparejamiento. Desde luego, este método es menos preciso que la asignación al azar. Los diseños se representan con una "*E*" de emparejamiento, en lugar de la "*R*" (asignación aleatoria o al azar). Por ejemplo,

$$\begin{array}{llll} E & G_1 & X_1 & 0_1 \\ E & G_2 & X_2 & 0_2 \\ E & G_3 & — & 0_3 \end{array}$$

¿Qué otros experimentos hay?: cuasiexperimentos

Los **diseños cuasiexperimentales** también manipulan deliberadamente, al menos, una variable independiente para observar su efecto sobre una o más variables dependientes, sólo que difieren de los experimentos "puros" en el grado de seguridad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos. En los diseños cuasiexperimentales, los sujetos no se asignan al azar a los grupos ni se emparejan, sino que dichos grupos ya están conformados antes del experimento: son grupos intactos (la razón por la que surgen y la manera como se integraron es independiente o aparte del experimento). Por ejemplo, si fueran tres grupos escolares formados con anterioridad a la realización del experimento, y cada uno de ellos constituye un grupo experimental. Veámoslo gráficamente:

Grupo *A* (30 estudiantes)	Grupo experimental con X_1
Grupo *B* (26 estudiantes)	Grupo experimental con X_2
Grupo *C* (34 estudiantes)	Grupo de control

Otros ejemplos serían utilizar grupos terapéuticos ya integrados, equipos deportivos constituidos, trabajadores de turnos establecidos o grupos de habitantes de distintas regiones geográficas (que ya estén agrupados por zona).

Los diseños cuasiexperimentales específicos se revisan en el capítulo 5 adicional del centro de recursos en línea: "Diseños: segunda parte".

Centro de recursos en línea

Pasos de un experimento

A continuación mencionamos los principales pasos que se dan en el desarrollo de un experimento:

Paso 1: Decidir cuántas variables independientes y dependientes deberán incluirse. No necesariamente el mejor experimento es el que incluye el mayor número de variables; deben incluirse las variables que sean necesarias para probar las hipótesis, alcanzar los objetivos y responder las preguntas de investigación.

Paso 2: Elegir los niveles o modalidades de manipulación de las variables independientes y traducirlos en tratamientos experimentales.

Paso 3: Desarrollar el instrumento o instrumentos para medir las variables dependientes.

Paso 4: Seleccionar una muestra de casos o personas del tipo o perfil que nos interesa.

Paso 5: En el caso de que sean individuos, reclutarlos. Esto implica ponerse en contacto con ellos, darles las explicaciones necesarias, obtener su consentimiento e indicarles lugar, día, hora y persona con quien deben presentarse. Es conveniente proporcionarles facilidades para que acudan al experimento (si se les puede brindar transporte, entregarles un mapa con los señalamientos precisos, etc.). También hay que darles cartas (a ellos o alguna institución a la que pertenezcan para facilitar el apoyo; por ejemplo, en escuelas

a los directivos, maestros y padres de familia) y recordarles su participación el día anterior a la realización del experimento.

Las personas deben sentirse motivadas para participar. Por tanto, resulta muy conveniente darles algún regalo atractivo (a veces, simbólico). Por ejemplo, a amas de casa, una canasta de productos básicos; a ejecutivos, una canasta con dos o tres artículos; a estudiantes, créditos escolares, etc., además de expedirles una carta de agradecimiento.

Paso 6: Seleccionar el diseño experimental o cuasiexperimental apropiado para nuestras hipótesis, objetivos y preguntas de investigación.

Paso 7: Planear cómo vamos a manejar los casos o a los participantes. Con personas, elaborar una ruta crítica sobre qué van a hacer desde que llegan al lugar del experimento hasta que se retiran.

Paso 8: En el caso de experimentos "puros", dividirlos al azar o emparejarlos; y en el caso de cuasiexperimentos, analizar cuidadosamente las propiedades de los grupos intactos.

Paso 9: Aplicar las prepruebas (cuando las haya), los tratamientos y las pospruebas.

Asimismo, resulta conveniente tomar nota del desarrollo del experimento, llevar una bitácora minuciosa de todo lo ocurrido.

En los últimos años algunos autores señalan que, por razones éticas, el estímulo o tratamiento experimental debe ser discutido con los sujetos antes de aplicarlo (Mertens, 2010), sobre todo si exige esfuerzo físico o puede tener un fuerte impacto emocional. Esto es adecuado, siempre y cuando no se convierta en una fuente de invalidación interna o de anulación del experimento. Asimismo, se recomienda que si por medio del tratamiento se beneficia a un grupo (por ejemplo, con un método educativo o un curso), una vez concluido el experimento se administre a los demás grupos, para que también gocen de sus beneficios.

Centro de recursos en línea

En el capítulo 5 adicional del centro de recursos en línea, "Diseños: segunda parte" también se explica cómo controlar la influencia de variables intervinientes y otros temas importantes.

Diseños no experimentales

¿Qué es la investigación no experimental cuantitativa?

Podría definirse como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de estudios en los que **no** hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Lo que hacemos en la **investigación no experimental** es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009b).

Investigación no experimental Estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.

En un experimento, el investigador prepara deliberadamente una situación a la que son expuestos varios casos o individuos. Esta situación consiste en recibir un tratamiento, una condición o un estímulo en determinadas circunstancias, para después evaluar los efectos de la exposición o aplicación de dicho tratamiento o tal condición. Por decirlo de alguna manera, en un experimento se "construye" una realidad.

En cambio, en un estudio no experimental no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza. En la investigación no experimental las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas, no se tiene control directo sobre dichas variables ni se puede influir en ellas, porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

La investigación no experimental es un parteaguas de varios estudios cuantitativos, como las encuestas de opinión, los estudios *ex post-facto* retrospectivos y prospectivos, etc. Para ilustrar la diferencia entre un estudio experimental y uno no experimental consideremos el siguiente ejemplo. Claro está que no sería ético un experimento que obligara a las personas a consumir una bebida que afecta gravemente la salud. El ejemplo es sólo para ilustrar lo expuesto y quizá parezca un tanto burdo, pero es ilustrativo.

Ejemplo

Para esclarecer la diferencia entre la investigación experimental y la investigación no experimental

Vamos a suponer que un investigador desea analizar el efecto que produce el consumo de alcohol sobre los reflejos humanos. Su hipótesis es: "a mayor consumo de alcohol, mayor lentitud en los reflejos de las personas". Si decidiera seguir un enfoque experimental, asignaría al azar los sujetos a varios grupos. Supóngase cuatro grupos: un primer grupo donde los participantes ingirieran un elevado consumo de alcohol (siete copas de tequila o brandy), un segundo grupo que tuviera un consumo medio de alcohol (cuatro copas), un tercer grupo que bebiera un consumo bajo de alcohol (una sola copa) y un cuarto grupo de control que no ingiriera nada de alcohol. Controlaría el lapso en el que todos los sujetos consumen su "ración" de alcohol (copa o copas), así como otros factores (misma bebida, cantidad de alcohol servida en cada copa, etc.). Finalmente, mediría la calidad de la respuesta de los reflejos en cada participante y compararía los grupos, para determinar el efecto del consumo de alcohol sobre los reflejos humanos, así probaría o refutaría su hipótesis.

Desde luego, el enfoque podría ser cuasiexperimental (grupos intactos) o asignar los sujetos a los grupos por emparejamiento (digamos en cuanto al género, que influye en la resistencia al alcohol, pues la mayoría de las mujeres suelen tolerar menos cantidades que los hombres).

Por el contrario, si decidiera seguir un enfoque no experimental, el investigador podría acudir a lugares donde se localicen distintas personas con diferentes consumos de alcohol (por ejemplo, oficinas donde se haga la prueba del nivel de consumo de alcohol, como una estación de policía). Encontraría a personas que han bebido cantidades elevadas, medias y bajas de alcohol, así como a quienes no lo han ingerido. Mediría la calidad de sus reflejos, llevaría a cabo sus comparaciones y establecería el efecto del consumo de alcohol sobre los reflejos humanos, analizando si aporta evidencia en favor o en contra de su hipótesis.

En un estudio experimental se construye el contexto y se manipula de manera intencional la variable independiente (en este caso, el consumo del alcohol) y se observa el efecto de esta manipulación sobre la variable dependiente (aquí, la calidad de los reflejos). Es decir, el investigador influyó directamente en el grado de consumo de alcohol de los participantes. En la investigación no experimental no hay ni manipulación intencional ni asignación al azar. Los sujetos ya habían consumido cierto nivel de alcohol y en este hecho el investigador no tuvo nada que ver: no influyó en la cantidad de consumo de alcohol de los participantes. Era una situación que ya existía, ajena al control directo que hay en un experimento. En la investigación no experimental se eligieron personas con diferentes niveles de consumo, los cuales se generaron por muchas causas, pero no por la manipulación intencional y previa del consumo de alcohol. En resumen, en un estudio no experimental los individuos ya pertenecían a un grupo o nivel determinado de la variable independiente por autoselección.

Esta diferencia esencial genera características distintas en la investigación experimental y la no experimental, que serán comentadas cuando se comparen ambos enfoques. Para ello es necesario profundizar en los tipos de investigación no experimental.

La investigación experimental tiene alcances iniciales y finales correlacionales y explicativos. La investigación **no** experimental es sistemática y empírica en la que las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido. Las inferencias sobre las relaciones entre variables se realizan sin intervención o influencia directa, y dichas relaciones se observan tal como se han dado en su contexto natural.

Un ejemplo no científico (y tal vez demasiado coloquial) para abundar en la diferencia entre un experimento y un **no** experimento serían las siguientes situaciones:

Experimento	Hacer enojar intencionalmente a una persona y ver sus reacciones.
No experimento	Ver las reacciones de esa persona cuando llega enojada.

Mertens (2010) señala que la investigación no experimental es apropiada para variables que no pueden o deben ser manipuladas o resulta complicado hacerlo. Algunos ejemplos se muestran en la tabla 7.4.

Tabla 7.4 Variables no manipulables o difícilmente manipulables en experimentos, y apropiadas más bien para estudios no experimentales

Tipos	Ejemplos
Características inherentes de personas u objetos que son complejas de manipular.	Hábitat de un animal, fuertes incrementos salariales, antigüedad en el trabajo...
Características que no pueden ser manipuladas por razones éticas.	Consumo de alcohol, tabaco o un medicamento (si la persona se encuentra saludable), agresiones físicas, adopción, estado civil de los padres (divorciados,casados, unión libre, etc.), impedimentos físicos...
Características que no es posible manipular.	Personalidad (todos sus rasgos), energía explosiva de un volcán, hechos históricos pasados, masa de un meteorito...

¿Cuáles son los tipos de diseños no experimentales?

Distintos autores han adoptado diversos criterios para catalogar la investigación no experimental. En este libro consideramos la siguiente manera de clasificar dicha investigación: por su dimensión temporal o el número de momentos o puntos en el tiempo en los cuales se recolectan datos.

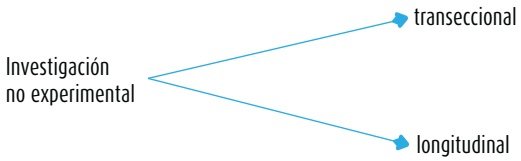
En algunas ocasiones la investigación se centra en:

a) Analizar cuál es el nivel o modalidad de una o diversas variables en un momento dado.
b) Evaluar una situación, comunidad, evento, fenómeno o contexto en un punto del tiempo.
c) Determinar o ubicar cuál es la relación entre un conjunto de variables en un momento.

En estos casos el diseño apropiado (con un enfoque no experimental) es el transversal o transeccional. Ya sea que su alcance inicial o final sea exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo.

Otras veces, la investigación se enfoca en: *a*) estudiar cómo evolucionan una o más variables o las relaciones entre ellas, o *b*) analizar los cambios al paso del tiempo de un evento, comunidad, proceso, fenómeno o contexto. En situaciones como éstas el diseño apropiado (en un enfoque no experimental) es el longitudinal.

Dicho de otro modo, los **diseños no experimentales** se pueden clasificar en transeccionales y longitudinales.



Investigación transeccional o transversal

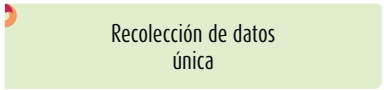
Diseños transeccionales (transversales) Investigaciones que recopilan datos en un momento único.

Los diseños de **investigación transeccional** o **transversal** recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Liu, 2008 y Tucker, 2004). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es como "tomar una fotografía" de algo que sucede. Por ejemplo:

1. Medir las percepciones y actitudes de mujeres jóvenes (18-25 años) que fueron abusadas sexualmente en el último mes en una urbe latinoamericana.
2. Evaluar el estado de los edificios de un barrio o una colonia, después de un terremoto.
3. Analizar el efecto que sobre la estabilidad emocional de un grupo de personas provocó en lo inmediato un acto terrorista (como el atentado del maratón de Boston en abril de 2013).
4. El estudio de Lee y Guerin (2009) para identificar si la satisfacción respecto a la calidad del diseño ambiental del interior de áreas de trabajo u oficinas afecta significativamente la satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes y su desempeño laboral, en un momento específico.

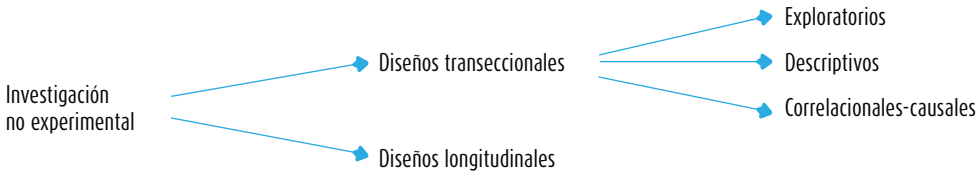
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Estos diseños se esquematizan de la siguiente manera:



Pueden abarcar varios grupos o subgrupos de personas, objetos o indicadores; así como diferentes comunidades, situaciones o eventos. Por ejemplo, analizar el efecto que sobre la estabilidad emocional provocó dicho acto terrorista en niños, adolescentes y adultos. Pero siempre, la recolección de los datos ocurre en un momento único.

A su vez, los **diseños transeccionales** se dividen en tres: exploratorios, descriptivos y correlacionales-causales.



Diseños transeccionales exploratorios

El propósito de los **diseños transeccionales exploratorios** es comenzar a conocer una variable o un conjunto de variables, una comunidad, un contexto, un evento, una situación. Se trata de una exploración inicial en un momento específico. Por lo general, se aplican a problemas de investigación nuevos o poco conocidos; además, constituyen el preámbulo de otros diseños (no experimentales y experimentales).

Por ejemplo, unas investigadoras pretenden obtener un panorama sobre el grado en que las empresas de una ciudad contratan a personas con capacidades distintas (impedimentos físicos, deficiencias motrices, visuales, mentales). Buscan en los archivos municipales y encuentran muy poca información, acuden a las cámaras empresariales de la localidad y tampoco descubren datos que les sean útiles. Entonces inician un sondeo en las organizaciones productivas de su localidad, haciendo una serie de preguntas a los gerentes de personal, recursos humanos o equivalentes: ¿contratan a personas con capacidades diferentes? ¿Cuántas personas al año, al mes? ¿Para qué tipo de empleos?, etc. Al explorar la situación logran formarse una idea del problema que les interesa y sus resultados son exclusivamente válidos para el tiempo y lugar en que efectuaron su estudio. Sólo recolectaron datos una vez. Posteriormente podrían planear una investigación descriptiva más profunda sobre la base proporcionada por esta primera aproximación o comenzar un estudio que indague qué empresas son las que contratan a más individuos con capacidades distintas y por qué motivos.

Diseños transeccionales descriptivos

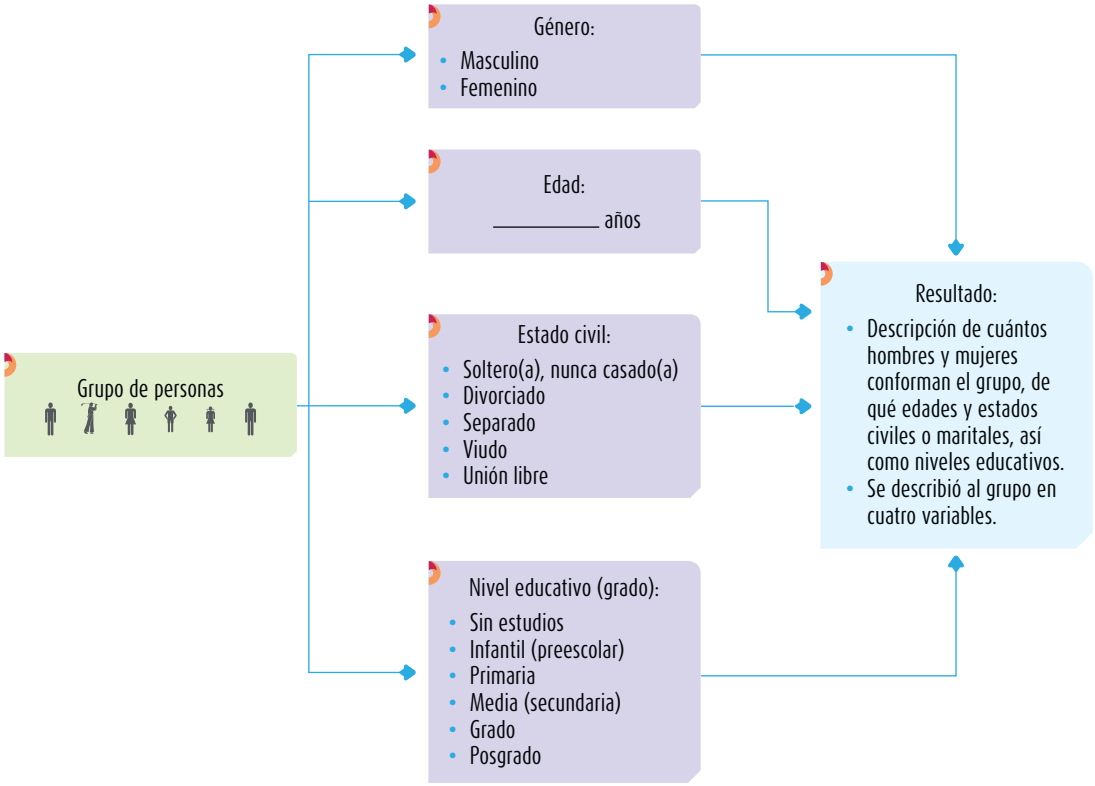
Los **diseños transeccionales descriptivos** tienen como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. El procedimiento consiste en ubicar en una o diversas variables a un grupo de personas u otros seres vivos, objetos, situaciones, contextos, fenómenos, comunidades, etc., y proporcionar su descripción. Son, por tanto, estudios puramente descriptivos y cuando establecen hipótesis, éstas son también descriptivas (de pronóstico de una cifra o valores).

Diseños transeccionales descriptivos Indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos.

Por ejemplo: ubicar a un grupo de personas en las variables género, edad, estado civil o marital y nivel educativo.[15] Esto podría representarse así:

[15] El nivel educativo varía entre diferentes países, en algunos casos la educación media se refiere a secundaria y preparatoria; en otros, a secundaria o únicamente bachillerato.

Figura 7.6 Ejemplo de ubicación de personas.



En ciertas ocasiones, el investigador pretende realizar descripciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas u otros seres vivos, objetos, comunidades o indicadores (esto es, en más de un grupo). Por ejemplo, un investigador que deseara describir el nivel de empleo en tres ciudades (Valencia, Caracas y Trujillo, en Venezuela).

Ejemplos

1. Las famosas encuestas nacionales de opinión sobre las tendencias de los votantes durante periodos electorales. Su objetivo es describir —en una elección específica— el número de votantes que se inclinan por los diferentes candidatos contendientes. Es decir, se centran en la descripción de las preferencias del electorado.
2. Un análisis sobre la tendencia ideológica de los 15 diarios de mayor tirada en América Latina. El foco de atención es únicamente describir, en un momento dado, cuál es la tendencia ideológica (de izquierda o derecha) de dichos periódicos. No se tiene como objetivo ver por qué manifiestan una u otra ideología, sino tan sólo describirlas.
3. Una investigación para evaluar los niveles de satisfacción de los clientes de un hotel respecto al servicio que reciben (no busca evaluar si las mujeres están más satisfechas que los hombres, ni asociar el nivel de satisfacción con la edad o los ingresos de los clientes).

Imagine que su único propósito es describir físicamente a una persona (digamos, a Alexis, un joven de 14 años). Entonces, nos diría cuál es su estatura, talla, de qué color es su cabello y ojos, cómo es su complexión, etc. Así son los estudios descriptivos y queda claro que ni siquiera cabe la noción de manipulación, puesto que cada variable o concepto se trata individualmente: no se vinculan variables. Además, la descripción de Alexis es a la edad de 14 años (un solo momento), la cual variará en diferentes cuestiones conforme crezca (estatura, por ejemplo).

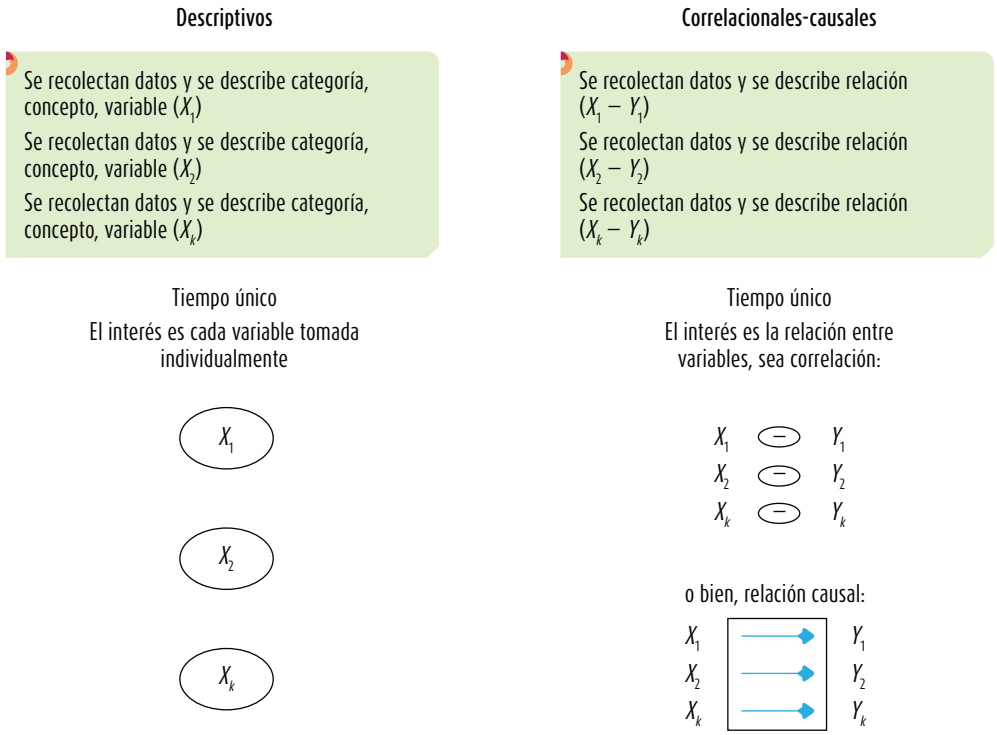
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Diseños transeccionales correlacionales-causales

Estos diseños describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado. A veces, únicamente en términos correlacionales, otras en función de la relación causa-efecto (causales).

La diferencia entre los diseños transeccionales descriptivos y los **diseños correlacionales-causales** se expresa gráficamente en la figura 7.7.

Figura 7.7 Comparación de diseños transeccionales descriptivos y correlacionales-causales.



Por tanto, los **diseños correlacionales-causales** pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales. Cuando se limitan a relaciones no causales, se fundamentan en planteamientos e hipótesis correlacionales; del mismo modo, cuando buscan evaluar vinculaciones causales, se basan en planteamientos e hipótesis causales. Veamos algunos ejemplos.

Ejemplo

1. Una investigación que pretendiera indagar la relación entre la atracción y la confianza durante el noviazgo en parejas de jóvenes, observando cuán vinculadas están ambas variables (se limita a ser correlacional).
2. Una investigación que estudiara cómo la motivación intrínseca influye en la productividad de los trabajadores de línea de grandes empresas industriales, de determinado país y en cierto momento, observando si los obreros más productivos son los más motivados; en caso de que así sea, evaluando por qué y cómo es que la motivación intrínseca contribuye a incrementar la productividad (esta investigación establece primero la correlación y luego la relación causal entre las variables).
3. Un estudio sobre la relación entre urbanización y alfabetismo en una nación latinoamericana, para ver qué variables macrosociales median en tal relación (causal).
4. Un estudio que pretendiera analizar quiénes compran más en las tiendas de una cadena departamental, los hombres o las mujeres, y de qué edades y perfiles socioeconómicos (correlacional: asocia nivel de compra con género, edad y nivel socioeconómico).

De los ejemplos se desprende lo que se ha comentado anteriormente: que en ciertas ocasiones sólo se pretende correlacionar categorías, variables, objetos o conceptos; pero en otras, se busca establecer relaciones causales. Debemos recordar que la causalidad implica correlación, pero no toda correlación significa causalidad.

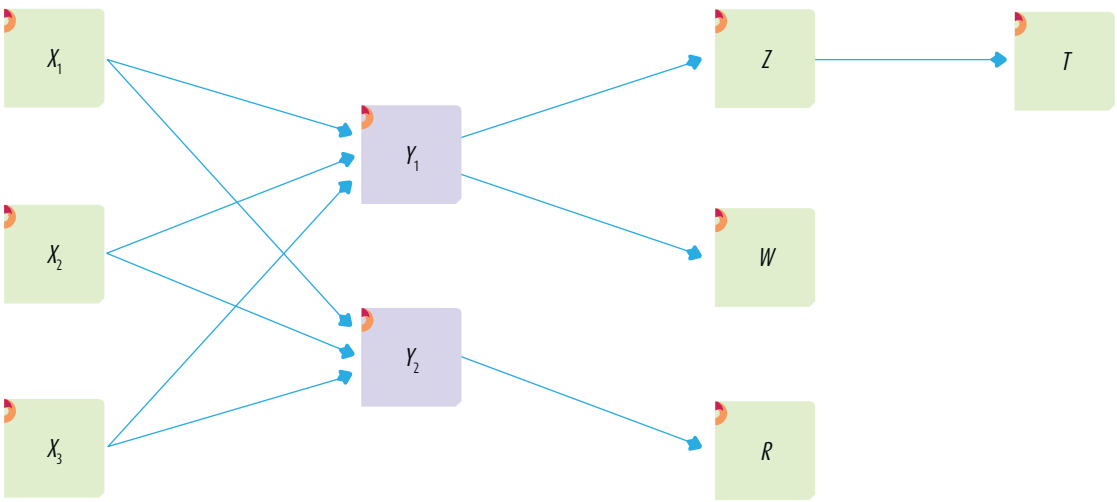
Estos diseños pueden ser sumamente complejos y abarcar diversas categorías, conceptos o variables. Cuando establecen relaciones causales son explicativos. Su diferencia con los experimentos es la base de la distinción entre experimentación y no experimentación. En los **diseños transeccionales correlacionales-causales**, las causas y los efectos ya ocurrieron en la realidad (estaban dados y manifestados) o suceden durante el desarrollo del estudio, y quien investiga los observa y reporta. En cambio, en los diseños experimentales y cuasiexperimentales se provoca intencionalmente al menos una causa y se analizan sus efectos o consecuencias.

Diseños transeccionales correlacionales-causales Describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea en términos correlacionales, o en función de la relación causa-efecto.

En todo estudio, la posible causalidad la establece el investigador de acuerdo con sus hipótesis, las cuales se fundamentan en la revisión de la literatura. En los experimentos —como ya se ha insistido—, la causalidad va en el sentido del tratamiento o tratamientos (variable o variables independientes) hacia el efecto o efectos (variable o variables dependientes). En los estudios transeccionales correlacionales-causales, la causalidad ya existe, pero es el investigador quien determina su dirección y establece cuál es la causa y cuál el efecto (o causas y efectos). Ya sabemos que para establecer un nexo causal: *a*) la o las variables independientes deben anteceder en tiempo a la o las dependientes, aunque sea por milésimas de segundo (por ejemplo, en la relación entre "el nivel de estudio de los padres" y "el interés por la lectura de los hijos", es obvio que la primera variable antecede a la segunda); y *b*) debe existir covariación entre la o las variables independientes y dependientes; pero además: *c*) la causalidad tiene que ser verosímil (si decidimos que existe un vínculo causal entre las variables "nutrición" y "rendimiento escolar", resulta lógico que la primera es causa de la segunda, pero no a la inversa).

Un **diseño correlacional-causal** puede limitarse a dos categorías, conceptos o variables, o incluso abarcar modelos o estructuras tan complejas como lo muestra la figura 7.8 (donde cada letra en recuadro representa una variable, un concepto, etcétera).

Figura 7.8 Ejemplo de una estructura de un diseño correlacional-causal complejo.



Asimismo, en ocasiones los diseños correlacionales-causales describen relaciones en uno o más grupos o subgrupos y suelen describir primero las variables incluidas en la investigación, para luego establecer las relaciones entre éstas (en primer lugar, son descriptivos de variables individuales, pero luego van más allá de las descripciones y establecen relaciones).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ejemplo

En una investigación para evaluar la credibilidad de tres conductores de televisión, y relacionar esta variable con el género, la ocupación y el nivel socioeconómico del teleauditorio. Primero, mediríamos qué tan creíble es cada conductor y describiríamos la credibilidad de los tres. Determinaríamos el género de las personas e investigaríamos su ocupación y nivel socioeconómico. Así, describiríamos estos tres elementos del teleauditorio. Posteriormente, relacionaríamos la credibilidad y el género (para ver si hay diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la credibilidad de los tres conductores), la credibilidad y la ocupación (con el fin de analizar si los conductores tienen una credibilidad similar o diferente entre las distintas ocupaciones) y la credibilidad y el nivel socioeconómico (para evaluar diferencias por este nivel). De este modo, primero describimos y luego correlacionamos.

En estos diseños, en su modalidad únicamente causal, a veces se reconstruyen las relaciones a partir de las variables dependientes, en otras a partir de las independientes y en otras más sobre la base de variabilidad amplia de las independientes y dependientes (León y Montero, 2003). Al primer caso se les conoce como diseños *retrospectivos,* al segundo como *prospectivos* y al tercero como de *causalidad múltiple*. En el capítulo 5 adicional, "Diseños: segunda parte", que puede descargarse del centro de recursos en línea, hay ejemplos de estos diseños.

Centro de recursos en línea

Encuestas de opinión

Las **encuestas de opinión** son consideradas por diversos autores como un diseño o método.[16] En la clasificación de la presente obra serían consideradas investigaciones no experimentales transversales o transeccionales descriptivas o correlacionales-causales, ya que a veces tienen los propósitos de unos u otros diseños y a veces de ambos (Archester, 2005). Generalmente utilizan cuestionarios que se aplican en diferentes contextos (entrevistas en persona, por medios electrónicos como correos o páginas web, en grupo, etc.). El proceso de una **encuesta de opinión** y ejemplos de ella se comentan en el capítulo 6 adicional: "Encuestas (*surveys)*", del centro de recursos en línea.

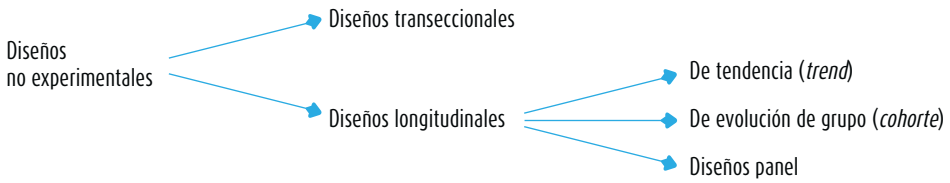
Centro de recursos en línea

Investigación longitudinal o evolutiva

En ocasiones, el interés del investigador es analizar cambios al paso del tiempo en determinadas categorías, conceptos, sucesos, variables, contextos o comunidades, o bien, de las relaciones entre éstas. Aún más, a veces ambos tipos de cambios. Entonces disponemos de los **diseños longitudinales**, los cuales recolectan datos en diferentes momentos o periodos para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y consecuencias. Tales puntos o periodos generalmente se especifican de antemano. Por ejemplo, un investigador que buscara analizar cómo evolucionan los niveles de empleo durante cinco años en una ciudad; otro que pretendiera estudiar cómo ha cambiado el contenido sexual en las telenovelas de cierto país en los últimos 10 años, y uno más que buscara observar cómo se desarrolla una comunidad indígena con los años, con la llegada de la computadora e internet a su vida. Son, pues, estudios de seguimiento.

Diseños longitudinales Estudios que recaban datos en diferentes puntos del tiempo, para realizar inferencias acerca de la evolución del problema de investigación o fenómeno, sus causas y sus efectos.

Los **diseños longitudinales** se dividen en tres tipos: *diseños de tendencia*, *diseños de análisis evolutivo de grupos* (*cohorte*) y *diseños panel*, como se indica en el siguiente esquema:

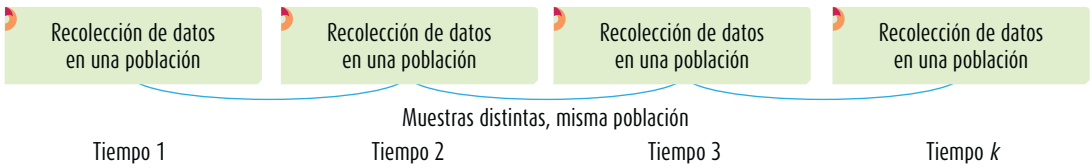


[16] Por ejemplo: McLaren (2014); Hernández-Sampieri *et al.* (2013); Creswell (2013a); Mertens (2010); Roberts (2009); Groves *et al.* (2009); Bowers (2008) y Julien (2008).

Diseños longitudinales de tendencia

Los **diseños de tendencia** son aquellos que analizan cambios al paso del tiempo en categorías, conceptos, variables o sus relaciones de alguna población en general. Su característica distintiva es que la atención se centra en la población o universo. Por ejemplo, una investigación para analizar cambios en la actitud hacia el aborto por parte de universitarios de una comunidad. Dicha actitud se mide en varios puntos en el tiempo (digamos, cada año o en periodos no preestablecidos durante 10 años) y se examina su evolución a lo largo de este gran periodo. Se puede estudiar a toda la población, o bien tomar una muestra de ella cada vez que se observen o midan las variables o las relaciones entre éstas. Es importante señalar que los participantes o casos de la investigación **no** son los mismos, pero la población **sí**. Obviamente, los universitarios crecen con el tiempo, pero siempre hay una población de ellos. Por ejemplo, los estudiantes de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid de hoy no serán las mismas personas que las de años futuros, pero siempre habrá una población de estudiantes de medicina de dicha institución. El principio se aplica también a seres que experimentan crecimiento, como los animales o las plantas. Estos diseños se representan en la figura 7.9.

Figura 7.9 Esquema de un diseño longitudinal de tendencia.



Ejemplo

Analizar la manera en que evoluciona la percepción sobre tener relaciones sexuales premaritales en las mujeres jóvenes adultas (20 a 25 años) de Valledupar, Colombia, de aquí al año 2024. Las mujeres aumentan su edad, pero siempre habrá una población de mujeres de esas edades en tal ciudad. Las participantes seleccionadas son otras, pero el universo es el mismo.

Diseños longitudinales de evolución de grupo (*cohortes*)

Diseños de tendencia y de evolución de grupo Ambas clases de diseños monitorean cambios en una población o subpoblación a través del tiempo, usando una serie de muestras que abarcan a diferentes participantes en cada ocasión, pero en los primeros la población es la misma y en los segundos se toma como universo a los sobrevivientes de la población.

Con los **diseños de evolución de grupo** se examinan cambios a través del tiempo en subpoblaciones o grupos específicos. Su atención son las *cohortes* o grupos de individuos vinculados de alguna manera o identificados por una característica común, generalmente la edad o la época o la región geográfica (Bell, 2009; Hsieh, 2007 y Glenn, 1977). Un ejemplo de estos grupos (*cohortes*) sería el formado por las personas que nacieron en 1973 en Chile, el año del derrocamiento del gobierno de Salvador Allende; pero también podría utilizarse otro criterio de agrupamiento temporal, como las personas que se casaron durante 2010 en Rosario, Argentina; o los niños de la Ciudad de México que iban en primaria cuando ocurrió el gran terremoto de 1985. Tales diseños hacen seguimiento de los grupos al paso del tiempo y por lo común se extrae una muestra cada vez que se recolectan datos sobre el grupo o la subpoblación, más que incluir a toda la subpoblación.

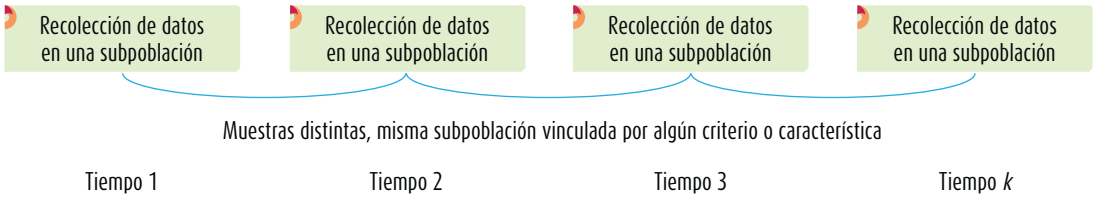
Ejemplo

Una investigación nacional sobre las actitudes hacia la democracia de los mexicanos nacidos en 2000 (recordemos que en México hasta dicho año no hubo elecciones presidenciales verdaderamente democráticas), digamos cada cinco años, comenzando a partir de 2020. En este año se obtendría una muestra de mexicanos de 20 años de edad y se medirían las actitudes. En 2025, se seleccionaría una muestra de mexicanos de 25 años y se medirían las actitudes. En 2030, se elegiría una muestra de mexicanos de 30 años, y así sucesivamente. De esta forma, se analizan la evolución y los cambios de las actitudes mencionadas. Desde luego que, aunque el conjunto específico de personas estudiadas en cada tiempo o medición llega a ser diferente, cada muestra representa a los sobrevivientes del grupo de mexicanos nacidos en 2000.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Los diseños de evolución de grupo se pueden esquematizar como en la figura 7.10.

Figura 7.10 Esquema de los diseños de evolución de grupo.



Diseños longitudinales panel

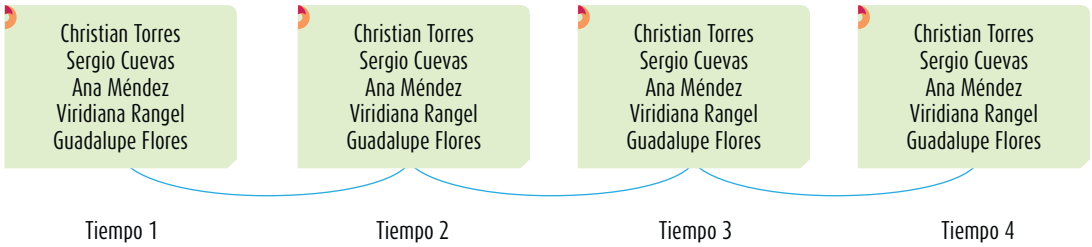
Los **diseños panel** son similares a las dos clases de diseños vistas anteriormente, sólo que los mismos casos o participantes son medidos u observados en todos los tiempos o momentos.[17]

Diseños panel Toda una población o grupo es seguido a través del tiempo.

Un ejemplo sería una investigación que observara anualmente los cambios en las actitudes (mediante la aplicación de una prueba estandarizada) de un grupo de ejecutivos en relación con un programa para elevar la productividad, por ejemplo, durante cinco años. Cada año se observaría la actitud de los mismos ejecutivos. Es decir, los individuos, y no sólo la muestra, población o subpoblación, son los mismos.

Otro ejemplo sería observar mensualmente (durante dos años) a un grupo que acude a psicoterapia para analizar si se incrementan sus expresiones verbales de exploración y discusión de planes futuros, y si disminuyen las de hechos pasados (en cada observación, los pacientes serían las mismas personas). La forma gráfica de representar este ejemplo de diseño longitudinal se muestra en la figura 7.11.

Figura 7.11 Ejemplo de diseño longitudinal panel.



Un ejemplo más de diseño panel consiste en analizar la evolución de pacientes de un determinado tipo de cáncer (de mama, pongamos como caso), en la que se evalúe al grupo durante cuatro etapas: la primera, un mes después de iniciar el tratamiento médico; la segunda, tres meses más tarde; la tercera, seis meses después del tratamiento, y la cuarta, al cabo de un año. Siempre se incluirán a las mismas pacientes con nombre y apellido, descartando a quienes fallecen.

Estos diseños se utilizan frecuentemente en el seguimiento de la conducta animal, colocando a ciertos ejemplares (leones, cobras, osos polares, etc.) dispositivos de rastreo.

En los diseños panel se tiene la ventaja de que, además de conocer los cambios grupales, se conocen los cambios individuales. Se sabe qué casos específicos introducen el cambio. La desventaja es que a veces resulta muy difícil obtener con exactitud a los mismos participantes para una segunda medición u observaciones subsecuentes. Este tipo de diseños sirve para estudiar poblaciones o grupos más específicos y es conveniente cuando se tienen poblaciones relativamente estáticas.

[17] Andreß, Golsch y Schmidt (2013); Baltagi (2008), Keulenaer (2008); Kim (2008); Feng, Tang y Tu (2007) y Tucker (2004).

Por otra parte, deben verse con cuidado los efectos que una medición, un registro o una observación llega a tener sobre otras posteriores (recuérdese el efecto de administración de la prueba vista como fuente de invalidación interna en experimentos y cuasiexperimentos, sólo que aplicada al contexto no experimental). Los diseños panel podrían esquematizarse como se puede observar en la figura 7.12.

Figura 7.12 Esquema de diseño panel.

Los **diseños longitudinales** se fundamentan en hipótesis de diferencia de grupos, correlacionales y causales. Estos diseños recolectan datos sobre categorías, sucesos, comunidades, contextos, variables o sus relaciones, en dos o más momentos, para evaluar el cambio en éstas. Ya sea al tomar a una población (diseños de tendencia), a una subpoblación (diseños de análisis evolutivo de un grupo o *cohorte*) o a los mismos casos o participantes (diseños panel). Ejemplos de temas serían: resistencia de materiales para construir edificios a través del tiempo, recaudación fiscal en distintos años, comportamiento de acciones en la bolsa de valores de una nación antes y después de algunos sucesos, duración de algún material para cubrir picaduras o daños a los molares, la relación entre el clima y la cultura organizacionales durante varios periodos, o los impactos después de una guerra (a mediano y largo plazos) en alguna sociedad del siglo XVI (histórico).

Comparación de los diseños transeccionales y longitudinales

Los estudios longitudinales tienen la ventaja de que proporcionan información sobre cómo las categorías, conceptos, procesos, variables, comunidades, fenómenos, y sus relaciones evolucionan al paso del tiempo. Sin embargo, suelen ser más costosos que los transeccionales. La elección de un tipo de diseño u otro depende más bien de los propósitos de la investigación y de su alcance.

¿Cuáles son las características de la investigación no experimental en comparación con la investigación experimental?

Una vez más recalcamos que tanto la **investigación experimental** como la **no experimental** son herramientas muy valiosas y ningún tipo es mejor que el otro. El diseño que se elige en una investigación depende más bien del problema que se quiere resolver y del contexto del estudio. Desde luego, ambos tipos de investigación poseen características propias que es necesario resaltar.

El control sobre las variables es más riguroso en los experimentos que en los diseños cuasiexperimentales y, a su vez, estas dos clases de estudios logran mayor control que los diseños no experimentales. En un experimento se analizan relaciones "puras" entre las variables de interés, sin contaminación de otras variables y, por ello, es posible establecer relaciones causales con mayor precisión. Por ejemplo, en un experimento sobre el aprendizaje variaríamos el estilo de liderazgo del profesor, el método de enseñanza y otros factores. Así, sabríamos cuánto afectó cada variable. En cambio, en la investigación no experimental resulta más complejo separar los efectos de las múltiples variables que intervienen, sin embargo, puede hacerse por inferencia.

Por lo que respecta a la posibilidad de repetición, prácticamente todos los diseños pueden replicarse, aunque en los longitudinales es mucho más complejo.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ahora bien, como menciona Kerlinger (1979), en **los experimentos** (sobre todo en los de laboratorio) las variables independientes pocas veces tienen tanta fuerza como en la realidad o la cotidianidad. Es decir, en el laboratorio tales variables no muestran la verdadera magnitud de sus efectos, la cual suele ser mayor fuera del laboratorio. Por tanto, si se encuentra un efecto en el laboratorio, éste tenderá a ser mayor en la realidad.

En cambio, en la **investigación no experimental** estamos más cerca de las variables formuladas hipotéticamente como "reales" y, en consecuencia, tenemos mayor validez externa (posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones comunes).

Investigación experimental y no experimental Se utilizan para el avance del conocimiento y en ocasiones resulta más apropiado un tipo u otro, dependiendo del problema de investigación al que nos enfrentemos.

En el caso de los experimentos donde se involucran seres humanos, una desventaja es que normalmente se selecciona un número de individuos poco o medianamente representativo respecto a las poblaciones que se estudian. La mayoría de los experimentos utiliza muestras no mayores de 200 personas, lo que dificulta la generalización de resultados a poblaciones más amplias. Por tal razón, los resultados de un experimento deben observarse con precaución y es por medio de la réplica de éste (en distintos contextos y con diferentes individuos) como van generalizándose dichos resultados. Cuando se experimenta con objetos (por ejemplo materiales), como son menos heterogéneos, se requieren muestras menores. Con el fin de vincular los alcances del estudio, las hipótesis y el diseño, sugerimos se considere la tabla 7.5.

Diversos problemas de investigación se pueden abordar experimental y no experimentalmente. Por ejemplo, si deseáramos analizar la relación entre la motivación y la productividad en los trabajadores de cierta empresa, seleccionaríamos un conjunto de éstos y lo dividiríamos al azar en cuatro grupos: uno en el que se propicie una elevada motivación, otro con mediana motivación, otro más con baja motivación y un último al que no se le administre ningún motivador. Después compararíamos la productividad de los grupos. Tendríamos un experimento.

Tabla 7.5 Correspondencia entre tipos de estudio, hipótesis y diseño de investigación

Estudio	Hipótesis	Posibles diseños
Exploratorio	• No se establecen, lo que se puede formular son conjeturas iniciales	• Transeccional exploratorio o descriptivo • Preexperimental
Descriptivo	• Descriptiva	• Preexperimental • Transeccional descriptivo
Correlacional	• Diferencia de grupos sin atribuir causalidad	• Cuasiexperimental • Transeccional correlacional • Longitudinal (no experimental)
	• Correlacional	• Cuasiexperimental • Transeccional correlacional • Longitudinal (no experimental)
Explicativo	• Diferencia de grupos atribuyendo causalidad	• Experimental puro • Cuasiexperimental, longitudinal y transeccional causal (cuando hay bases para inferir causalidad, un mínimo de control y análisis estadísticos apropiados para relaciones causales)
	• Causales	• Experimental puro • Cuasiexperimental, longitudinal y transeccional causal (cuando hay bases para inferir causalidad, un mínimo de control y análisis estadísticos apropiados para relaciones causales)

Si se tratara de grupos intactos (turnos) tendríamos un cuasiexperimento. En cambio, si midiéramos la motivación existente en los trabajadores, así como su productividad y relacionáramos ambas variables, estaríamos realizando una investigación transeccional correlacional. Y si cada seis meses midiéramos las dos variables y estableciéramos su correlación efectuaríamos un estudio longitudinal.

Los estudios de caso

Los **estudios de caso** son considerados por algunos autores como una clase de diseños, a la par de los experimentales, no experimentales y cualitativos (Creswell, 2013a; Hancock y Algozzine, 2011; Mertens, 2010; Aaltio y Heilmann, 2009 y Williams, Grinnell y Unrau, 2005), mientras que otros los ubican como una clase de diseño experimental (León y Montero, 2003) o un diseño etnográfico (Creswell, 2013b). También han sido concebidos como un asunto de muestreo o un método (Runeson, Host, Rainer y Regnell, 2012).

La realidad es que los **estudios de caso** son todo lo anterior (Yin, 2013; Blatter, 2008; Hammersley, 2003). Poseen sus propios procedimientos y clases de diseños. Los podríamos definir como "estudios que al utilizar los procesos de investigación cuantitativa, cualitativa o mixta analizan profundamente una unidad holística para responder al planteamiento del problema, probar hipótesis y desarrollar alguna teoría" (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008). Esta definición los sitúa más allá de un tipo de diseño o muestra, pero ciertamente es la más cercana a la evolución que han tenido los estudios de caso en los últimos años.

En ocasiones, **los estudios de caso** utilizan la experimentación, es decir, se constituyen en estudios preexperimentales. Otras veces se fundamentan en un diseño no experimental (transversal o longitudinal) y en ciertas situaciones se convierten en estudios cualitativos, al emplear métodos cualitativos. Asimismo, pueden valerse de las diferentes herramientas de la investigación mixta.

Centro de recursos en línea

Tales estudios en sus principales modalidades son comentados en el capítulo 4 adicional que el lector podrá descargar del centro de recursos en línea en *Material complementario* → *Capítulos* → *Estudios de caso*, y que dada su importancia merecen una atención particular.

Por ahora mencionaremos que la unidad o caso investigado puede tratarse de un individuo, una pareja, una familia, un objeto (una pirámide como la de Keops, un material radiactivo), un sistema (fiscal, educativo, terapéutico, de capacitación, de trabajo social), una organización (hospital, fábrica, escuela), un hecho histórico, un desastre natural, un proceso de manufactura, una comunidad, un municipio, un departamento o estado, una nación, etc. En el capítulo 4 adicional, "Estudios de caso", incluso se trata un ejemplo de una investigación de una persona que padecía lupus eritematoso sistémico con 31 años de evolución, que mezcla aspectos experimentales con elementos cualitativos.

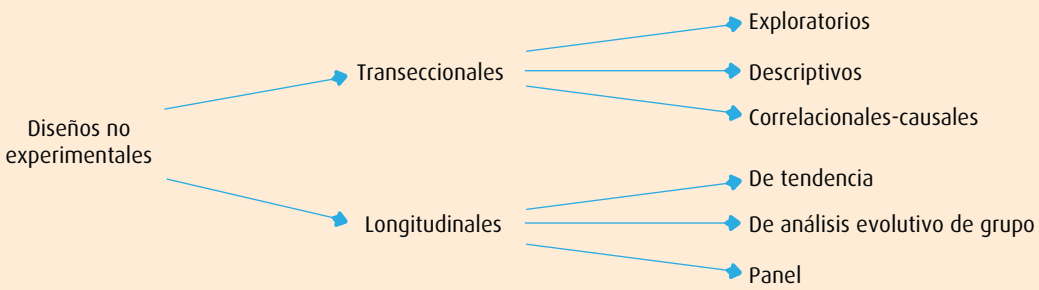
En la tabla 7.6 se encuentran preguntas de investigación que corresponderían a estudios de caso.

Tabla 7.6 Posibles estudios de caso derivados de preguntas de investigación

Preguntas de investigación
¿Qué funciones sociales o religiosas cumplía la construcción primitiva de Stonehenge en Sollysbury, Inglaterra? (Unidad o caso: un objeto o construcción).
¿Por qué se divorciaron Lupita y Adrián? (Unidad: pareja).
¿Cuáles fueron las causas que provocaron el desplome de un avión determinado? (Unidad: desastre aéreo).
¿Cuáles son las razones que llevaron a un estado de esquizofrenia a Carlos Codolla? (Unidad: individuo).
¿Quién sería el asesino en un determinado crimen? (Unidad: evento).
¿Cómo era la personalidad de Robert F. Kennedy? (Unidad: personaje histórico).
¿Qué daños a la infraestructura de cierta comunidad causó el gran Tsunami de 2004? (Unidad: evento o catástrofe).
¿Cómo puede caracterizarse el clima organizacional de la empresa Lucymex? (Unidad: organización).

Resumen

- El "diseño" se refiere al plan o la estrategia concebido para obtener la información que se desea.
- En el caso del proceso cuantitativo, el investigador utiliza su diseño para analizar la certeza de las hipótesis formuladas en un contexto específico o para aportar evidencia respecto de los lineamientos de la investigación (si es que no se tienen hipótesis).
- En un estudio pueden plantearse o tener cabida uno o más diseños.
- La tipología propuesta clasifica a los diseños en experimentales y no experimentales.
- Los diseños experimentales se dividen en experimentos "puros", cuasiexperimentos y preexperimentos.
- Los diseños no experimentales se dividen por el número de veces que recolectan datos en transeccionales y longitudinales.
- En su acepción más general, un experimento consiste en aplicar un estímulo, intervención o tratamiento a un caso, situación, fenómeno, individuo o grupo, y ver el efecto de ese estímulo en alguna o algunas variables. Esta observación se puede realizar en condiciones de mayor o menor control. El máximo control se alcanza en los experimentos "puros".
- Deducimos que un tratamiento afectó cuando observamos diferencias (en las variables que supuestamente serían las afectadas) entre un caso, grupo o fenómeno al que se le administró dicho estímulo y un caso, grupo o fenómeno al que no se le administró, siendo ambos iguales en todo, excepto en esto último.
- La variable independiente es la causa y la dependiente el efecto.
- Para lograr el control o la validez interna, los casos, fenómenos o grupos que se comparen deben ser iguales en todo, menos en el hecho de que a un caso, fenómeno o grupo se le aplicó el estímulo y al otro no. A veces graduamos la cantidad del estímulo que se administra, es decir, a distintos casos, fenómenos o grupos (semejantes) les aplicamos diferentes grados del estímulo para observar si provocan efectos distintos.
- La asignación al azar es normalmente el método preferible para lograr que los casos, fenómenos o grupos del experimento sean comparables (semejantes).
- Las principales fuentes que pueden invalidar un experimento son: historia, maduración, inestabilidad, administración de pruebas, instrumentación, regresión, selección, mortalidad experimental, difusión de tratamientos experimentales, compensación y el experimentador.
- Los experimentos que hacen equivalentes a los casos, fenómenos o grupos y que mantienen esta equivalencia durante el desarrollo de aquellos controlan las fuentes de invalidación interna.
- Lograr la validez interna es el objetivo metodológico y principal de todo experimento. Una vez que se consigue, es ideal alcanzar validez externa (posibilidad de generalizar los resultados a la población, otros experimentos y situaciones no experimentales).
- Las principales fuentes de invalidación externa son: efecto reactivo de las pruebas, efecto de interacción entre los errores de selección y el tratamiento experimental, efectos reactivos de los tratamientos experimentales, interferencia de tratamientos múltiples, imposibilidad de replicar los tratamientos, descripciones insuficientes del tratamiento experimental, efectos de novedad e interrupción, el experimentador, interacción entre la historia o el lugar y los efectos del tratamiento experimental, mediciones de la variable dependiente.
- Hay dos contextos en los que se realizan los experimentos: el laboratorio y el campo.
- En los cuasiexperimentos no se asignan al azar los sujetos a los grupos experimentales, sino que se trabaja con grupos intactos.
- Los cuasiexperimentos alcanzan validez interna en la medida en que demuestran la equivalencia inicial de los casos, fenómenos o grupos participantes y la equivalencia en el proceso de experimentación.
- Los experimentos "puros" constituyen estudios explicativos; los preexperimentos básicamente son estudios exploratorios y descriptivos; los cuasiexperimentos son, fundamentalmente, correlacionales aunque pueden llegar a ser explicativos.
- La investigación no experimental es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes; se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, fenómenos o contextos que ya ocurrieron o se dieron sin la intervención directa del investigador.
- La investigación no experimental también se conoce como investigación *ex post-facto* (los hechos y variables ya ocurrieron), y observa variables y relaciones entre éstas en su contexto natural.
- Los diseños no experimentales se dividen de la siguiente manera:



- Los diseños transeccionales realizan observaciones en un momento o tiempo único. Cuando recolectan datos sobre una nueva área sin ideas prefijadas y con apertura son más bien exploratorios; cuando recolectan datos sobre cada una de las categorías, conceptos, variables, contextos, comunidades o fenómenos, e informan lo que arrojan esos datos son descriptivos; cuando además describen vinculaciones entre categorías, conceptos, variables, sucesos, contextos o fenómenos son correlacionales, y si establecen procesos de causalidad entre tales términos se consideran correlacionales-causales (explicativos).
- Las encuestas de opinión son investigaciones no experimentales transversales o transeccionales descriptivas o correlacionales-causales, ya que a veces tienen los propósitos de unos u otros diseños y a veces de ambos.
- En los diseños transeccionales, en su modalidad "causal", a veces se reconstruyen las relaciones a partir de las variables dependientes, en otras a partir de las independientes y en otras más sobre la base de variabilidad amplia de las independientes y dependientes (al primer caso se les conoce como "retrospectivos", al segundo como "prospectivos" y al tercero como "causalidad múltiple"). Este tema se revisa en el capítulo 5 adicional del centro de recursos en línea, Diseños: segunda parte.
- Los diseños longitudinales sirven para efectuar observaciones en dos o más momentos o puntos en el tiempo. Si estudian una población son diseños de tendencia, si analizan una subpoblación o grupo específico son diseños de análisis evolutivo de grupo (*cohorte*) y si se estudian los mismos casos o participantes son diseños panel.
- El tipo de diseño a elegir se encuentra condicionado por el enfoque seleccionado, el problema a investigar, el contexto que rodea la investigación, los alcances del estudio y las hipótesis formuladas.

Conceptos básicos

- Alcances del estudio y diseño
- Casos
- Cohorte
- Control experimental
- Cuasiexperimento
- Diseño
- Diseño experimental
- Diseño no experimental
- Diseños longitudinales
- Diseños transeccionales
- Estímulo, intervención o tratamiento experimental/ manipulación de la variable independiente
- Experimento
- Experimento de campo
- Experimento de laboratorio
- Fuentes de invalidación interna
- Fuentes de invalidación externa
- Grupos intactos
- Investigación *ex post-facto*
- Panel
- Participantes (sujetos) del experimento
- Preexperimento
- Población (universo)
- Subpoblación
- Validez externa
- Validez interna
- Variable dependiente
- Variable experimental
- Variable independiente

Ejercicios

1. Seleccione una serie de variables y piense cómo se manipularían en situaciones experimentales. ¿Cuántos niveles o modalidades podrían incluirse para cada variable? ¿Estos niveles o modalidades cómo podrían traducirse en tratamientos experimentales? ¿Se tendría un nivel de ausencia (cero) de la variable independiente? ¿En qué consistiría éste?
2. Centro de recursos en línea Seleccione un experimento en alguna revista académica (busque en el centro de recursos en línea: Material complementario → Apéndices → Apéndice 1: "Publicaciones periódicas más importantes"). Analice: ¿cuál es el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación)? ¿Cuál es la hipótesis que se busca probar por medio de los resultados del experimento? ¿Cuál es la variable independiente o cuáles son las variables independientes? ¿Cuál es la variable o las variables dependientes? ¿Cuántos casos, fenómenos o grupos se incluyen en el experimento? ¿Son equivalentes? ¿Cuál es el diseño que el autor o autores han elegido? ¿Se controlan las fuentes de invalidación interna? ¿Se controlan las fuentes de invalidación externa? ¿Se encontró algún efecto?
3. Un grupo de investigadores intenta analizar el efecto que tiene la extensión de un discurso político sobre la actitud hacia el tema tratado y al orador. La extensión del discurso es la variable independiente y tiene cuatro niveles: 15 minutos, media hora, una hora y 90 minutos. Las variables dependientes son la actitud hacia el orador (favorable-desfavorable)

y la actitud hacia el tema (positiva-negativa), las cuales se medirán por pruebas que indiquen dichos niveles de actitud. En el experimento se comprenden personas de ambos géneros con edades que fluctúan entre los 18 y los 57 años y diversas profesiones de dos distritos electorales. Existe la posibilidad de asignar al azar a los participantes a los grupos experimentales. Desarrolle y describa dos o más diseños experimentales que puedan aplicarse al estudio, considere cada una de las fuentes de invalidación interna (¿alguna afecta los resultados del experimento?). Establezca las hipótesis pertinentes para esta investigación.

4. Un ejercicio para demostrar las bondades de la asignación al azar:

A los estudiantes que se inician en la investigación a veces les resulta difícil creer que la asignación al azar funciona. Para demostrarse que sí, es conveniente el siguiente ejercicio:

- Tómese un grupo de 60 o más personas (el salón de clases, un grupo grande de conocidos, etc.), o imagínese que existe dicho grupo.
- Invéntese un experimento que requiera dos grupos.
- Imagínese un conjunto de variables que puedan afectar a las variables dependientes.
- Distribuya a cada quien un trozo de papel y pídales que escriban los niveles que tienen en las variables del punto anterior (por ejemplo: género, edad, inteligencia, escuela de procedencia, interés por algún deporte, motivación hacia algo con una puntuación de uno a 10, etc.). Las variables pueden ser cualesquiera, dependiendo de su ejemplo.
- Asigne al azar los pedazos de papel a dos grupos, en cantidades iguales.
- En los dos grupos compare número de mujeres y hombres, promedios de inteligencia, edad, motivación, ingreso de su familia o lo que haya pedido. Verá que ambos grupos son "sumamente parecidos".

Si no cuenta con un grupo real, hágalo en forma imaginaria. Usted mismo escriba los valores de las variables en los papeles y verá cómo los grupos son bastante parecidos (equiparables). Desde luego, por lo general no son "perfectamente iguales", pero sí comparables.

5. Considere el siguiente diseño:

R	G_1	0_1	X_1	0_2
R	G_2	0_3	X_2	0_4
R	G_3	0_5	—	0_6

¿Qué podría concluirse de las siguientes comparaciones y resultados? (Los signos de "igual" significan que las mediciones no difieren en sus resultados; los signos de "no igual", que las mediciones difieren sustancial o significativamente entre sí. Considérense sólo los resultados que se presentan y de manera independiente cada conjunto de resultados.)

a) $0_1 = 0_2$, $0_3 = 0_4$, $0_5 = 0_6$ y $0_1 = 0_3 = 0_5$
b) $0_1 \neq 0_2$, $0_3 \neq 0_4$, $0_5 = 0_6$ y $0_2 \neq 0_4$, $0_2 \neq 0_6$
c) $0_1 = 0_2$, $0_3 \neq 0_4$, $0_5 = 0_6$, $0_1 = 0_3 = 0_5$, $0_4 \neq 0_6$, $0_2 = 0_6$

Centro de recursos en línea Vea las respuestas en el centro de recursos en línea: Material complementario → Apéndices → Apéndice 3: "Respuestas a los ejercicios que las requieren".

6. Centro de recursos en línea Elija una investigación no experimental (de algún libro o revista, ver apéndice uno del centro de recursos en línea Material complementario → Apéndices → Apéndice 1: "Publicaciones periódicas más importantes") y analice: ¿cuáles son sus diferencias con un estudio experimental? Escriba cada una y coméntelas con sus compañeros.
7. Un investigador desea evaluar la relación entre la exposición a videos musicales con alto contenido sexual y la actitud hacia el sexo. Ese investigador nos pide que le ayudemos a construir un diseño experimental para analizar dicha relación y también un diseño transeccional-correlacional. ¿Cómo serían ambos diseños? ¿Qué actividades se desarrollarían en cada caso? ¿Cuáles serían las diferencias entre ambos diseños? ¿Cómo se manipularía la variable "contenido sexual" en el experimento? ¿Cómo se inferiría la relación entre las variables en el diseño transeccional-correlacional? Y en este segundo caso, ¿por qué las variables ya habrían ocurrido si se llevara a cabo?
8. Construya un ejemplo de un diseño transeccional descriptivo.
9. Idee un ejemplo de un diseño longitudinal de tendencia, un ejemplo de un diseño de evolución de grupo y un ejemplo de un diseño panel. Con base en ellos analice las diferencias entre los tres tipos de diseños.
10. Si un investigador estudiara cada cinco años la actitud hacia la guerra de los ingleses que pelearon en la invasión a Irak en 2003, ¿tendría un diseño longitudinal? Explique las razones de su respuesta.
11. Diseñe una investigación que abarque un diseño experimental y uno no experimental.
12. ¿Qué diseño utilizaría para el ejemplo que ha venido desarrollando hasta ahora en el proceso cuantitativo? Explique la razón de su elección.

Ejemplos desarrollados

La relación entre la personalidad y las enfermedades

El estudio es manifiestamente un diseño transversal o transeccional no experimental correlacional-causal. En una muestra se aplicarán por vez única una serie de pruebas (batería) y cuestionarios para medir dimensiones de la personalidad y autorreportes de enfermedades actuales y pasadas.

La televisión y el niño

La investigación utilizará un diseño no experimental transversal correlacional-causal. Primero describirá: el uso que los niños de la Ciudad de México hacen de los medios de comunicación colectiva, el tiempo que dedican a ver la televisión, sus programas preferidos, las funciones y gratificaciones que la televisión tiene para los

niños y otras cuestiones similares. Posteriormente, analizará los usos y las gratificaciones de la televisión en niños de diferentes niveles socioeconómicos, edades, géneros y otras variables (se relacionarán nivel socioeconómico y uso de la televisión, entre otras asociaciones).

Un caso de un estudio experimental sobre la televisión y el niño, consistiría en exponer durante determinado tiempo a un grupo de niños a tres horas diarias de televisión, otro a dos horas diarias, un tercero a una hora, y por último, un cuarto que no se expondría a la televisión. Todo ello para conocer el efecto que tiene la cantidad de horas expuestas ante contenidos televisivos (variable independiente) sobre diferentes variables dependientes (por ejemplo, autoestima, creatividad, socialización).

La pareja y relación ideales

Este estudio se fundamentará en un diseño no experimental transversal correlacional, ya que analizará diferencias por género respecto de los factores, atributos y calificativos que describen a la pareja y la relación ideales.

La investigación realmente no podría ser experimental. Imaginemos que intentamos manipular ciertos atributos de la pareja y la relación ideales. En principio, no sería ética tal manipulación, pues no podemos intentar incidir en los sentimientos humanos profundos, como es el caso de los vinculados al "amor romántico". Adicionalmente, la complejidad de los papeles no se podría traducir en estímulos experimentales; y las percepciones son muy variadas y en parte se determinan cultural y socialmente.

El abuso sexual infantil

Se trata de un diseño experimental. Los datos se obtendrán de 150 preescolares de tres centros de desarrollo infantil con una población similar, hijos de madres que laboran para la Secretaría de Educación del Estado de Querétaro, México. Se evaluarán seis grupos escolares que serán asignados a tres grupos experimentales. El primer grupo ($n = 49$ niños) será evaluado al terminar un programa de prevención del abuso sexual infantil (PPASI); el segundo será medido después de un año de haber concluido el mismo programa (PPASI) (seguimiento, $n = 22$ niños); y el tercero, un grupo de control que no será expuesto a algún PPASI particular ($n = 79$ niños). A todos los integrantes de los grupos se les aplicarán tanto las escalas conductuales como la cognitiva. Las condiciones de recolección de datos seguirán el protocolo establecido por cada escala, en un espacio físico similar y de manera individual. La persona que evaluará será la misma en todos los casos, para evitar sesgos entre los observadores. Claramente se trata de un diseño experimental:

G_1 X_1 (evaluación inmediata al terminar el PPASI) 0_1

G_2 X_2 (evaluación a un año de concluir el PPASI) 0_2

G_3 — (sin PPASI) 0_3

0_1, 0_2 y 0_3 son mediciones conductuales y cognitiva.

Estímulo (PPASI) por medio del taller: "Porque me quiero, me cuido", se basará principalmente en la mejora de la autoestima, el manejo y expresión de sentimientos, la apropiación de su cuerpo, la discriminación entre contactos apropiados e inapropiados, la asertividad, el esclarecimiento de redes de apoyo y prácticas para pedir ayuda denunciando el abuso. Las técnicas usadas en dicho taller principalmente serán: modelado, ensayo, cuento, realimentación, actuación y dibujo. El programa se llevará a cabo a lo largo del ciclo escolar, con sesiones de 40 minutos una vez por semana. La conducción del taller estará a cargo de una facilitadora entrenada en ese programa con la integración de los padres y madres de familia por medio de actividades.

Los investigadores opinan

El alumno debe ser investigador desde que inicia sus estudios, pues está obligado a aprender a detectar problemas dentro de su comunidad o institución educativa; tal acción le permitirá iniciar múltiples proyectos. Para llevar a cabo una buena investigación es necesario ejercer el rigor científico, es decir, seguir un método científico.

M. A. Idalia López Rivera
Profesor de tiempo completo titular A
Facultad de Ciencias de la Administración
Universidad Autónoma de Chiapas
Chiapas, México

El éxito de cualquier investigación científica depende, en gran medida, de que el especialista decida indagar acerca de un problema formulado adecuadamente; por el contrario, el fracaso se producirá si hay un problema mal formulado. En este sentido, diversos autores afirman que comenzar con un "buen" problema de investigación es tener casi 50% del camino andado.

Además de un problema bien planteado y sustentado de manera sólida en la teoría y los resultados empíricos previos, se requiere también la utilización adecuada de técnicas de recolección de datos y de análisis estadísticos pertinentes, lo mismo que la correcta interpretación de los resultados con base en los conocimientos que sirvieron de sustento a la investigación.

Respecto de las pruebas estadísticas, éstas permiten significar los resultados; por tanto, son indispensables en todas las disciplinas, incluidas las ciencias del comportamiento, que se caracterizan por trabajar con datos muy diversos. Sin embargo, tales pruebas, por variadas y sofisticadas que sean, no permiten superar las debilidades de una investigación teórica o metodológicamente mal proyectada. Los estudiantes pueden proyectar de forma adecuada su investigación, si la ubican dentro de una línea de

investigación iniciada. Lo anterior no sólo facilita el trabajo de seleccionar correctamente un problema —lo cual es una de las actividades más difíciles e importantes—; también permite que la construcción del conocimiento, en determinada área, avance de manera sólida.

Dra. Zuleyma Santalla Peñalosa
Profesor agregado de Metodología de la investigación, Psicología experimental y Psicología general II
Facultad de Humanidades y Educación/
Escuela de Psicología
Universidad Católica Andres Bello
Caracas, Venezuela

Dada la crisis económica de los países latinoamericanos, es necesario orientar a los estudiantes hacia la investigación que ayude a resolver problemas como la pobreza y el hambre, así como hacia la generación de conocimiento con la finalidad de ser menos dependientes de los países desarrollados.

Existen investigadores capaces; lo que hace falta es ligar más los proyectos con nuestra realidad social, cultural, económica y técnica.

De acuerdo con lo anterior, se requiere que los estudiantes que inician un proyecto de investigación aborden problemas de sus propios países, regiones o ciudades, y que lo hagan de manera creativa y sin ninguna restricción.

Miguel Benites Gutiérrez
Profesor
Facultad de Ingeniería
Escuela Industrial
Universidad Nacional de Trujillo
Trujillo, Perú

capítulo

8 Selección de la muestra

Toda investigación debe ser transparente, así como estar sujeta a crítica y réplica, y este ejercicio solamente es posible si el investigador delimita con claridad la población estudiada y hace explícito el proceso de selección de su muestra.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 7 Seleccionar una muestra apropiada para la investigación

- Definir los casos (participantes u otros seres vivos, objetos, fenómenos, procesos, sucesos o comunidades) sobre los cuales se habrán de recolectar los datos.
- Delimitar la población.
- Elegir el método de selección de la muestra: probabilístico o no probabilístico.
- Precisar el tamaño de la muestra requerido.
- Aplicar el procedimiento de selección.
- Obtener la muestra.

Objetivos de aprendizaje

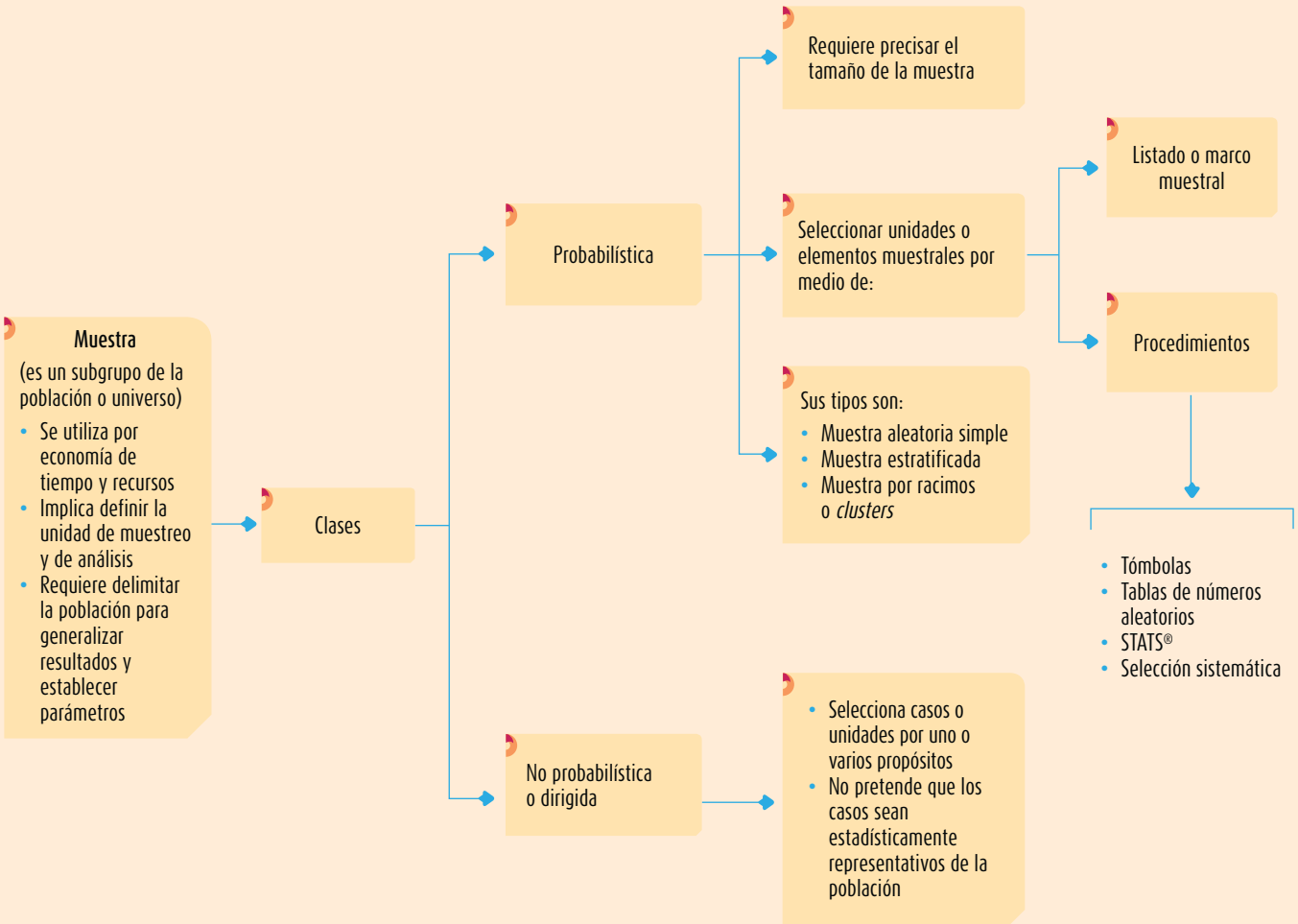
Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Definir los conceptos de muestra, población o universo y procedimiento de selección de la muestra.
2. Identificar los diferentes tipos de muestras en la investigación cuantitativa, sus procedimientos de selección y características, las situaciones en que es conveniente utilizar cada uno y sus aplicaciones.
3. Determinar el tamaño adecuado de la muestra en distintas situaciones de investigación.
4. Obtener muestras representativas de la población estudiada cuando hay interés por generalizar los resultados de una investigación a un universo más amplio.

Síntesis

En el capítulo se analizan los conceptos de muestra, población o universo, tamaño de la muestra, representatividad de la muestra y procedimiento de selección. También se presenta una tipología de muestras: probabilísticas y no probabilísticas. Se explica cómo definir las unidades de muestreo (participantes, otros seres, objetos, procesos, colectividades o sucesos), de las cuales se habrán de recolectar los datos.

Asimismo, se explica cómo determinar el tamaño adecuado de una muestra cuando pretendemos generalizar los resultados a una población y cómo proceder para obtener la muestra, dependiendo del tipo de selección elegido.



Nota: Los procedimientos para calcular el tamaño de muestra mediante fórmulas, así como la selección de los casos de la muestra a través de tablas de números aleatorios o *random*, se han excluido de este capítulo, debido a que el programa STATS® realiza tal cálculo y elección de manera mucho más sencilla y rápida. Sin embargo, el lector que prefiera los cálculos manuales y el uso de una tabla de números aleatorios, podrá encontrar esta parte en el centro de recursos en línea en: Material complementario → Documentos → Documento 1 "Cálculo de muestra". Las tablas de números también están en el apéndice 5 de ese sitio web.

Centro de recursos en línea

¿En una investigación siempre tenemos una muestra?

No siempre, pero en la mayoría de las situaciones sí realizamos el estudio en una muestra. Sólo cuando queremos efectuar un censo debemos incluir todos los casos (personas, animales, plantas, objetos) del universo o la población. Por ejemplo, los estudios motivacionales en empresas suelen abarcar a todos sus empleados para evitar que los excluidos piensen que su opinión no se toma en cuenta. Las muestras se utilizan por economía de tiempo y recursos.

Lo primero: ¿sobre qué o quiénes se recolectarán datos?

Unidades de muestreo Se les denomina también casos o elementos.

Aquí el interés se centra en "qué o quiénes", es decir, en los participantes, objetos, sucesos o colectividades de estudio (las **unidades de muestreo**), lo cual depende del planteamiento y los alcances de la investigación.[1] Así, en la situación en que el objetivo sea describir el uso que hacen los niños de la televisión, lo más factible sería interrogar a un grupo de niños. También serviría entrevistar a los padres de los niños. Escoger entre los niños o sus padres, o ambos, dependería no sólo del objetivo de la investigación, sino del diseño de ésta. En el caso de la investigación que hemos ejemplificado a lo largo del libro, en la que el propósito básico del estudio es describir la relación entre los niños y la televisión, se podría determinar que los participantes seleccionados para el estudio fueran niños que respondieran sobre sus conductas y percepciones relacionadas con este medio de comunicación.

En otro estudio de Greenberg, Ericson y Vlahos (1972), el objetivo de análisis era investigar las discrepancias o semejanzas en las opiniones de madres e hijos con respecto a la costumbre de mirar la televisión de estos últimos. La finalidad del estudio supuso la selección de mamás y niños, para entrevistarlos por separado, correlacionando posteriormente la respuesta de cada par de madre e hijo.

Lo anterior quizá parezca obvio, pues los objetivos de los dos ejemplos mencionados son claros. Sin embargo, en la práctica no es tan simple para muchos estudiantes, que en propuestas de investigación y de tesis no logran una coherencia entre los objetivos de la investigación y la unidad de muestreo/análisis. Algunos errores comunes se encuentran en la tabla 8.1.

Tabla 8.1 Quiénes van a ser medidos: errores y soluciones

Pregunta de investigación	Unidad de análisis errónea	Unidad de análisis correcta
¿Discriminan a las mujeres en los anuncios de la televisión?	Mujeres que aparecen en los anuncios de televisión. **Error:** no hay grupo de comparación.	Mujeres y hombres que aparecen en los anuncios de televisión, para comparar si ambos son presentados con la misma frecuencia e igualdad de papeles desempeñados y atributos.
¿Están los obreros del área metropolitana de la ciudad de Guadalajara satisfechos con su trabajo?	Computar el número de conflictos sindicales registrados en la Junta Local de Conciliación y Arbitraje del Ministerio del Trabajo durante los últimos cinco años. **Error:** la pregunta propone indagar sobre actitudes individuales y esta unidad de muestreo/análisis denota datos agregados en una estadística laboral y macrosocial.	Muestra de obreros que trabajan en el área metropolitana de Guadalajara, cada uno de los cuales contestará a las preguntas de un cuestionario sobre satisfacción laboral.

(*continúa*)

[1] La unidad de muestreo es el tipo de caso que se escoge para estudiar. Normalmente es la misma que la unidad de análisis, pero en ocasiones es distinta (Thompson, 2012; Lepkowski, 2008a; y Selltiz *et al.*, 1980). Por ejemplo, si pretendo investigar las razones por las que ciertos asesinos seriales jóvenes (de 18 a 22 años) fueron capaces de privar de la vida a otros seres humanos. La unidad de muestreo (el caso) sería el asesino (lo que selecciono), pero la unidad de análisis podría ser el asesinato (pudiera haber asesinos que hubieran matado a más de una persona y cada crimen se analizaría en lo particular). O bien, si un investigador pretende evaluar el grado de violencia presente en las series televisivas que se transmiten de 21 a 23 horas en determinada ciudad y durante cierto tiempo, la unidad de muestreo podría ser el capítulo y la unidad de análisis el segmento de un minuto, tres minutos o lo que considere apropiado. La diferencia es sutil, pero varios lectores han solicitado esta aclaración. En este capítulo me refiero a la unidad de muestreo/análisis, aunque debe tomarse en cuenta la distinción entre ambas.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 8.1 (*continuación*)

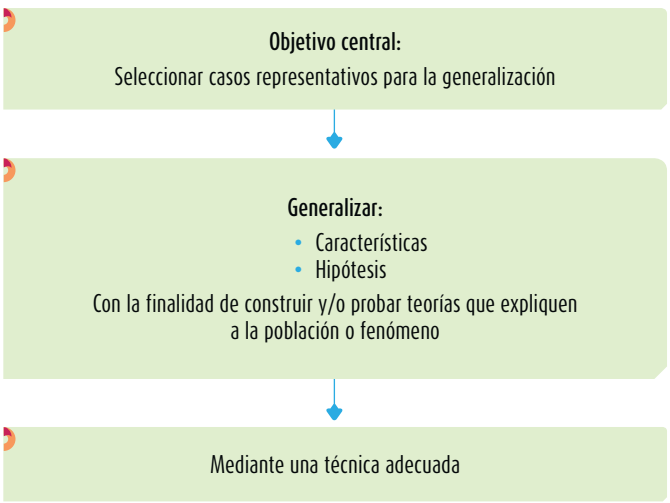
Pregunta de investigación	Unidad de análisis errónea	Unidad de análisis correcta
¿En qué medida contribuye la satisfacción de la comunicación que tienen los pacientes de enfisema pulmonar con sus médicos en el apego al tratamiento?	Pacientes de enfisema pulmonar en estado terminal. **Error:** la comunicación es un proceso entre dos actores: médicos y pacientes.	Pacientes de enfisema pulmonar y los médicos responsables de su tratamiento.
¿Qué tan arraigada se encuentra la cultura fiscal de los contribuyentes de Medellín?	Contadores públicos y contralores de las empresas del Departamento de Medellín. **Error:** ¿y el resto de los contribuyentes?	Personas físicas (contribuyentes que no son empresas de todo tipo: profesionales independientes, trabajadores, empleados, comerciantes, asesores, consultores) y representantes de empresas (contribuyentes morales).
¿En qué grado se aplica el modelo por competencias en las escuelas de un distrito escolar?	Alumnos de las escuelas del distrito escolar. **Error:** se obtendría una respuesta incompleta a la pregunta de investigación y puede ser que algunos alumnos ni siquiera sepan bien lo que es el modelo por competencias de la educación.	Modelos curriculares de las escuelas del distrito escolar (análisis de la documentación disponible), directores y maestros de las escuelas (entrevistas), y eventos de enseñanza-aprendizaje (observación de clases y tareas en cada escuela).

Por tanto, para seleccionar una muestra, lo primero que hay que hacer es definir la **unidad de muestreo/análisis** (si se trata de individuos, organizaciones, periodos, comunidades, situaciones, piezas producidas, eventos, etc.). Una vez definida la unidad de muestreo/análisis se delimita la población. 1

Para el proceso cuantitativo, la **muestra** es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse y delimitarse de antemano con precisión, además de que debe ser representativo de la población. El investigador pretende que los resultados encontrados en la muestra se generalicen o extrapolen a la población (en el sentido de la validez externa que se comentó al hablar de experimentos). El interés es que la muestra sea estadísticamente representativa. La esencia del muestreo cuantitativo podría esquematizarse como se presenta en la figura 8.1.

Muestra Subgrupo del universo o población del cual se recolectan los datos y que debe ser representativo de ésta.

Figura 8.1 Esencia del muestreo cuantitativo.



¿Cómo se delimita una población?

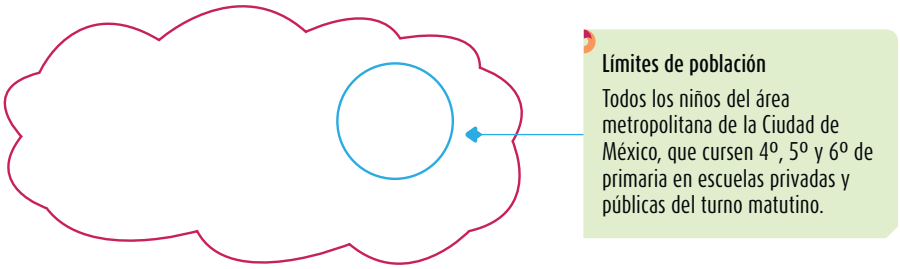
Población o universo Conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones.

Una vez que se ha definido cuál será la unidad de muestreo/análisis, se procede a delimitar la población que va a ser estudiada y sobre la cual se pretende generalizar los resultados. Así, una **población** es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Lepkowski, 2008b).

Una deficiencia que se presenta en algunos trabajos de investigación es que no describen lo suficiente las características de la población o consideran que la muestra la representa de manera automática. Suele ocurrir que algunos estudios que sólo se basan en muestras de estudiantes universitarios (porque es fácil aplicar en ellos el instrumento de medición, pues están a la mano) hagan generalizaciones temerarias sobre jóvenes que tal vez posean otras características sociales. Es preferible, entonces, establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales.

Lo anterior puede ilustrarse con el ejemplo de la investigación sobre el uso de la televisión entre los niños. Está claro que en dicha investigación la unidad de muestreo/análisis son los niños. Pero, ¿de qué población se trata? ¿De todos los niños del mundo? ¿De todos los niños de la República Mexicana? Sería muy ambicioso y prácticamente imposible referirnos a poblaciones tan grandes. Así, en nuestro ejemplo, la población se delimitaría con base en la figura 8.2.

Figura 8.2 Ejemplo de delimitación de la muestra.



Esta definición elimina, por tanto, a niños mexicanos que no vivan en la zona metropolitana de la Ciudad de México, a los que no van a la escuela, a los que asisten a clases por la tarde (turno vespertino) y a los más pequeños. Por otra parte, permite hacer una investigación costeable, con cuestionarios que serán respondidos por niños que ya saben escribir y con un control sobre la inclusión de niños de todas las zonas de la metrópoli, al utilizar la ubicación de las escuelas como puntos de referencia y de selección. En éste y otros casos, la delimitación de las características de la población no sólo depende de los objetivos de la investigación, sino de otras razones prácticas. Un estudio no será mejor por tener una población más grande; la calidad de un trabajo investigativo estriba en delimitar claramente la población con base en el planteamiento del problema.

Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo. Por ejemplo, si decidiéramos efectuar un estudio sobre los directivos de empresas manufactureras en México, con base en ciertas consideraciones teóricas que describen el comportamiento gerencial de los individuos y la relación de éste con otras variables de tipo organizacional, podríamos proceder a definir la población de la siguiente manera:

> Nuestra población comprende a todos aquellos directores generales de empresas de manufactura ubicadas en México, que en 2014 tienen un capital social superior a 15 millones de pesos, con ventas mayores a los 40 millones de pesos y con más de 250 personas empleadas (Mendoza, Hernández-Sampieri y Méndez, 2015).

En este ejemplo se delimita la población al excluir a quienes no son directores generales y a las empresas que no pertenezcan a la industria manufacturera. Se establece también, con base en criterios de capital y de recursos humanos, que se trata de empresas grandes. Por último, se indica que estos criterios operan en 2014, en México.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Al seleccionar la muestra debemos evitar tres errores que pueden presentarse: 1) desestimar o no elegir casos que deberían ser parte de la muestra (participantes que deberían estar y no fueron seleccionados), 2) incluir casos que no deberían estar porque no forman parte de la población y 3) seleccionar casos que son verdaderamente inelegibles (Mertens, 2010); por ejemplo, en una encuesta o sondeo sobre preferencias electorales entrevistar a individuos que son menores de edad y no pueden votar legalmente (no deben ser agregados a la muestra, pero sus respuestas se incluyeron, lo que es un error). Asimismo, imaginemos que realizamos una investigación para determinar el perfil de los clientes de una tienda departamental y generamos una serie de estadísticas sobre ellos en una muestra obtenida de la base de datos. Podría ocurrir que la base de datos no estuviera actualizada y varias personas ya no fueran clientes de la tienda y, sin embargo, se eligieran para el estudio (por ejemplo, que algunas se hayan mudado a otra ciudad, otras hayan fallecido, unas más ya no utilizan su membresía y hasta hubiera personas que se hayan hecho clientes de la competencia).

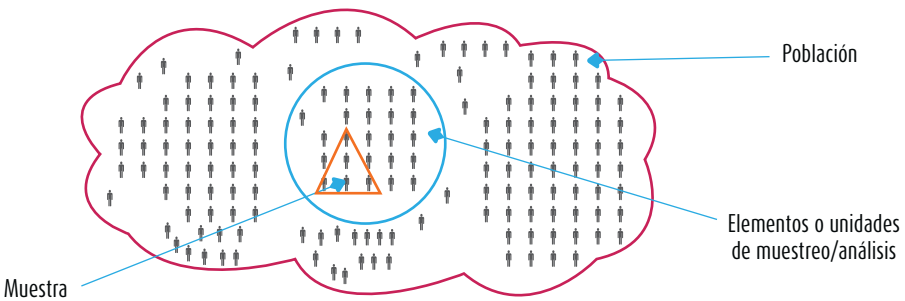
El primer paso para evitar tales errores es una adecuada **delimitación del universo** o **población**. Los criterios que cada investigador cumpla dependen de sus objetivos de estudio, y es importante establecerlos de manera muy específica.

¿Cómo seleccionar la muestra?

Hasta este momento hemos visto que se debe definir cuál será la unidad de muestreo/análisis y cuáles son las características de la población. En este inciso comentaremos sobre la muestra, o mejor dicho, los tipos de muestra, con la finalidad de poder elegir la más conveniente para un estudio.

La *muestra* es, en esencia, un subgrupo de la población. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos *población*. Esto se representa en la figura 8.3. Con frecuencia leemos y escuchamos hablar de muestra representativa, muestra al azar, muestra aleatoria, como si con los simples términos se pudiera dar más seriedad a los resultados. En realidad, pocas veces es posible medir a toda la población, por lo que obtenemos o seleccionamos una muestra y, desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas las muestras (en el enfoque cuantitativo) deben ser representativas; por tanto, el uso de los términos al azar y aleatorio sólo denota un tipo de procedimiento mecánico relacionado con la probabilidad y con la selección de elementos o unidades, pero no aclara el tipo de muestra ni el procedimiento de muestreo. Hablemos entonces de estos conceptos en los siguientes apartados.

Figura 8.3 Representación de una muestra como subgrupo.



Tipos de muestra

2

Básicamente, categorizamos las muestras en dos grandes ramas: las *muestras no probabilísticas* y las *muestras probabilísticas*. En las **muestras probabilísticas**, todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis.

Muestra probabilística Subgrupo de la población en el que todos los elementos tienen la misma posibilidad de ser elegidos.

Imagínese el procedimiento para obtener el número premiado en un sorteo de lotería. Este número se va formando en el momento del sorteo. En las loterías tradicionales, a partir de las esferas con un dígito que se extraen (después de revolverlas mecánicamente) hasta formar el número, de manera que todos los números tienen la misma probabilidad de ser elegidos.

Muestra no probabilística o dirigida
Subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de las características de la investigación.

En las **muestras no probabilísticas**, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Johnson, 2014, Hernández-Sampieri *et al.*, 2013 y Battaglia, 2008b). Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador o de un grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación. Elegir entre una muestra probabilística o una no probabilística depende del planteamiento del estudio, del diseño de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella. Para ilustrar lo anterior mencionaremos tres ejemplos que toman en cuenta dichas consideraciones.

Ejemplo

En un primer ejemplo tenemos una investigación sobre el suicidio en prisiones de Estados Unidos (Suto y Arnaut, 2010). Dado que el suicidio es una causa frecuente de muerte en las cárceles estadounidenses y que la mayoría de los trabajos previos se centraban en cuestiones demográficas y más bien superficiales, los investigadores diseñaron un estudio con el objetivo de explorar los motivos por los cuales los reclusos intentan suicidarse. Para cumplir dicho propósito se seleccionó una muestra no probabilística de prisioneros que accedieran voluntariamente a participar. De esta manera, se realizaron entrevistas exhaustivas a 24 individuos de seis cárceles de Ohio, quienes se expresaron con franqueza sobre sus experiencias.

Comentario: en este caso es adecuada una muestra no probabilística, pues se trata de un estudio exploratorio y un enfoque fundamentalmente cualitativo; es decir, no resulta concluyente, sino que su finalidad es documentar ciertas experiencias. Este tipo de estudios pretende generar datos e hipótesis que constituyan la materia prima para investigaciones más precisas. Asimismo, es complicado tener acceso a las prisiones y a los participantes.[2]

Ejemplo

Como segundo caso mencionaremos una investigación para saber cuántos niños han sido vacunados contra ciertas enfermedades y cuántos no en un país, y las variables asociadas (nivel socioeconómico, lugar donde viven, educación, etc.) y sus motivaciones. Se conforma una muestra probabilística nacional de —digamos por ahora— 1 600 lactantes, y de los datos obtenidos se toman decisiones para formular estrategias de vacunación, así como mensajes dirigidos a persuadir a la población para que vacunen oportunamente a los niños.

Comentario: este tipo de estudio, en el que se hace una asociación entre variables y cuyos resultados servirán de base para tomar decisiones políticas que afectarán a una población, se logra mediante una investigación por encuestas y, definitivamente, por medio de una *muestra probabilística*, diseñada de tal manera que los datos lleguen a ser generalizados a la población con una estimación precisa del error que pudiera cometerse al realizar tales generalizaciones.

Ejemplo

Se diseñó un experimento para determinar si los contenidos violentos de la televisión generan conductas antisociales en los niños. Para lograr tal objetivo, se seleccionan en un colegio 60 niños de cinco años de edad, de igual nivel socioeconómico e intelectual, y se asignan aleatoriamente a dos grupos o condiciones. Así, 30 niños verían caricaturas sin violencia y otros 30, caricaturas muy violentas. Inmediatamente después de la exposición, los niños serían observados en grupos y se medirían sus conductas violentas y no violentas.

[2] En el capítulo 13 profundizaremos en las muestras cualitativas.

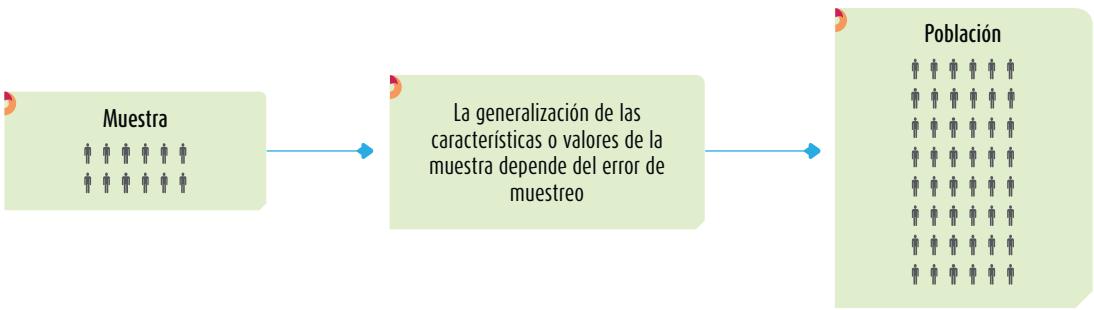
Comentario: ésta es una *muestra no probabilística*. Aunque se asignen los niños de manera aleatoria a las dos condiciones experimentales, para generalizar a la población se necesitarían experimentos repetidos. Un estudio así es valioso en cuanto a que el nivel causa-efecto es más preciso al aislar otras variables; sin embargo, no es posible generalizar los datos a todos los niños, pues sólo se aporta información sobre individuos con las mencionadas características. Se trata de una muestra dirigida y "clásica" de un estudio de este tipo. La selección de la muestra no es al azar, aunque la asignación de los niños a los grupos sí lo es.

¿Cómo se selecciona una muestra probabilística?

Resumiremos diciendo que la elección entre la muestra probabilística y la no probabilística se hace según el planteamiento del problema, las hipótesis, el diseño de investigación y el alcance de sus contribuciones. Las muestras probabilísticas tienen muchas ventajas; quizá la principal sea que puede medirse el tamaño del error en nuestras predicciones. Se ha dicho incluso que el principal objetivo del diseño de una muestra probabilística es reducir al mínimo este error, al que se le llama error estándar (Johnson, 2014; Brown, 2006; Kalton y Heeringa, 2003; y Kish, 1995).

Las muestras probabilísticas son esenciales en los diseños de investigación transeccionales, tanto descriptivos como correlacionales-causales (las encuestas de opinión o sondeos, por ejemplo), donde se pretende hacer estimaciones de variables en la población. Estas variables se miden y se analizan con pruebas estadísticas en una muestra, de la que se presupone que ésta es probabilística y que todos los elementos de la población tienen una misma probabilidad de ser elegidos. Las unidades o elementos muestrales tendrán valores muy parecidos a los de la población, de manera que las mediciones en el subconjunto nos darán estimados precisos del conjunto mayor. La precisión de dichos estimados depende del error en el muestreo, que es posible calcular. Esto se representa en la figura 8.4.

Figura 8.4 Esquema de la generalización de la muestra a la población.

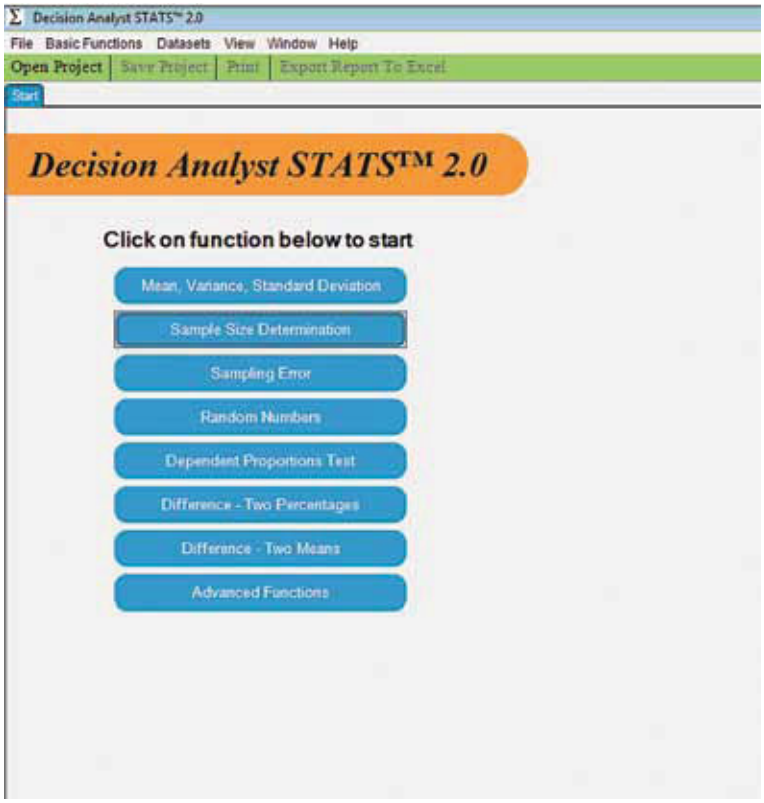


Hay otros errores que dependen de la medición, pero serán tratados en el siguiente capítulo.
Para hacer una muestra probabilística son necesarios dos procedimientos:

1. Calcular un tamaño de muestra que sea representativo de la población.
2. Seleccionar los elementos muestrales (casos) de manera que al inicio todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos.

Para lo primero, se recomienda utilizar el programa STATS® que puede descargar de la página web de este libro (en Software o Programas, con el subprograma Tamaño de la muestra [Sample Size Determination]). También se puede calcular el tamaño de muestra mediante las fórmulas clásicas que se han desarrollado, pero es más tardado y el resultado es el mismo o muy similar al que proporciona dicho programa.[3] Quien así lo desee, puede revisar este procedimiento manual en el centro de recursos en: Material complementario → Documentos → Documento 1 "Cálculo de muestra". Para lo

[3] Algunos escépticos del programa STATS® han querido comparar los resultados que éste genera con los que se obtienen mediante las fórmulas, y han encontrado en múltiples cálculos resultados muy parecidos (normalmente con una diferencia de menos de un caso, por cuestiones de redondeo).



segundo (seleccionar los elementos muestrales), requerimos un marco de selección adecuado y un procedimiento que permita la aleatoriedad en la selección. Hablaremos de ambas cuestiones en los siguientes apartados.

Cálculo del tamaño de muestra

3 Cuando se elabora una muestra probabilística, uno debe preguntarse: dado que una población es de *N tamaño*,[4] ¿cuál es el menor número de unidades muestrales (personas, casos, organizaciones, capítulos de telenovelas, etc.) que necesito para conformar una muestra (*n*) que me asegure un determinado nivel de error estándar, digamos menor de 0.01?

La respuesta consiste en encontrar una muestra que sea representativa del universo o población con cierta posibilidad de error (se pretende minimizar) y nivel de confianza (maximizar), así como probabilidad.

STATS® Imaginemos que pretendemos realizar un estudio de la siguiente población: las empresas de mi ciudad. Entonces, lo primero es conocer el tamaño de la población (número de empresas en la ciudad). Supongamos que hay 2 200. Al abrir el subprograma Tamaño de la muestra (Sample Size Determination) en STATS®,[5] el programa va a pedir los siguientes datos:

Universe size (tamaño del universo):
Maximum Acceptable Percentage Points of Error (error máximo aceptable):
Estimated Percentage Level (porcentaje estimado de la muestra):
Desired Confidence Level (nivel deseado de confianza):

El tamaño del universo o población ya dijimos que es de 2 200. Debemos conocer este dato o uno aproximado, sin olvidar que por encima de 99 999 casos da casi lo mismo cualquier tamaño del universo (un millón, 200 mil, 54 millones, etc.), por lo que si tecleamos un número mayor a 99 999 el programa pondrá esta cifra de manera automática, pero si es menor la respeta.

STATS® También pide que definamos el error estándar máximo aceptable (*maximum aceptable percentage points of error*) (probabilidad), el porcentaje estimado de la muestra (*estimated percentage level*) y el nivel de confianza (*desired confidence level*) (términos que se explican en el capítulo 10, "Análisis de los datos cuantitativos", en el paso 5, sugerido para el análisis: "analizar mediante pruebas estadísticas las hipótesis planteadas"). Por ahora diremos que el error máximo aceptable se refiere a un porcentaje de

[4] En muestreo, cuando se utiliza una letra mayúscula se habla de la población y una letra minúscula, de la muestra (*N* = tamaño de población, *n* = tamaño de muestra).
[5] Obviamente primero debe instalar el programa en la computadora.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

error potencial que admitimos como tolerancia de que nuestra muestra **no** sea representativa de la población (de equivocarnos). Los niveles de error pueden ir de 20 a 1% en STATS®. Los más comunes son 1 y 5% (uno implica tolerar muy poco error, 1 en 100, por así decirlo; mientras que 5% es aceptar en 100 cinco posibilidades de equivocarnos).

Se explicará esto con un ejemplo cotidiano. Si fuera a apostar en las carreras de caballos y tuviera 95% de probabilidades de atinarle al ganador, contra sólo 5% de perder, ¿apostaría? Obviamente sí, siempre y cuando le aseguraran ese 95% a favor. O bien, si le dieran 95 boletos de 100 para la rifa de un automóvil, ¿sentiría confianza en que va a estrenar vehículo? Por supuesto que sí. No tendría la certeza total; ésta no existe en el universo, al menos para los seres humanos.

Pues bien, algo similar hace el investigador al definir un posible nivel de error en la representatividad estadística de su muestra. Los niveles de error más comunes que suelen fijarse en la investigación son de 5 y 1% (en ciencias sociales el más usual es el primero).

El porcentaje estimado de la muestra es la probabilidad de ocurrencia del fenómeno (representatividad de la muestra o no representatividad, la cual se estima sobre marcos de muestreo previos o se define. La certeza total siempre es igual a uno, las posibilidades a partir de esto son "p" de que sí ocurra y "q" de que no ocurra ($p + q = 1$). Cuando no tenemos marcos de muestreo previos, usamos un porcentaje estimado de 50% (que es la opción automática que brinda STATS®, es decir, asumimos que "p" y "q" serán de 50% —igual probabilidad— o 0.50 —en términos de proporciones—, y que resulta lo más común, particularmente cuando seleccionamos por vez primera una muestra en una población).

Finalmente, el nivel deseado de confianza es el complemento del error máximo aceptable (porcentaje de "acertar en la representatividad de la muestra"). Si el error elegido fue de 5%, el nivel deseado de confianza será de 95%. Una vez más, los niveles más comunes son de 95 y 99%. En forma automática, STATS® coloca el primero, pero podemos modificarlo.

Ya con todos los campos llenos, con sólo presionar el botón de Calcular, se obtiene el tamaño de muestra representativo para el universo, en términos de probabilidad. En el ejemplo podría ser:

Tamaño del universo: 2 200
Error máximo aceptable: 5%
Porcentaje estimado de la muestra: 50%
Nivel deseado de confianza: 95%

El resultado que nos proporciona STATS® es:

Tamaño de la muestra: 327 (número de empresas que necesitamos para tener representadas a las 2 200 de la ciudad, con 95% de confianza y 5% de error máximo).[6]

[6] Las versiones más actualizadas de STATS® redondean automáticamente, a diferencia de las anteriores. Si tuviera otra versión más antigua, el resultado hubiera sido de 327.1776.

Ejemplo

Problema de investigación

Supongamos que el gobierno de un estado, provincia o departamento ha emitido una ley que impide (prohibición expresa) a las estaciones de radio transmitir comerciales que utilicen un lenguaje procaz (groserías, malas palabras). Dicho gobierno nos solicita analizar en qué medida los anuncios radiofónicos transmitidos en el estado utilizan en su contenido este lenguaje, digamos, durante el último mes.

Población (*N*):
Comerciales transmitidos por las estaciones radiofónicas del estado durante el último mes.

Tamaño de muestra (*n*):
Lo primero es determinar o conocer *N* (recordemos que significa población o universo). En este caso *N* = 20 000 (20 mil comerciales transmitidos). Lo segundo es establecer el error máximo aceptable, el porcentaje estimado de la muestra y el nivel de confianza.

Tecleamos los datos (Inputs) que STATS® nos pide:[7]
Tamaño de la población (Universe Size): 20 000
Error máximo aceptable (Maximum Acceptable Percentage Points of Error): 5%
Porcentaje estimado de la muestra (Estimated Percentage Level): 50%
Nivel de confianza deseado (Desired Confidence Level): 95%

El programa calcula automáticamente el tamaño de muestra necesario o requerido (Results. The Sample Size should be...): *n* = 377, que es el número de comerciales radiofónicos que necesitamos para representar al universo de 20 000, con un error de 0.05 (5%) y un nivel de confianza de 95%.

Si cambiamos el nivel de error tolerado y el nivel de confianza (1% de error y 99% de confianza, el tamaño de la muestra será mucho mayor, en este caso de 9 083 comerciales).

Como puede apreciarse, el tamaño de la muestra es sensible al error y nivel de confianza que definamos. A menor error y mayor nivel de confianza, mayor tamaño de muestra requerido para representar a la población o universo.

Ejemplo

Problema de investigación

Analizar la motivación intrínseca que tienen los empleados de la cadena de restaurantes "Lucy y Laura Bunny".

Población:
N = 600 empleados (cocineros, meseros, ayudantes, etcétera).

Tamaño de muestra:
Con un error de 5% y un nivel de confianza de 95%, el tamaño requerido para que la muestra sea representativa es de 234 empleados.

Conforme disminuye el tamaño de la población aumenta la proporción de casos que necesitamos en la muestra.

Previamente se señaló que para obtener una muestra probabilística eran necesarios dos procedimientos. El primero es el que acabamos de mencionar: calcular un tamaño de muestra que sea representativo de la población. El segundo consiste en seleccionar los elementos muestrales de manera que al inicio todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos. Es decir, cómo y de dónde vamos a elegir los casos. Esto se comentará más adelante.

STATS®

A los ejemplos de las muestras obtenidas por STATS® se les conoce como muestras aleatorias simples (MAS). Su característica esencial, como dijimos, es que todos los casos del universo tienen al inicio la misma probabilidad de ser seleccionados.

Muestra probabilística estratificada

En ocasiones, el interés del investigador es comparar sus resultados entre segmentos, grupos o nichos de la población, porque así lo señala el planteamiento del problema. Por ejemplo, efectuar compara-

[7] Se incluyen los términos en inglés por si la versión disponible se encuentra en este idioma.

ciones por género (entre hombres y mujeres), si la selección de la muestra es aleatoria, tendremos unidades o elementos de ambos géneros, no hay problema, la muestra reflejará a la población.

Ahora bien, en ocasiones nos interesan grupos que constituyen minorías de la población o universo, y entonces, si la muestra es aleatoria simple, resultará muy difícil determinar qué elementos o casos de tales grupos serán seleccionados. Imaginemos que nos interesan personas de todas las religiones para contrastar ciertos datos, pero en la ciudad donde se efectuará el estudio la mayoría es —por ejemplo— predominantemente católica. Con MAS es casi seguro que no elijamos individuos de diversas religiones o sólo unos cuantos. No podríamos efectuar las comparaciones. Quizá tengamos 300 católicos y cinco o seis de otras religiones. Entonces es cuando preferimos obtener una **muestra probabilística estratificada** (el nombre nos dice que será probabilística y que se considerarán segmentos o grupos de la población, o lo que es igual: estratos).

Muestra probabilística estratificada Muestreo en el que la población se divide en segmentos y se selecciona una muestra para cada segmento.

Ejemplos de estratos en la variable religión serían: católicos, cristianos, protestantes, judíos, mahometanos, budistas, etc. Y de la variable grado o nivel de estudios: preescolar, primaria, secundaria, bachillerato, universidad (o equivalente) y posgrado. Podemos tener estratos por diferentes tamaños de empresas, tipos de enfermedades, altura de edificios, etcétera.

Los ejemplos anteriores del uso de STATS® corresponden a muestras probabilísticas simples. Ahora supongamos que pretendemos realizar un estudio con directores de recursos humanos para determinar su ideología y políticas de trato a los colaboradores de sus empresas. Imaginemos que nuestro universo es de 1 176 organizaciones con directores de recursos humanos. Usando STATS® determinamos que el tamaño de la muestra necesaria para representar a la población sería de $n = 298$ directivos. Pero supongamos que la situación se complica y que debemos estratificar este n con la finalidad de que los elementos muestrales o las unidades posean determinado atributo. En nuestro ejemplo, este atributo podría ser el giro de la empresa. Es decir, cuando no basta que cada uno de los elementos muestrales tengan la misma probabilidad de ser escogidos, sino que además es necesario segmentar la muestra en relación con estratos o categorías que se presentan en la población, y que además son relevantes para los objetivos del estudio, se diseña una muestra probabilística estratificada. Lo que aquí se hace es dividir a la población en subpoblaciones o estratos, y se selecciona una muestra para cada estrato.

La estratificación aumenta la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de diferentes tamaños de muestra para cada estrato, a fin de lograr reducir la varianza de cada unidad de la media muestral (Kalton y Heeringa, 2003). Kish (1995) y Kalsbeek (2008) afirman que, en un número determinado de elementos muestrales $n = \sum nh$, la varianza de la media muestral $\bar{y}$ puede reducirse al mínimo, si el tamaño de la muestra para cada estrato es proporcional a la desviación estándar dentro del estrato.

Esto es,

$$\Sigma fh = \frac{n}{N} = ksh$$

En donde la muestra n será igual a la suma de los elementos muestrales nh. Es decir, el tamaño de n y la varianza de $\bar{y}$ pueden minimizarse, si calculamos "submuestras" proporcionales a la desviación estándar de cada estrato. Esto es:

$$fh = \frac{nh}{Nh} = ksh$$

En donde nh y Nh son muestra y población de cada estrato, y sh es la desviación estándar de cada elemento en un determinado estrato. Entonces tenemos que:

$$ksh = \frac{nh}{Nh}$$

Siguiendo con nuestro ejemplo, la población es de 1 176 directores de recursos humanos y el tamaño de muestra es $n = 298$. ¿Qué muestra necesitaremos para cada estrato?

$$ksh = \frac{nh}{Nh} = \frac{298}{1\,176} = 0.2534$$

De manera que el total de la subpoblación se multiplicará por esta fracción constante para obtener el tamaño de la muestra para el estrato. Al sustituirse, tenemos que:

$$(Nh)\ (fh) = nh \text{ (véase la tabla 8.2)}$$

Tabla 8.2 Muestra probabilística estratificada de directores de recursos humanos

Estrato por giro	Directores de recursos humanos del giro	Total población (fh) = 0.2534 Nh (fh) = nh	Muestra
1	Extractivo y siderúrgico	53	13
2	Metal-mecánico	109	28
3	Alimentos, bebidas y tabaco	215	55
4	Papel y artes gráficas	87	22
5	Textil	98	25
6	Eléctrico y electrónico	110	28
7	Automotriz	81	20
8	Químico-farmacéutico	221	56
9	Otras empresas de transformación	151	38
10	Comerciales	51	13
		$N = 1\,176$	$n = 298$

Por ejemplo:
$Nh = 53$ directores de recursos humanos corresponden a la población total del giro extractivo y siderúrgico.
$fh = 0.2534$ es la fracción constante.
$nh = 13$ es el número redondeado de directores de RRHH del giro extractivo y siderúrgico que tendrá que entrevistarse.

Muestreo probabilístico por racimos

En algunos casos en que el investigador se ve limitado por recursos financieros, tiempo, distancias geográficas y otros obstáculos, se recurre al **muestreo por racimos o *clusters***. En este tipo de muestreo se reducen costos, tiempo y energía, al considerar que a veces las unidades de muestreo/análisis se encuentran encapsuladas o encerradas en determinados lugares físicos o geográficos, a los que se denomina **racimos**. En la tabla 8.3 se dan algunos ejemplos. En la primera columna se encuentran unidades de muestreo/análisis que frecuentemente vamos a estudiar. En la segunda columna sugerimos posibles racimos donde se encuentran dichos elementos.

Racimos Son sinónimos de *clusters* o conglomerados.

Tabla 8.3 Ejemplo de racimos o *clusters*

Unidad de muestreo/análisis	Posibles racimos
Adolescentes	Preparatorias
Obreros	Industrias o fábricas
Amas de casa	Mercados/supermercados/centros comerciales
Empresas	Parques o zonas industriales
Niños	Colegios

Muestrear por racimos implica diferenciar entre la unidad de análisis y la unidad muestral. La unidad de análisis indica quiénes van a ser medidos, es decir, los participantes o casos a quienes en última instancia vamos a aplicar el instrumento de medición. La unidad muestral (en este tipo de muestra) se refiere al racimo por medio del cual se logra el acceso a la unidad de análisis. El muestreo por racimos supone una selección en dos o más etapas, todas con procedimientos probabilísticos. En la primera, se seleccionan los racimos siguiendo los pasos ya señalados de una muestra probabilística simple o estratificada. En las fases subsecuentes, y dentro de estos racimos, se seleccionan los casos que van a medirse. Para ello se hace una selección que asegure que todos los elementos del racimo tienen la misma probabilidad de ser elegidos.

Muestra probabilística por racimos Muestreo en el que las unidades se encuentran encapsuladas en determinados lugares físicos.

Por ejemplo, en una muestra nacional de ciudadanos de un país por *clusters* o racimos, podríamos primero elegir al azar una muestra de estados, provincias o departamentos (primera etapa). Luego, cada estado o provincia se convierte en un universo y se seleccionan al azar municipios (segunda etapa); cada municipio se considera un universo o población y se eligen al azar comunidades o colonias (tercera etapa); cada una de éstas se concibe como universo y de nuevo, al azar, se eligen manzanas o cuadras (cuarta etapa). Por último, se escogen al azar viviendas u hogares e individuos (quinta etapa).

En ocasiones se combinan tipos de muestreo, por ejemplo: una muestra probabilística estratificada y por racimos, pero siempre se utiliza una selección aleatoria que garantiza que al inicio del procedimiento todos los elementos de la población tienen la misma probabilidad de ser elegidos para integrar la muestra. En el centro de recursos en línea del libro: Material complementario → Documentos → Documento 1 "Cálculo de muestra" se proporciona un ejemplo que comprende varios de los procedimientos descritos hasta ahora y que ilustra la manera como frecuentemente se hace una muestra probabilística estratificada.

Centro de recursos en línea

¿Cómo se lleva a cabo el procedimiento de selección de la muestra?

Cuando iniciamos nuestra exposición sobre la muestra probabilística, señalamos que los tipos de muestra dependen de dos características: el tamaño de la muestra y el procedimiento de selección.

De lo primero ya hemos hablado. Ahora nos ocuparemos del procedimiento de selección. Se determina el tamaño de la muestra *n*, pero ¿cómo seleccionar los elementos muestrales? (ya sean casos o racimos). Las unidades de análisis o los elementos muestrales se eligen siempre aleatoriamente para asegurarnos de que cada elemento tenga la misma probabilidad de ser elegido. Se utilizan básicamente tres procedimientos de selección, de los cuales a continuación se comentan dos y el tercero se expone en el centro de recursos en línea: Material complementario → Documentos → Documento 1 "Cálculo de muestra".

Centro de recursos en línea

Tómbola

Muy simple pero muy rápido, consiste en numerar todos los elementos muestrales de la población, del uno al número *N*. Después se hacen fichas o papeles, uno por cada elemento, se revuelven en una caja y se van sacando *n* número de fichas, según el tamaño de la muestra. Los números elegidos al azar conformarán la muestra.

Cuando nuestro muestreo es estratificado, se sigue el procedimiento anterior, pero por cada estrato. Por ejemplo, en la tabla 8.2, tenemos que, de una población $N = 53$ empresas extractivas y siderúrgicas, se necesita una muestra $n = 13$ de directivos de recursos humanos de tales empresas. En una lista se numeran cada una de estas organizaciones. En fichas aparte se sortean los 53 números, hasta obtener los 13 necesarios (pueden ser las 13 primeras fichas que se extraigan). Los números obtenidos se verifican con los nombres y las direcciones de nuestra lista, para precisar los directivos que participarán en el estudio.

Números aleatorios (*random numbers*)

Centro de recursos en línea

Éste es el procedimiento que se encuentra en el centro de recursos en línea: Documento 1 "Cálculo de muestra".

STATS®

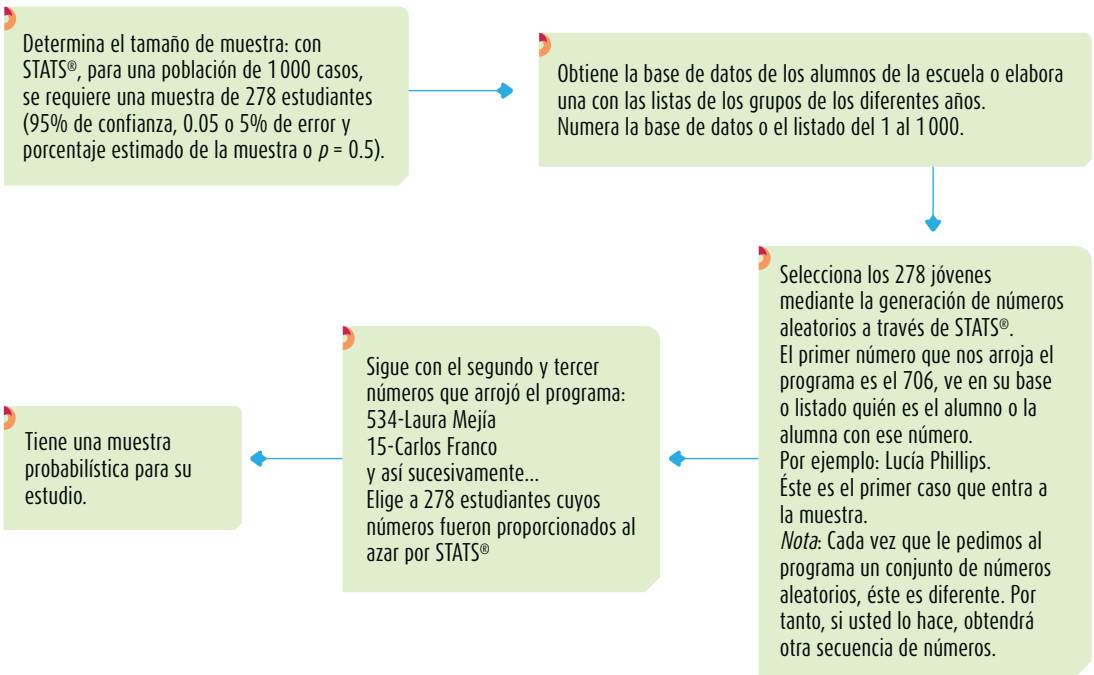
STATS®

Una excelente alternativa para generar números aleatorios se encuentra en el programa STATS®, que contiene un subprograma para ello (Random Number Generator) y evita el uso de la tabla de números aleatorios. Es hasta ahora la mejor forma que hemos encontrado para hacerlo.

El programa pide que le indiquemos cuántos números aleatorios requerimos. Entonces, tecleamos el tamaño de muestra. Elegimos la opción: ⊙ "Establecer límite superior e inferior" y nos solicita que establezcamos el límite inferior (que siempre será uno, el primer caso de la población, pues la muestra se extrae de ésta) y el límite superior (el último número de la población, que es el tamaño de la muestra). Tecleamos Calcular (Calculate) y genera automáticamente los números. Vemos contra nuestro listado a quién o a qué corresponde cada número y éstos son los casos que pasarían a integrar la muestra.

Veámoslo con un ejemplo. Imaginemos que una investigadora busca conocer en una escuela o facultad de una universidad quiénes son el joven y la joven más populares. Entonces decide realizar una encuesta, para lo cual debe obtener una muestra. Supongamos que la escuela tiene una población de 1 000 alumnos. Si obtuviera una muestra aleatoria simple, su procedimiento sería el que se muestra en la figura 8.5.

Figura 8.5 Ejemplo del procedimiento para elegir los casos de una muestra aleatoria simple usando STATS®.



Con estratos o conglomerados repetimos el procedimiento para cada uno.

Selección sistemática de elementos muestrales

Este procedimiento de selección es muy útil e implica elegir dentro de una población N un número n de elementos a partir de un intervalo K. Este último (K) es un intervalo que se determina por el tamaño de la población y el tamaño de la muestra. Así, tenemos que $K = N/n$, en donde K = un intervalo de selección sistemática, N = la población y n = la muestra.

Ilustremos los conceptos anteriores con un ejemplo. Supongamos que se quiere hacer un estudio que pretende medir la calidad de la atención en los servicios proporcionados por los médicos y las enfermeras de un hospital. Para tal efecto consideremos que los investigadores consiguen grabaciones de todos los servicios efectuados durante un periodo determinado.[8] Supongamos que se hayan filmado 1 548 servicios (N). Con este dato se procede a determinar qué número de servicios necesitamos analizar para generalizar a toda la población nuestros resultados. Con STATS® determinamos que se necesitan 308 servicios para evaluar (con un error máximo de 5%, nivel de confianza de 95% y un porcentaje estimado de 50% para la muestra, $p = 0.5$).

Si necesitamos una muestra de $n = 308$ episodios de servicio filmados, se utiliza para la selección el intervalo K, donde:

$$K = \frac{N}{n} = \frac{1\,548}{308} = 5.0259, \text{ redondeado} = 5$$

El intervalo $1/K = 5$ indica que cada quinto servicio $1/K$ se seleccionará hasta completar $n = 308$.

Se puede recurrir a la selección sistemática de elementos muestrales $1/K$ para elegir los elementos de n de cada estrato o de cada racimo. La regla de probabilidad, según la cual cada elemento de la población debe tener idéntica posibilidad de ser elegido, se cumple al empezar la selección de $1/K$ al azar (Daniel, 2012 y Buskirk, 2008). Siguiendo nuestro ejemplo, no comenzamos a elegir de los 1 548 episodios, el 1, 6, 11, 16…, sino que procuramos que el inicio sea determinado por el azar. Así, en este caso, podemos tirar unos dados y si en sus caras muestran 1, 6, 9, iniciaremos en el servicio 169, y seguiremos 174, 179, 184, 189… $1/K$… y volveremos a empezar por los primeros si es necesario. Este procedimiento de selección es poco complicado y tiene varias ventajas: cualquier tipo de estrato en una población X se verá reflejado en la muestra. Asimismo, la selección sistemática logra una muestra proporcionada, ya que, por ejemplo, tenemos que el procedimiento de selección $1/K$ nos dará una muestra con nombres que inician con las letras del abecedario, en forma proporcional a la letra inicial de los nombres de la población (Lohr, 2010 y Lynn, 2003).

Listados y otros marcos muestrales

Las *muestras probabilísticas* requieren la determinación del tamaño de la muestra y de un proceso de selección aleatoria que asegure que todos los elementos de la población tengan la misma probabilidad de ser elegidos. Todo esto lo hemos visto, aunque falta exponer algo esencial que precede a la selección de una muestra: el **marco muestral**. Éste constituye un marco de referencia que nos permite identificar físicamente los elementos de la población, la posibilidad de enumerarlos y, por ende, de proceder a la selección de las unidades muestrales (los casos de la muestra) (Morgan, 2008 y Sudman, 1976). Normalmente se trata de un listado existente o una lista que es necesario confeccionar *ad hoc*, con los casos de la población.

Marco muestral Es un marco de referencia que nos permite identificar físicamente los elementos de la población, así como la posibilidad de enumerarlos y seleccionar las unidades muestrales.

Los listados existentes de una población son variados: guías telefónicas, listas de miembros de las asociaciones, directorios especializados, listas oficiales de escuelas de la zona, bases de datos de los alumnos de una universidad o de los clientes de una empresa, registros médicos, catastros, nóminas de una organización, padrones de exportadores, inventarios de productos y almacén, etc. En todo caso hay que tener en cuenta lo completo de una lista, su exactitud, su veracidad, su fiabilidad y su nivel de cobertura en relación con el problema que se investiga y la población que va a medirse, ya que todos estos aspectos influyen en la selección de la muestra (Ryan, 2013 y Schroeder, 2008).

Por ejemplo, para algunas encuestas se considera que el directorio telefónico (o guía telefónica) es muy útil. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que muchos números no aparecen porque son privados, además de que hay hogares que no tienen teléfono. La lista de socios de una agrupación

[8] Se sabe que el número de servicios en un hospital es muy variable y depende de diversos factores, como el número de camas, de médicos y paramédicos; el tipo y nivel de atención (desde consultas simples hasta cirugía compleja), la época, el número de habitantes en la zona donde se encuentra ubicado o el número de derechohabientes, etc. El ejemplo trata de ser accesible para lectores de diversos campos.

como la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación (México), la Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa, la Asociación Dominicana de Exportadores o la Cámara Nacional de Comercio, Servicios y Turismo de Chile nos serviría si el propósito del estudio fuera, por ejemplo, conocer la opinión de los asociados con respecto a una medida gubernamental. Pero si el objetivo de la investigación es analizar la opinión del sector patronal o empresarial del país, el listado de una sola asociación no sería adecuado por varias razones: hay otras sociedades empresariales,[9] las asociaciones son voluntarias y no toda empresa pertenece a ellas. En esta situación, lo correcto sería formar una nueva base de datos, fundamentada en los listados existentes de las asociaciones patronales, eliminando de dicha lista los casos duplicados, si una o más empresas pertenecieran a dos agrupaciones al mismo tiempo.

Hay listas que proporcionan una gran ayuda al investigador. Por ejemplo: bases de datos locales especializadas en las empresas, como Industridata en México; bases de datos internacionales de naturaleza empresarial como Kompass;[10] directorios por calles o los programas y sistemas que tienen a nivel regional o mundial tales directorios (como los sistemas de posicionamiento global o GPS); guías de medios de comunicación (que enlistan casas productoras, estaciones de radio y televisión, periódicos y revistas). Estos marcos de referencia reunidos por profesionales resultan convenientes para el investigador, pues representan una compilación (de personas, empresas, instituciones, etc.), resultado de horas de trabajo e inversión de recursos. También en internet descubriremos muchos directorios a los cuales podemos acceder mediante un motor de búsqueda. Se recomienda, pues, utilizarlos cuando sea pertinente, tomando en cuenta las consideraciones que estos directorios o bases de información hacen en su introducción y que revelan el año a que pertenecen los datos, cómo se obtuvieron éstos (exhaustivamente, por cuestionarios, por voluntarios) y muy importante, quiénes quedan excluidos del directorio y por qué.

Con frecuencia es necesario preparar listas *ad hoc* a partir de las cuales se elegirán los elementos que constituirán las unidades de muestreo/análisis de una investigación. Esto se ilustra mediante el ejemplo de la televisión y los niños al final del capítulo, con una muestra probabilística estratificada por racimos.

Desde luego, no siempre existen listas que permitan identificar a nuestra población. Entonces, será necesario recurrir a otros marcos de referencia que contengan descripciones del material, las organizaciones o los casos que serán seleccionados como unidades de análisis. Algunos de estos marcos son los archivos (físicos, electrónicos, en la web, etc.) y los mapas. De estas instancias daremos algunos ejemplos con más detalles y recomendaremos soluciones para algunos problemas comunes en el muestreo.

Archivos

Un gerente de reclutamiento y selección de una empresa quiere precisar si ciertos datos que se presentan en una solicitud de trabajo están correlacionados con el absentismo del empleado. Es decir, si a partir de información como edad, género, estado civil, nivel educativo y duración en otros trabajos, es factible predecir la conducta de absentismo. Para establecer correlaciones se considerará como población a todas las personas contratadas durante los últimos 10 años. Se relacionan los datos en las solicitudes de empleo con los registros de faltas.

Como no hay una lista elaborada de estos individuos, el investigador decide acudir a los archivos de las solicitudes de empleo. Tales archivos constituyen su marco muestral a partir del cual se obtendrá la muestra. Determina el tamaño de la población, obtiene el tamaño de la muestra y selecciona sistemáticamente cada elemento $1/K$ (solicitud que será analizada). Obviamente, en el archivo habrá solicitudes de gente que no fue contratada y, por tanto, no debe considerarse en el estudio.

[9] En México, la Canacintra representa sólo al sector de la industria de la transformación, en España la Cepyme no agrupa a grandes consorcios empresariales, en República Dominicana la Adoexpo no es la única asociación del Consejo Nacional de la Empresa Privada y en Chile la CNC no incluye a la industria de la construcción y la minería, por ejemplo.

[10] Estas bases permiten localizar y consultar información de empresas por giro, tamaño, localización geográfica, etcétera.

Mapas

Los mapas son muy útiles como marco de referencia en muestras de racimos. Por ejemplo, un investigador quiere saber qué motiva a los compradores a preferir ciertas tiendas de autoservicio. A partir de una lista de tiendas de cada cadena competidora marca sobre un mapa de la ciudad, todas las tiendas de autoservicio, las cuales constituyen una población de racimos, pues en cada tienda seleccionada entrevistará a un número de clientes. El mapa le permite ver la población (tiendas de autoservicio) y su localización geográfica, de manera que elige zonas donde coexistan diferentes tiendas competidoras, para asegurarse de que el consumidor de la zona tenga todas las posibles alternativas. En la actualidad hay mapas de todo tipo: mercadológicos, socioculturales, étnicos, marítimos, entre otros. El Global Positioning System (GPS) o sistema de posicionamiento global puede ser muy útil para esta clase de muestreo.

Tamaño óptimo de una muestra

4

Tal como se mencionó, las muestras probabilísticas requieren dos procedimientos básicos: 1) la determinación del tamaño de la muestra y 2) la selección aleatoria de los elementos muestrales. Para lo primero, al lector le será muy útil comparar qué tamaño de muestra han empleado o sugieren diversos metodólogos e investigadores. Por ello, se muestran algunos ejemplos y se reproducen varias tablas (8.4 a 8.7), que indican los tamaños de muestra más utilizados o propuestos por diversos autores, según sus poblaciones (nacionales o regionales) y los subgrupos que quieren estudiarse, así como de acuerdo con los análisis que se lleven a cabo.

Las muestras nacionales, es decir, las que representan a la población de un país, por lo común son de más de 1 000 sujetos. La muestra del estudio "¿Cómo somos los mexicanos?" (Hernández Medina, Narro y Rodríguez, 1987), constó de 1 737 participantes repartidos de la siguiente manera:

Frontera y norte	696
Centro (sin la capital nacional o Distrito Federal)	426
Sur-sureste	316
Distrito Federal	299
	1 737

La muestra de los barómetros de opinión en España es nacional,[11] incluye personas de ambos géneros, de 18 años o más y su tamaño es alrededor de 2 500 casos (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2013). Su elección es por estratos y racimos. Primero, se eligen municipios, luego secciones y finalmente individuos. Por ejemplo, los puntos de muestreo en abril de 2013 fueron 236 municipios y 46 provincias (esto varía, pero el tamaño se ha mantenido en los últimos años).

> Los estratos se forman por el cruce de las 17 comunidades autónomas con el tamaño de hábitat, dividido en 7 categorías: *a*) menor o igual a 2 000 habitantes; *b*) de 2 001 a 10 000; *c*) de 10 001 a 50 000; *d*) de 50 001 a 100 000; *e*) de 100 001 a 400 000; *f*) de 400 001 a 1 000 000 y *g*) más de un millón de habitantes (Centro de Investigaciones Sociológicas, 2013, p. 1).

En cambio, el Barómetro del Real Instituto Elcano (BRIE) en España comprende a 1 200 individuos (Real Instituto Elcano, 2012).

El Eurobarómetro es otra encuesta que abarca diversos países de la Unión Europea (UE) y su muestra es de aproximadamente 1 000 personas por país, excepto en Alemania donde se consulta al doble y a Reino Unido, donde la *n* es igual a 1 300 (300 encuestas se efectúan en Irlanda) (Berganza y García, 2005).[12] Sus temas son diversos, desde salud hasta trabajo y percepciones sociales, etcétera.

[11] Los barómetros son encuestas (*surveys*) de alcance nacional o continental e incluyen cuestiones políticas, económicas, sociales y de actualidad.

[12] Para validar lo actual de esta información, se consultaron diversos reportes del Eurobarómetro; los datos siguen vigentes al 2013 (véase Comisión Europea 2010, 2012 y 2013).

En la tabla 8.4 observamos la importancia que tiene en el tamaño, la decisión de que sean muestras nacionales o regionales en cualquier tipo de estudio.

Las muestras regionales (por ejemplo, las que representen al área metropolitana de la Ciudad de México u otra gran urbe con más de tres millones de habitantes) o de algún estado, departamento o provincia de un país o algún municipio o región, son más pequeñas, con rangos de 400 a 700 individuos.

Tabla 8.4 Muestras utilizadas con frecuencia en investigaciones nacionales y regionales según área de estudio[13]

Tipos de estudio	Nacionales	Regionales
Económicos	1000+	100
Médicos	1000+	500
Conductas	1000+	700-300
Actitudes	1000+	700-400
Experimentos de laboratorio	– – –	100

El tamaño de una muestra depende también del número de subgrupos que nos interesan en una población. Por ejemplo, podemos subdividirla en hombres y mujeres de cuatro grupos de edad o, aún más, en hombres y mujeres de cuatro grupos de edad en cada uno de cinco niveles socioeconómicos. En este caso estaríamos hablando de 40 subgrupos y, por ende, de una muestra mayor. En la tabla 8.5 se describen muestras típicas de acuerdo con los subgrupos del estudio, según su cobertura (estudios nacionales o estudios especiales o regionales) y según su unidad de análisis; es decir, se trata de individuos o de organizaciones. En esta última instancia el número de la muestra se reduce, ya que casi siempre representa una gran fracción de la población total.

Tabla 8.5 Muestras típicas de estudios sobre poblaciones humanas y organizaciones[14]

Número de subgrupos	Población de individuos u hogares		Población de organizaciones	
	Nacionales	Regionales	Nacionales	Regionales
Ninguno (un único grupo) - pocos (menos de 5)	1 000-1 500	200-500	200-500	50-200
Promedio (5 a 10)	1 500-2 500	500-1 000	500-1 000	200-500
Más de 10	2500 +	1 000 +	1 000 +	500 +

Otra tabla que nos ayuda a comprender el tema que estamos analizando es la 8.6, la cual se basa en Mertens (2010) y Borg y Gall (1989), de acuerdo con el propósito del estudio. Aquí cada número es el mínimo sugerido.

Tabla 8.6 Tamaños de muestra mínimos en estudios cuantitativos

Tipo de estudio	Tamaño mínimo de muestra
Transeccional descriptivo o correlacional	30 casos por grupo o segmento del universo.
Encuesta a gran escala	100 casos para el grupo o segmento más importante del universo y de 20 a 50 casos para grupos menos importantes.
Causal	15 casos por variable independiente.
Experimental o cuasiexperimental	15 por grupo.

[13] Adaptada de Sudman (1976).
[14] Adaptada de Sudman (1976) y Mertens (2010).

Hesse-Biber (2010a) y Onwuegbuzie y Collins (2007) recomiendan los siguientes tamaños mínimos de muestra, dependiendo del análisis estadístico inferencial que se pretende, los cuales se aprecian en la tabla 8.7.[15]

Tabla 8.7 Tamaños mínimos de muestra por tipo de análisis estadístico

Tipo de análisis	Número de casos
Análisis de correlación	64 casos para hipótesis estadísticas/pruebas de una cola y 82 para dos colas.
Análisis causales o comparativos (diferencias significativas entre grupos)	51 casos por grupo para hipótesis estadísticas/pruebas de una cola y 64 para dos colas.
Análisis comparativos en diseños experimentales	21 casos por grupo para hipótesis estadísticas/pruebas de una cola. En pruebas de dos o más colas 27 por grupo.

Asimismo, debemos recordar que en el caso de los experimentos, la muestra representa el balance entre un mayor número de casos y el número que podamos manejar. Recordemos que la mayoría de las pruebas estadísticas exigen 15 casos como mínimo por grupo de comparación (Hernández-Sampieri *et al.*, 2013 y Mertens, 2010).

Además, resulta obvio que en ciertos fenómenos el tamaño de la muestra varía en función de qué tan homogéneo o heterogéneo es el universo considerado. Por ejemplo, para tomar una muestra de sangre en niños solamente se requiere entre 1 y 5% del volumen total de sangre del paciente (Howie, 2011), unos cuantos mililitros, dependiendo del tipo de análisis. Algo similar ocurre con materiales pétreos y otras muestras.

Recordemos que lo óptimo de una muestra depende de cuánto se aproxima su distribución a la distribución de las características de la población. Esta aproximación mejora al incrementarse el tamaño de la muestra. Cuando las muestras están constituidas por 100 o más elementos tienden a presentar distribuciones normales y esto sirve para el propósito de hacer estadística inferencial (generalizar de la muestra al universo). A lo anterior se le llama **teorema central del límite** (Kish, 1995), el cual se explica en el capítulo 11, "Análisis de los datos cuantitativos". Por ahora, lo que debe comprenderse es que el tamaño de muestra y que se trate de una muestra probabilística son cuestiones relacionadas con la posibilidad de poder efectuar pruebas de estadística inferencial.

Teorema central del límite Señala que una muestra de más de cien casos será una muestra con una distribución normal en sus características, lo cual sirve para el propósito de hacer estadística inferencial.

¿Cómo y cuáles son las muestras no probabilísticas?

Las **muestras no probabilísticas**, también llamadas muestras dirigidas, suponen un procedimiento de selección orientado por las características de la investigación, más que por un criterio estadístico de generalización. Se utilizan en diversas investigaciones cuantitativas y cualitativas. No las revisaremos ahora, sino en el capítulo 13, "Muestreo cualitativo". Por el momento comentaremos que seleccionan individuos o casos "típicos" sin intentar que sean estadísticamente representativos de una población determinada. Por ello, para fines deductivos-cuantitativos, cuando la generalización o extrapolación de resultados hacia la población es una finalidad en sí misma, las muestras dirigidas implican algunas desventajas. La primera es que, al no ser probabilísticas, no es posible calcular con precisión el error estándar, es decir, no podemos determinar con qué nivel de confianza hacemos una estimación. Esto es un inconveniente si consideramos que la estadística inferencial se basa en la

[15] El criterio se fundamenta en un tamaño del efecto mediano, de acuerdo con el criterio de Cohen (1988), que ha sido aceptado por diversos autores y que implica un tamaño mediano del efecto y una diferencia o correlación estadísticamente significativa con un poder de .80 al nivel de significancia o significación del .05 (Collins, 2010, Hesse-Biber, 2010a y Onwuegbuzie y Collins, 2007). Esta tabla se comprenderá mejor después de estudiar el capítulo 10, "Análisis de los datos cuantitativos".

teoría de la probabilidad, por lo que las pruebas estadísticas en muestras no probabilísticas tienen un valor limitado a la muestra en sí, mas no a la población. Es decir, los datos no pueden generalizarse a ésta. En las muestras de este tipo, la elección de los casos no depende de que todos tengan la misma posibilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de personas que recolectan los datos.

La ventaja de una muestra no probabilística —desde la visión cuantitativa— es su utilidad para determinados diseños de estudio que requieren no tanto una "representatividad" de elementos de una población, sino una cuidadosa y controlada elección de casos con ciertas características especificadas previamente en el planteamiento del problema.

Para el enfoque cualitativo, al no interesar tanto la posibilidad de generalizar los resultados, las muestras no probabilísticas o dirigidas son de gran valor, pues logran obtener los casos (personas, objetos, contextos, situaciones) que interesan al investigador y que llegan a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos.

Ejemplo

Un claro ejemplo de una muestra no probabilística es el estudio descriptivo de la revista *Rolling Stone* comentado en el capítulo cinco, el cual se basó en dos encuestas para determinar los 500 mejores discos de la historia del rock en todas sus expresiones. La primera muestra fue de 271 músicos, productores, ejecutivos y periodistas, y la segunda de 100. En ambas muestras la selección no obedeció a cuestiones de probabilidad, sino que los jueces fueron elegidos por ser considerados expertos.[16]

En ocasiones se mezclan muestreo probabilístico y no probabilístico. Por ejemplo, en el estudio de Lee y Guerin (2009) sobre el efecto de la satisfacción de la calidad del diseño ambiental del interior del área de trabajo u oficina sobre la satisfacción general del espacio de trabajo y el desempeño laboral, primero se eligieron de manera dirigida 15 edificios de Estados Unidos con certificado de Liderazgo en Energía y Diseño Ambiental (LEED) (los investigadores pudieron consultar los certificados) y se seleccionaron probabilísticamente 3 769 empleados.

Muestreo al azar por marcado telefónico (*Random Digit Dialing*)

Ésta es una técnica que los investigadores utilizan para seleccionar muestras telefónicas. Involucra identificar áreas geográficas —para ser muestreadas al azar— y sus correspondientes códigos telefónicos e intercambios (los primeros dígitos del número telefónico que las identifican). Luego, los demás dígitos del número que se va a marcar pueden ser generados al azar de acuerdo con los casos que requerimos para la muestra (n). Es posible reconocer qué intercambios son usados de forma primaria para teléfonos residenciales y enfocar el muestreo en ese subgrupo (Kreuter, 2013). Asimismo, es muy útil para incluir en muestras a teléfonos celulares o móviles y aparatos con GPS (Hernández-Sampieri *et al.*, 2013).

Para mayores referencias de esta técnica recomendamos a Link, Town y Mokdad (2007); Brick (2008); y Ornstein (2013). En Williams, Van Dyke y O'Leary (2006) se encuentra un excelente ejemplo para ver cómo se conforma una muestra mediante este método.

Una máxima del muestreo y el alcance del estudio

Ya sea que se trate de un tipo de muestreo u otro, lo importante es elegir a los casos adecuados, de acuerdo con el planteamiento del problema y lograr el acceso a ellos.

Los estudios exploratorios regularmente emplean muestras dirigidas, aunque podrían usarse muestras probabilísticas. La mayor parte de las veces, las investigaciones experimentales utilizan

[16] Por cierto, entre los 500 mejores discos ubicados por las dos muestras de jueces se encuentran 10 de los Beatles, 10 de Bob Dylan, 10 de los Rolling Stones, 8 de Bruce Springsteen y 7 de The Who (Rolling Stone, 2012). Para mi sorpresa y desacuerdo no apareció Yes.

muestras dirigidas, porque como se comentó, es difícil manejar grupos grandes o múltiples casos (debido a ello se ha insistido que, en los experimentos, la validez externa se consolida mediante la repetición o reproducción del estudio). Las investigaciones no experimentales descriptivas o correlacionales-causales deben emplear muestras probabilísticas si quieren que sus resultados sean generalizados a la población.

Asimismo, en ocasiones la muestra puede ser en varias etapas (polietápica). Por ejemplo, primero elegir universidades, luego, escuelas o facultades, después, salones o grupos y finalmente, estudiantes.

Resumen

- En el capítulo se definió el concepto de muestra.
- Se explicó cómo seleccionar una muestra en el proceso cuantitativo. Lo primero que se debe plantear es sobre qué o quiénes se van a recolectar los datos, lo cual corresponde a precisar la unidad de muestreo/análisis. Después, se procede a delimitar claramente la población, con base en los objetivos del estudio y en cuanto a características de contenido, lugar y tiempo.
- La muestra es un subgrupo de la población y puede ser probabilística o no probabilística.
- Elegir qué tipo de muestra se requiere depende del enfoque y alcances de la investigación, los objetivos del estudio y el diseño.
- En el enfoque cuantitativo las muestras probabilísticas son esenciales en diseños de investigación por encuestas, en los que se pretende generalizar los resultados a una población. La característica de este tipo de muestras es que todos los elementos de la población al inicio tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Así, los elementos muestrales tendrán valores muy aproximados a los valores de la población, ya que las mediciones y análisis del subconjunto serán estimaciones muy precisas del conjunto mayor. Tal precisión depende del error de muestreo, llamado también error estándar.
- Para una muestra probabilística necesitamos dos acciones: determinar el tamaño adecuado de la muestra y seleccionar los elementos muestrales en forma aleatoria.
- STATS® El tamaño de la muestra se calcula mediante fórmulas o por medio del programa STATS®.
- Las muestras probabilísticas son: simples, estratificadas, sistemáticas y por racimos. La estratificación aumenta la precisión de la muestra e implica el uso deliberado de submuestras para cada estrato o categoría que sea relevante en la población. Muestrear por racimos o conglomerados implica diferencias entre la unidad de análisis y la unidad muestral. En este tipo de muestreo hay una selección en varias etapas, todas con procedimientos probabilísticos. En la primera se seleccionan los racimos y dentro de los racimos, a los casos que van a ser medidos.
- STATS® Los casos de una muestra probabilística siempre se eligen aleatoriamente para asegurarnos de que cada elemento tenga la misma posibilidad de ser seleccionado. Es posible utilizar cuatro procedimientos de selección: 1) tómbola, 2) números aleatorios, 3) uso del subprograma de números aleatorios del STATS® y 4) selección sistemática. Todo procedimiento de selección depende de listados o bases de datos, ya sea existentes o construidas *ad hoc*. Los listados pueden ser: la guía telefónica, listas de asociaciones, listas de escuelas oficiales, etc. Cuando no existen listas de elementos de la población, se recurre a otros marcos de referencia que contengan descripciones del material, organizaciones o participantes seleccionados como unidades de análisis. Algunos de éstos pueden ser archivos, hemerotecas y mapas, así como internet, incluyendo la tecnología GPS.
- Las muestras no probabilísticas pueden también llamarse muestras dirigidas, pues la elección de casos depende del criterio del investigador.
- En el teorema del límite central se señala que una muestra de más de cien casos será una muestra con una distribución normal en sus características.

Conceptos básicos

- Base de datos
- Elementos muestrales
- Error estándar
- Muestra
- Muestra no probabilística o dirigida
- Muestra probabilística
- Nivel deseado de confianza
- Población
- Representatividad
- Selección aleatoria
- Selección sistemática
- Sistema de Posicionamiento Global (GPS)
- Tamaño de muestra
- Teorema central del límite o del límite central
- Unidad de análisis
- Unidad muestral

Ejercicios

1. Se forman grupos de tres o cuatro personas. Cada grupo dispone de 15 minutos para formular una pregunta de investigación. El problema puede ser de cualquier área de estudio. Lo que conviene aquí es que sea sobre un tema que realmente inquiete a los estudiantes, algo que ellos consideren un fenómeno importante. Las preguntas de investigación se van anotando en el pizarrón. Después y junto a cada una de estas preguntas se define quiénes van a ser medidos. Discutir por qué son correctas o no las respuestas de los estudiantes.
2. Como secuencia del ejercicio anterior se proponen los siguientes temas de investigación. Supongamos que, en otro curso, estudiantes de un taller de investigación sugirieron los siguientes temas para investigar. En cada caso, señalar quiénes van a ser medidos para lograr resultados en las investigaciones propuestas.

   Tema 1. ¿Qué efecto tienen los anuncios de bebidas alcohólicas sobre los jóvenes?

   Tema 2. Hace tres meses que se implantó en una fábrica de motores un programa de círculos de calidad. ¿Ha tenido éxito dicho programa?

   Tema 3. ¿Los niños que cursaron la primaria en escuelas laicas y mixtas tienen o no un mejor desempeño académico en la universidad que los que provienen de escuelas religiosas de un solo género?

   Tema 4. ¿Qué diferencias existen entre los comerciales de champú de la televisión española, la argentina y la venezolana?

3. Centro de recursos en línea Seleccione dos estudios de alguna publicación científica (véase en el centro de recursos en línea del libro Material complementario → Apéndices → Apéndice 1) o dos tesis. Analice los siguientes aspectos: *a*) ¿cuál es el problema de investigación?, *b*) ¿cuál es la muestra?, *c*) ¿cómo fue elegida? *d*) ¿son adecuadas la muestra y el procedimiento de muestreo para el problema que se investigó?, *e*) ¿cuáles son los principales resultados o conclusiones?, *f*) ¿dichos resultados son generalizables a una población mayor?, y *g*) con base en la muestra, ¿pueden tomarse como serias dichas generalizaciones? Evalúe la solidez de los cuatro estudios, tomando como criterios los aspectos *a*), *b*), *c*), *d*), *e*), *f*) y *g*).
4. Supongamos que trabaja en un despacho que realiza investigaciones y que diversos clientes le solicitan que los asesore en estudios de diferente índole. ¿Qué tipo de muestra sugeriría para cada uno? Fundamente su sugerencia.

Cliente	Necesidad	Tipo de muestra
4.1 Clínica de terapias psicoemocionales	Pacientes con cáncer que siguen la terapia reaccionan mejor a los tratamientos médicos usuales que los enfermos de cáncer que no toman la terapia.	
4.2 Empresa en el giro químico	Definir cuáles son nuestros empleados y obreros, anteriores y presentes, que tienen menos absentismo, es decir, ¿hay un perfil del absentismo?	
4.3 Empresa de cosmetología	¿Qué nociones tienen las jóvenes (de 15 a 20 años) sobre su arreglo personal y el cuidado de su cutis? ¿Funcionaría crear una línea de productos exclusivamente para ellas?	
4.4 Grupo que defiende los derechos del consumidor	¿Qué quejas tienen los niños sobre los juguetes del mercado? ¿Se rompen? ¿Son peligrosos? ¿Son aburridos? ¿Cuánto duran?, etcétera.	
4.5 Partidos políticos	¿Por cuál candidato a gobernador votarán los ciudadanos de determinado estado o provincia?	

5. Supongamos que una asociación iberoamericana de profesionales cuenta con 5 000 miembros. La junta directiva ha decidido hacer una encuesta (por teléfono o por correo electrónico) a los asociados para indagar, entre otras cosas, lugar de trabajo, puesto que ocupan, salario aproximado, licenciatura cursada, generación, estudios posteriores, oportunidades de avance percibidas, etc. En resumen, se piensa publicar un perfil profesional actualizado con el propósito de realimentar a los asociados. Como sería muy costoso llegar a los 5 000 miembros repartidos en España, América Latina y Estados Unidos, ¿qué tamaño de muestra se necesita si queremos un error estándar no mayor de 0.015?

   Una vez definido el tamaño de la muestra, ¿cómo sería el proceso de selección a fin de que los resultados obtenidos con base en la muestra sean generalizables a toda la población? Es decir, se pretende trazar un perfil acertado de los 5 000 socios de la asociación profesional.
6. Seleccione un tamaño de muestra adecuado para su institución, mediante el STATS®.
7. Con respecto al ejemplo de estudio que ha venido desarrollando en el proceso cuantitativo, piense cómo seleccionaría la muestra apropiada de acuerdo con su planteamiento, alcance, hipótesis y diseño. ¿Cuál sería el universo o población, la unidad de muestreo/análisis y el procedimiento de selección? ¿Qué tamaño tendría la muestra?

Centro de recursos en línea Consulte las respuestas a los ejercicios en el centro de recursos en línea: Material complementario → Apéndices → Apéndice 3.

Ejemplos desarrollados

La relación entre la personalidad y las enfermedades

La población definida por Yousfi *et al*. (2004) fueron adultos entre los 40 y 65 años de la ciudad de Heidelberg, Alemania. Los investigadores realizaron un muestreo aleatorio simple (basado en un listado con nombres y direcciones proporcionado por el ayuntamiento). A las personas elegidas les pagaron 15 euros como estímulo por su participación. Desde luego, la unidad de muestreo/análisis es el individuo. Primero, a 15 000 personas se les envió una carta y luego a 10 250 se les llamó por teléfono. Finalmente, la muestra quedó constituida por 5 133 hombres y mujeres, quienes acudieron a la cita a contestar los instrumentos o respondieron por correo. Declinaron participar 1 316 residentes. La muestra es representativa al nivel de 99%.

La televisión y el niño

Para el estudio, primero se realizó un análisis exploratorio y una prueba piloto con 60 niños de diversos estratos socioeconómicos. Con base en ello se corrigió el cuestionario para proceder al estudio definitivo.

1. Límites de población:

   Todos los niños del área metropolitana de la Ciudad de México que cursaban 4o., 5o. y 6o. de primaria en escuelas privadas y públicas del turno matutino.

2. Proceso de selección:

   Se estableció una muestra probabilística estratificada por racimo. En la primera etapa se seleccionaron escuelas para, en última instancia, llegar a los niños. La muestra se obtuvo de una base de datos de la Secretaría de Educación Pública, que contenía listadas e identificadas con un código a todas las escuelas primarias de la zona metropolitana de la Ciudad de México (nombre, ubicación y régimen de propiedad —pública o privada—).

   Se excluyó a escuelas del turno vespertino y las diseñadas para niños con capacidades diferentes o habilidades especiales. La selección también estratificó el nivel socioeconómico en cuatro categorías: A, B, C y D (de acuerdo con los criterios del mapa mercadológico de la Ciudad de México, A = ingresos familiares elevados, B = medios, C = medios bajos y D = bajos). Por tanto, se eligieron las escuelas de los siguientes estratos:

   1) escuelas públicas clase A
   2) escuelas privadas clase A
   3) escuelas públicas clase B
   4) escuelas privadas clase B
   5) escuelas públicas clase C
   6) escuelas privadas clase C
   7) escuelas públicas clase D
   8) escuelas privadas clase D

   Cada lista representó un estrato de la población y de cada una de ellas se seleccionó una muestra de escuelas: A, B, C, D, que representan niveles socioeconómicos. Posteriormente, de cada escuela se eligieron los niños para conformar la muestra final.

Una vez hechos los cálculos, se determinó que de cada estrato se seleccionaran cuatro escuelas, es decir n es igual a 32 escuelas ubicadas en diversas colonias que incluyeron a todas las delegaciones (municipalidades). En la segunda etapa se seleccionaron por muestreo aleatorio simple los niños de cada escuela: 264 infantes por estrato o escuela de 4º, 5º y 6º grados (88 por cada uno). Una muestra total de 2 112 (264 por ocho estratos), que implicó ajustes y reemplazos.

La pareja y relación ideales

Para conocer el tamaño del universo, se obtuvo información proporcionada por la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, Federación de Instituciones Mexicanas Particulares de Educación Superior y el gobierno de Guanajuato. Asimismo, se acudió a fuentes electrónicas (páginas web de las instituciones) y se solicitó directamente el dato a las organizaciones educativas involucradas. El tamaño de la población total era, en el año del estudio, de aproximadamente 13 000 estudiantes.[17] Utilizando el STATS®, tendríamos que un tamaño de muestra adecuado para esta población (95% de confianza, 5% de error y $p = 0.5$ o 50%) es de 373 casos. Sin embargo, se prefirió segmentar al universo en: 1) instituciones con matrícula de más de 2 000 alumnos y 2) universidades con matrícula de 1000 a 1 500 estudiantes. En el primer estrato estuvieron dos organizaciones (que representa un total de 6 000 universitarios) y en el segundo siete (7 000 alumnos). Cada estrato fue concebido como una población y entonces se calculó el tamaño de muestra mediante STATS®, el resultado fue: estrato 1 ($n = 361$) y estrato 2 ($n = 364$). Así, para el estrato 1 se consideró entrevistar en una institución a 180 universitarios y en la otra a 181. En el caso del estrato 2, se administró el instrumento de medición en cada una de las siete universidades o institutos a 52 estudiantes.

El abuso sexual infantil

El estudio es un experimento y la muestra es dirigida. Se reclutaron preescolares de tres centros de desarrollo infantil con una población similar, hijos de madres que laboran para la Secretaría de Educación Pública del Estado de Querétaro. Se evaluaron seis grupos escolares que fueron asignados a tres grupos experimentales ($n_1 = 49$ niños, $n_2 = 22$ niños y $n_3 = 79$ niños).

Al inicio del proceso se consiguió el permiso de las autoridades escolares de los centros. En general, se hicieron reuniones previas con los padres de familia para informarles del programa. Se efectuó una sesión de acercamiento en la cual la persona que aplicó las escalas se presentó con los niños, realizó actividades lúdicas para ganarse la confianza y cercanía de los grupos y les explicó de forma general el proceso. Su participación fue de carácter voluntario (tenían la posibilidad de negarse). Antes de cada evaluación, se recabó el consentimiento de todos los niños y sus tutores.

[17] No se proporciona la matrícula de cada institución en particular, porque cuatro universidades solicitaron expresamente que no se difundiera el dato. También, cabe mencionar que el tamaño del universo es aproximado debido a que hasta el final del semestre se tiene información precisa de las bajas escolares.

Los investigadores opinan

La lógica del proceso cuantitativo de investigación

Normalmente cuando un alumno se inicia en la investigación comienza ya sea con miedo o con desconfianza sobre cómo llevarla a cabo. Una técnica que puede utilizarse en clases de licenciatura e incluso de posgrado es la siguiente: se comienza por decretar que la investigación no es complicada, que se trata de un proceso lógico y que, si se hubiera hecho un ejercicio antes de ver cuáles son los pasos para llevar a cabo un estudio bajo el enfoque cuantitativo, básicamente se habría llegado al mismo proceso, aunque posiblemente, se habría nombrado a cada etapa de distinta manera o se hubiera integrado un par o hasta tres de los pasos que se describen en este libro en uno solo, pero que se tendrían que llevar a cabo las actividades que ya se han relatado.

La explicación debe partir de una idea, ésta como en las caricaturas o dibujos animados, se puede imaginar encerrada en una nube y, por tanto, es efímera, no se puede trabajar directamente con ella. Es por eso que el siguiente paso es "jalarla" hacia abajo, es decir, tomarla y volverla realidad; eso lo hacemos a través del planteamiento del problema de investigación. En esta etapa, como ya se vio, se incluyen los objetivos, las preguntas, la justificación y la viabilidad del estudio, formalizando así aquello que antes solo fue una idea. En el siguiente paso (la revisión de la literatura y la construcción del marco teórico) se trata de averiguar qué han hecho otros en torno al tema que nos interesa, cómo lo hicieron, en dónde, cuáles fueron sus principales resultados, etc. En ese momento, se puede hacer una pausa y reflexionar con los alumnos acerca de la siguiente pregunta: ¿cómo sabrían qué buscar (revisión de la literatura) sin antes haber definido qué se quiere encontrar (idea-planteamiento)?: la lógica del proceso. Se continúa con base en lo que se encontró en el tercer paso, se define a partir de dónde comienza el estudio del tema y hasta dónde se podría llegar con los recursos con los que se cuenta (alcance de investigación). Esto a su vez da la oportunidad de reflexionar si, con base en la información obtenida anteriormente, se puede dar una respuesta tentativa a la o las preguntas de investigación (hipótesis) y entonces pensar, si el proceso de indagación no fuera lógico, ¿cómo se podrían responder preguntas de investigación (que se encuentran en el planteamiento), sin haber revisado qué han encontrado otros en sus estudios (revisión de la literatura)?

Ya que se han definido esas respuestas tentativas a las preguntas de investigación o en su defecto, debido al alcance del estudio, se ha determinado responder dichos cuestionamientos directamente, ¿qué seguiría por lógica? Creo que todos, o al menos la mayoría, coincidirían en que es necesario un plan que nos ayude a poner a prueba las respuestas que se han dado inicialmente o responderlas como ya se dijo, de forma directa; esto es el diseño de la investigación.

Realizado lo anterior, ¿qué se haría según nuestra lógica? ¿Acaso no se tendría que definir quiénes serían los sujetos u objetos sobre los que se recolectarían los datos? A esto se le conoce como la muestra, o más específicamente unidad de muestreo/análisis, población-universo y muestra.

Ya que se tiene el plan para recabar los datos que se necesitan y además se han definido sobre qué o quién se recolectará, ¿cuál sería el siguiente paso lógico? Seguramente levantar los datos requeridos, ¿no? Y se reflexiona nuevamente, ¿cómo se pudiera haber comenzado a conseguir datos sin tener un plan para ello y sin saber exactamente a qué o quiénes se deben tomar en cuenta para el estudio?

De nada serviría recolectar datos sin la intención de analizarlos, lo que sería el próximo paso lógico para, finalmente, reportar lo encontrado en la investigación, ¿acaso no es necesario, después de todo el esfuerzo realizado llegar a conclusiones?

De esta manera es que se intenta que los estudiantes pierdan el miedo a la investigación, se acerquen e identifiquen con ella, pero sobre todo se dispongan a vivirla y disfrutarla por su propia cuenta.

Doctor Sergio Méndez Valencia
Universidad de Celaya
(México)

capítulo

9 Recolección de datos cuantitativos

El momento de aplicar los instrumentos de medición y recolectar los datos representa la oportunidad para el investigador de confrontar el trabajo conceptual y de planeación con los hechos.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 8 Recolectar los datos

- Definir la forma idónea de recolectar los datos de acuerdo con el planteamiento del problema y las etapas previas de la investigación.
- Seleccionar o elaborar uno o varios instrumentos o métodos para recolectar los datos requeridos.
- Aplicar los instrumentos o métodos.
- Obtener los datos.
- Codificar los datos.
- Archivar los datos y prepararlos para su análisis por computadora.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Visualizar diferentes métodos para recolectar datos cuantitativos.
2. Entender el significado de "medir" y su importancia en el proceso cuantitativo.
3. Comprender los requisitos que toda recolección de datos debe incluir.
4. Conocer los principales instrumentos para recolectar datos cuantitativos.
5. Elaborar y aplicar los diferentes instrumentos de recolección de datos cuantitativos.
6. Preparar los datos para su análisis cuantitativo.

Síntesis

En el capítulo se analizan los requisitos que un instrumento de medición debe cubrir para recolectar apropiadamente datos cuantitativos: confiabilidad, validez y objetividad. Asimismo, se define el concepto de medición y los errores que pueden cometerse al recolectar datos.

También se explica el proceso para elaborar un instrumento de medición y las principales alternativas para recolectar datos: cuestionarios y escalas de actitudes. Por último, se examina el procedimiento de codificación de datos cuantitativos y la forma de prepararlos para su análisis. Otros temas relacionados con la recolección de los datos se incluyen en el capítulo 5 del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

Fases de construcción de un instrumento:

1. Redefiniciones fundamentales
2. Revisión enfocada de la literatura en instrumentos pertinentes
3. Identificación del dominio de las variables a medir y sus indicadores
4. Toma de decisiones clave
5. Construcción del instrumento
6. Prueba piloto
7. Elaboración de la versión final del instrumento o sistema y su procedimiento de aplicación
8. Entrenamiento del personal que administrará el instrumento, codificará respuestas e interpretará resultados
9. Obtener autorizaciones para aplicar el instrumento
10. Administración del instrumento

Recolección de datos cuantitativos

se realiza mediante

Instrumento(s) de medición

Debe(n) representar verdaderamente la(s) variable(s) de la investigación

sus requisitos son:

Confiabilidad

Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes

Procedimientos para determinar la confiabilidad:

- Medida de estabilidad
- Método de formas alternativas o paralelas
- Método de mitades partidas
- Medidas de consistencia interna

Validez

Grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir

De ella derivan distintos tipos de evidencia:

- Validez de contenido
- Validez de criterio
- Validez de constructo

Validez total es la consideración de los tipos de evidencia

Objetividad

Grado en que el instrumento es permeable a los sesgos y tendencias del investigador que lo administra, califica e interpreta

Cuyas respuestas se obtienen, codifican y transfieren a una matriz o base de datos y se preparan para su análisis mediante un paquete estadístico para computadora

Tipos

Cuestionarios

- Se basan en preguntas que pueden ser cerradas o abiertas
- Sus contextos pueden ser: autoadministrados, entrevista personal o telefónica, vía internet

Escalas de medición de actitudes que pueden ser:

- Escalamiento tipo Likert
- Diferencial semántico
- Escalograma de Guttman (en el centro de recursos en línea)

Otros tipos son (los encontrará en el centro de recursos en línea)

- Analisis de contenido cuantitativo
- Observación
- Pruebas estandarizadas e inventarios
- Datos secundarios (recolectados por otros investigadores)
- Aparatos y equipos
- Indicadores

Nota: El capítulo se termina de integrar con otro que puede descargarse del centro de recursos en línea en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 7, "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte", que contiene alternativas de instrumentos para recolectar datos como el análisis de contenido y los sistemas de observación, además de pruebas e inventarios, escalograma de Guttman (escala de actitudes), datos secundarios e indicadores.

Centro de recursos en línea

¿Qué implica la etapa de recolección de datos?

1 Una vez que seleccionamos el diseño de investigación apropiado y la muestra adecuada de acuerdo con nuestro problema de estudio e hipótesis (si es que se establecieron), la siguiente etapa consiste en recolectar los datos pertinentes sobre los atributos, conceptos o variables de las unidades de muestreo/análisis o casos (participantes, grupos, fenómenos, procesos, organizaciones, etcétera).

Recolectar los datos implica elaborar un plan detallado de procedimientos que nos conduzcan a reunir datos con un propósito específico. Este plan incluye determinar:

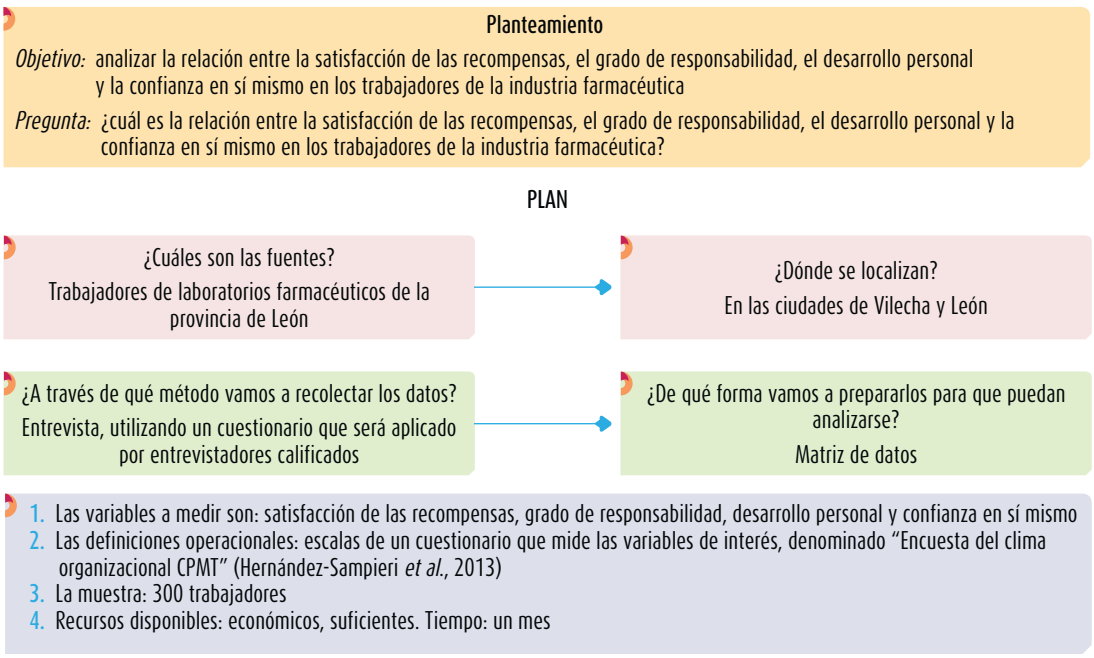
a) ¿Cuáles son las fuentes de las que se obtendrán los datos? Es decir, los datos van a ser proporcionados por personas, se producirán de observaciones y registros o se encuentran en documentos, archivos, bases de datos, etcétera.
b) ¿En dónde se localizan tales fuentes? Regularmente en la muestra seleccionada, pero es indispensable definir con precisión.
c) ¿A través de qué medio o método vamos a recolectar los datos? Esta fase implica elegir uno o varios medios y definir los procedimientos que utilizaremos en la recolección de los datos. El método o métodos deben ser confiables, válidos y "objetivos".
d) Una vez recolectados, ¿de qué forma vamos a prepararlos para que puedan analizarse y respondamos al planteamiento del problema?

El plan se nutre de diversos elementos:

1. Las *variables*, *conceptos* o *atributos* a medir (contenidos en el planteamiento e hipótesis o directrices del estudio).
2. Las *definiciones operacionales*. La manera como hemos operacionalizado las variables es crucial para determinar el método para medirlas, lo cual a su vez, resulta fundamental para realizar las inferencias de los datos.
3. La *muestra*.
4. Los *recursos disponibles* (de tiempo, apoyo institucional, económicos, etcétera).

El plan se implementa para obtener los datos requeridos, no olvidemos que todos los atributos, cualidades y variables deben ser medibles. En la figura 9.1 se encuentra un ejemplo de un plan de este tipo.

Figura 9.1 Ejemplo de plan para la obtención de datos.



www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Con la finalidad de recolectar datos disponemos de una gran variedad de instrumentos o técnicas, tanto cuantitativas como cualitativas, es por ello que en un mismo estudio podemos utilizar ambos tipos. Incluso, hay instrumentos como la Prueba de Propósito Vital (PIL) (que evalúa el propósito de vida de una persona) de Crumbaugh y Maholick (1969) que contiene una parte cuantitativa y una cualitativa (Thoits, 2012; Marsh, Smith, Piek y Saunders, 2003; y Brown, Ashcroft y Miller, 1998). Esto se revisará en el capítulo 17: "Los métodos mixtos".

Por ahora, nos concentraremos en la recolección de los datos cuantitativos y sus conceptos esenciales.

¿Qué significa medir?

2

En la vida diaria medimos constantemente. Por ejemplo, al levantarnos por las mañanas, miramos el reloj despertador y "medimos" la hora; al bañarnos, *ajustamos* la temperatura del agua en la tina o la regadera, *calculamos* la cantidad de café que habremos de servir en la cafetera; nos asomamos por la ventana y estimamos cómo será el día para decidir la ropa que nos pondremos. Al ver el tráfico evaluamos e inferimos a qué hora llegaremos a la universidad o al trabajo, así como la velocidad a la que transitamos (o bien observamos el velocímetro); en ocasiones contamos cuántos anuncios espectaculares observamos en el trayecto u otras cuestiones, incluso deducimos, a partir de ciertos signos, acerca del operador del autobús y de otros conductores: ¿qué tan alegres o enojados están? Como esas, hacemos muchas otras actividades. Medir es parte de nuestras vidas (Bostwick y Kyte, 2005).

En concordancia con la definición clásica del término, ampliamente difundida, **medir** significa "asignar números, símbolos o valores a las propiedades de objetos o eventos de acuerdo con reglas" (Stevens, 1951). Desde luego, no se asignan a los objetos, sino a sus propiedades (Bostwick y Kyte, 2005). Sin embargo, como señalan Carmines y Zeller (1991), esta definición es más apropiada para las ciencias físicas que para las ciencias sociales, ya que varios de los fenómenos que son medidos en éstas no pueden caracterizarse como objetos o eventos, son demasiado abstractos para ello. La disonancia cognitiva, la pareja ideal, el clima organizacional, la cultura fiscal y la credibilidad son conceptos tan abstractos que no deben ser considerados "cosas que pueden verse o tocarse" (definición de objeto) ni solamente como "resultado, consecuencia o producto" (definición de evento) (Carmines y Zeller, 1991). Este razonamiento nos lleva a proponer que es más adecuado definir la **medición** como "el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos", el cual se realiza mediante un plan explícito y organizado para clasificar (y con frecuencia cuantificar) los datos disponibles (los indicadores), en términos del concepto que el investigador tiene en mente (Carmines y Zeller, 1991). En este proceso, el instrumento de medición o de recolección de datos tiene un papel central. Sin él, no hay observaciones clasificadas.

Medición Proceso que vincula conceptos abstractos con indicadores empíricos.

La definición sugerida incluye dos consideraciones: la primera es desde el punto de vista empírico y se resume en que el centro de atención es la respuesta observable (sea una alternativa de respuesta marcada en un cuestionario, una conducta registrada mediante observación, un valor de un instrumento y su interpretación o una respuesta dada a un entrevistador). La segunda es desde una perspectiva teórica y se refiere a que el interés se sitúa en el concepto subyacente no observable que se representa por medio de la respuesta. Así, los registros del instrumento de medición representan valores visibles de conceptos abstractos. Un **instrumento de medición** adecuado es aquel que registra datos observables que representan verdaderamente los conceptos o las variables que el investigador tiene en mente (Grinnell, Williams y Unrau, 2009). En términos cuantitativos: capturo verdaderamente la "realidad" que deseo capturar. Bostwick y Kyte (2005) lo señalan de la siguiente forma: la función de la medición es establecer una correspondencia entre el "mundo real" y el "mundo conceptual". El primero provee evidencia empírica, el segundo proporciona modelos teóricos para encontrar sentido a ese segmento del mundo real que estamos tratando de describir.

Instrumento de medición Recurso que utiliza el investigador para registrar información o datos sobre las variables que tiene en mente.

En toda investigación cuantitativa aplicamos un instrumento para medir las variables contenidas en las hipótesis (y cuando no hay hipótesis simplemente para medir las variables de interés). Esa

medición es eficaz cuando el instrumento de recolección de datos en realidad representa las variables que tenemos en mente. Si no es así, nuestra medición es deficiente; por tanto, la investigación no es digna de tomarse en cuenta. Desde luego, no hay medición perfecta. Es casi imposible que representemos con fidelidad variables como la inteligencia emocional, la motivación, el nivel socioeconómico, el liderazgo democrático, el abuso sexual infantil y otras más; pero es un hecho que debemos acercarnos lo más posible a la representación fiel de las variables que se van a observar mediante el instrumento de medición que desarrollemos. Se trata de un precepto básico del enfoque cuantitativo. Al medir estandarizamos y cuantificamos los datos (Babbie, 2014 y Bostwick y Kyte, 2005).

¿Qué requisitos debe cubrir un instrumento de medición?

3 Toda medición o instrumento de recolección de datos debe reunir tres requisitos esenciales: *confiabilidad, validez* y *objetividad.*

Confiabilidad

Confiabilidad Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes.

La **confiabilidad** de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales (Hernández-Sampieri *et al.,* 2013; Kellstedt y Whitten, 2013; y Ward y Street, 2009). Por ejemplo, si se midiera en este momento la temperatura ambiental usando un termómetro y éste indicara que hay 22°C, y un minuto más tarde se consultara otra vez y señalara 5°C, tres minutos después se observara nuevamente y éste indicara 40°C, dicho termómetro no sería confiable, ya que su aplicación repetida produce resultados distintos. Asimismo, si una prueba de inteligencia (*Intelligence Quotient*, IQ) se aplica hoy a un grupo de personas y da ciertos valores de inteligencia, se aplica un mes después y proporciona valores diferentes, al igual que en subsecuentes mediciones, tal prueba no sería confiable (analice los valores de la tabla 9.1, suponiendo que los coeficientes de inteligencia oscilaran entre 100 y 135). Los resultados no son coherentes, pues no se puede "confiar" en ellos.

Tabla 9.1 Ejemplo de resultados proporcionados por un instrumento de medición sin confiabilidad

Primera aplicación		Segunda aplicación		Tercera aplicación	
Mariana	135	Sergio	131	Guadalupe	127
Viridiana	125	Laura	130	Guadalupe	127
Sergio	118	Chester	125	Mariana	118
Laura	110	Guadalupe	112	Laura	115
Guadalupe	108	Mariana	110	Chester	112
Chester	106	Viridiana	105	Viridiana	108
Agustín	100	Agustín	101	Sergio	105

La confiabilidad de un instrumento de medición se determina mediante diversas técnicas, las cuales se comentarán brevemente después de revisar los conceptos de validez y objetividad.

Validez

Validez Grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir.

La **validez**, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Por ejemplo, un instrumento válido para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria. Un método para medir el rendimiento bursátil tiene que medir precisamente esto y no la imagen de una empresa. Un ejemplo —aunque muy obvio— de completa invalidez sería intentar medir el peso de los objetos con una cinta métrica en lugar de con una báscula.

En apariencia es sencillo lograr la validez. Después de todo, como dijo un estudiante: "pensamos en la variable y vemos cómo hacer preguntas o imaginar indicadores sobre esa variable". Esto resultaría factible en unos cuantos casos (como lo sería el género al que pertenece una persona). Sin embargo, la situación no es tan simple cuando se trata de variables como la motivación, la calidad del servicio a los clientes, la actitud hacia un candidato político y menos aún con sentimientos y emociones, así como de otras variables con las que trabajamos en todas las ciencias. La validez es una cuestión más compleja que debe alcanzarse en todo instrumento de medición que se aplica. Kerlinger (1979, p. 138) plantea la siguiente pregunta respecto de la validez: ¿está midiendo lo que cree que está midiendo? Si es así, su medida es válida; si no, evidentemente carece de validez.

La validez es un concepto del cual pueden tenerse diferentes tipos de evidencia (Babbie, 2014; Hays, 2013; Kellstedt y Whitten, 2013; The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009a; Streiner y Norman, 2008; Wiersma y Jurs, 2008; Gallestey, 2007; Rupp y Pant, 2006; Carmines y Woods, 2003a; y Gronlund, 1990): 1) *evidencia relacionada con el contenido,* 2) *evidencia relacionada con el criterio* y 3) *evidencia relacionada con el constructo.* A continuación analizaremos cada una de ellas.

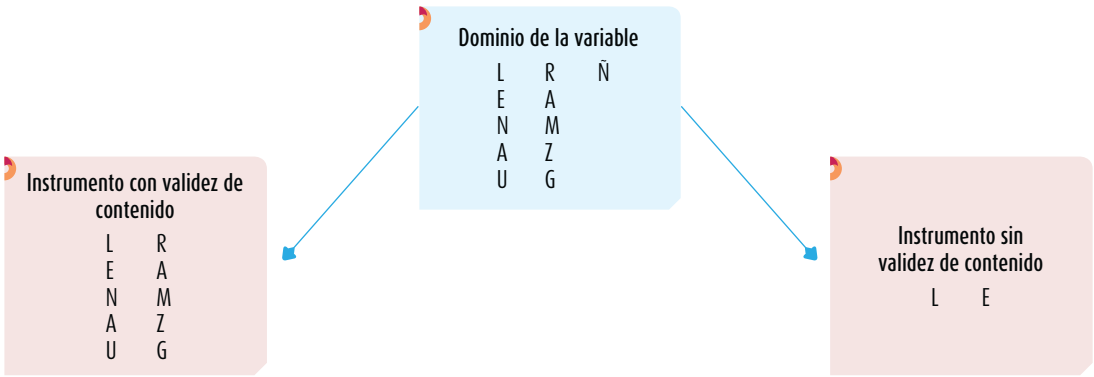
1. Evidencia relacionada con el contenido

La **validez de contenido** se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medida (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009b y Bohrnstedt, 1976). Por ejemplo, una prueba de operaciones aritméticas no tendrá validez de contenido si incluyera sólo problemas de resta y excluyera problemas de suma, multiplicación o división. O bien, una prueba de conocimientos sobre las canciones de Los Beatles no deberá basarse solamente en sus álbumes *Let it Be* y *Abbey Road*, sino que debe incluir canciones de todos sus discos. O una prueba de conocimientos de líderes históricos de América Latina que omita a Simón Bolívar, Salvador Allende, Túpac Amaru II, Ernesto *el Che* Guevara, José de San Martín o Benito Juárez.

Validez de contenido Grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide.

Un instrumento de medición requiere tener representados a todos o la mayoría de los componentes del dominio de contenido de las variables que se van a medir. Este hecho se ilustra en la figura 9.2.

Figura 9.2 Ejemplo de un instrumento de medición con validez de contenido frente a otro que carece de ella.



El dominio de contenido de una variable normalmente está definido o establecido por la literatura (teoría y trabajos antecedentes). En indagaciones exploratorias en las que las fuentes previas son escasas, el investigador comienza a adentrarse en el problema de estudio y a proponer cómo puede estar constituido tal dominio. De cualquier manera, en cada investigación uno debe probar que el instrumento utilizado es válido. Un ejemplo del intento por establecer el dominio de contenido de una variable es el siguiente:

Ejemplo

Hernández-Sampieri (2005), para establecer el dominio de la variable clima organizacional, revisó 20 estudios clásicos sobre el concepto, comprendidos entre 1964 y 1977, así como más de 100 investigaciones publicadas en revistas científicas entre 1975 y 2005. Por otro lado, consideró diversos libros sobre el tema, tres metaanálisis y otras tantas revisiones del estado del conocimiento sobre dicho clima. También evaluó 15 estudios efectuados en el contexto en el que habría de llevar a cabo su propia investigación. Encontró que en la literatura se han considerado decenas de dimensiones o componentes del clima organizacional, por lo que realizó un análisis para determinar cuáles habían sido los más frecuentes, éstos fueron: 1) moral, 2) apoyo de la dirección, 3) innovación, 4) identificación con la empresa, 5) comunicación, 6) percepción del desempeño, 7) motivación intrínseca, 8) autonomía, 9) satisfacción general, 10) liderazgo, 11) visión y 12) recompensas o retribución. Dejó a un lado otros, como confianza en sí mismo y estándares de excelencia o conformidad. Con lo anterior generó su instrumento de medición.

Si el dominio de un instrumento es demasiado estrecho con respecto al dominio de la variable, el primero no la representará. La pregunta que se responde con la **validez de contenido** es: ¿el instrumento mide adecuadamente las principales dimensiones de la variable en cuestión? En un cuestionario, por ejemplo, cabría interrogar: ¿qué tan bien representan las preguntas a todas las que pudieran hacerse?

2. Evidencia relacionada con el criterio

Validez de criterio Validez que se establece al correlacionar las puntuaciones resultantes de aplicar el instrumento con las puntuaciones obtenidas de otro criterio externo que pretende medir lo mismo.

La **validez de criterio** de un instrumento de medición se establece al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Supongamos que Fernando trata de "medir" el grado en que es aceptado por Laura. Entonces decide que va a tomarla de la mano y observará su reacción. Supuestamente, si ella no retira la mano, esto indicaría cierta aceptación. Pero para asegurarse de que su medición es válida, decide utilizar otra forma de medición adicional, por ejemplo, mirarla fijamente sin apartar la vista de sus ojos. En apariencia, si Laura le sostiene la mirada, esto sería otro indicador de aceptación. Así, su medición de aceptación se valida mediante dos métodos al comparar dos criterios. El ejemplo tal vez sea simple, pero describe la esencia de la validez relativa al criterio.

Este criterio es un estándar con el que se juzga la validez del instrumento (Jackson, 2011 y The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009c). Cuanto más se relacionen los resultados del instrumento de medición con los del criterio, la validez será mayor. Por ejemplo, un investigador valida un examen sobre manejo de aviones al mostrar la exactitud con la que el examen predice qué tan bien un grupo de pilotos es capaz de operar un aeroplano.

Si el criterio se fija en el presente de manera paralela, se habla de **validez concurrente** (Kaplan y Saccuzzo, 2013) (los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo). Por ejemplo, Núñez (2001) desarrolló una herramienta para medir el sentido de vida de acuerdo con las ideas de Viktor Frankl, el test Celaya. Para aportar evidencia de validez en relación con su instrumento, lo aplicó y a su vez administró otros instrumentos que miden conceptos muy similares, tal como la PIL (Prueba de Propósito Vital) de Crumbaugh y Maholick (1969) y el Logo Test de Lukas (1984). Luego comparó las puntuaciones de los participantes en las tres pruebas, demostró que las correlaciones entre las puntuaciones eran significativamente elevadas. De esta manera fue como aportó validez concurrente para su instrumento.

Si el criterio se fija en el futuro, se habla de **validez predictiva** (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009d). Por ejemplo, una prueba para determinar la capacidad gerencial de candidatos a ocupar altos puestos ejecutivos se validaría comparando sus resultados con el desempeño posterior de los ejecutivos en su trabajo regular. Un cuestionario para detectar las preferencias del electorado por los distintos partidos contendientes y por sus candidatos en la época de las campañas, puede validarse comparando sus resultados con los resultados finales y definitivos de la elección.

El principio de la validez de criterio es sencillo: si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, deben arrojar resultados similares. Bostwick y Kyte (2005) lo expresan de la siguiente forma:

Si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos casos en un instrumento deben estar correlacionadas y predecir las puntuaciones de estos mismos casos logradas en otro criterio.

La pregunta que se responde con la validez de criterio es: ¿en qué grado el instrumento comparado con otros criterios externos mide lo mismo?

3. Evidencia relacionada con el constructo

La **validez de constructo** es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico (Babbie, 2014; Grinnell, Williams y Unrau, 2009; The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009d; y Sawilowsky, 2006). A esta validez le concierne en particular el significado del instrumento, esto es, qué está midiendo y cómo opera para medirlo. Integra la evidencia que soporta la interpretación del sentido que poseen las puntuaciones del instrumento (Messick, 1995).

Validez de constructo Debe explicar cómo las mediciones del concepto o variable se vinculan de manera congruente con las mediciones de otros conceptos correlacionados teóricamente.

Parte del grado en el que las mediciones del concepto proporcionadas por el instrumento se relacionan de manera consistente con mediciones de otros conceptos o variables vinculadas empírica y teóricamente (por la teoría, modelos e hipótesis previas o investigaciones antecedentes). A tales conceptos se les denomina "constructos". Un **constructo** es una variable medida y tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico. Es un atributo que no existe aislado sino en relación con otros y debe ser inferido de la evidencia que tenemos en nuestras manos y que proviene de las puntuaciones del instrumento aplicado.

Constructo o construcción Variable medida que tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o modelo teórico.

La validez de constructo incluye tres etapas (Carmines y Zeller, 1991):

1. Sobre la base de la revisión de la literatura, se establece y especifica la relación entre el concepto o variable medida por el instrumento y los demás conceptos incluidos en la teoría, modelo teórico o hipótesis.
2. Se asocian estadísticamente los conceptos y se analizan cuidadosamente las correlaciones.
3. Se interpreta la evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que se clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso de *validación de un constructo* está vinculado con la teoría. No es conveniente llevar a cabo tal validación, a menos que exista un marco teórico que soporte la variable en relación con otras variables. Desde luego, no es necesaria una teoría muy desarrollada, pero sí investigaciones que hayan demostrado que los conceptos se asocian. Cuanto más elaborada y comprobada se encuentre la teoría que apoya la hipótesis, la validación del constructo arrojará mayor luz sobre la validez general de un instrumento de medición. Tenemos más confianza en la validez de constructo de una medición cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que, en teoría y de acuerdo con estudios antecedentes, están relacionadas. Veamos la validez de constructo con el ejemplo ya comentado sobre el clima organizacional.

Ejemplo

En el caso de Hernández-Sampieri (2005), que como recordamos, desarrolló un instrumento para evaluar al clima organizacional considerando 12 variables: moral, apoyo de la dirección, innovación, etc., la pregunta obvia es: ¿tal instrumento realmente mide el clima organizacional? ¿Verdaderamente lo representa? En cuanto a contenido se demostró que sí reflejaba las principales dimensiones del clima organizacional. Pero esto no es suficiente, necesita demostrar que su instrumento concuerda con la teoría. Ésta, basada en diversos estudios, indica que tales dimensiones se encuentran fuertemente vinculadas y que se unen o "funden" entre sí para formar un constructo multidimensional denominado clima organizacional, y que además se asocian con el involucramiento en el trabajo y el compromiso organizacional. Entonces, para aportar validez de constructo, se correlacionaron todas las dimensiones entre sí y luego la escala de clima con dicho involucramiento y compromiso. Tales vínculos se encontraron mediante análisis estadístico y los resultados coincidieron con la teoría y se obtuvo evidencia sobre la validez de constructo del instrumento.

Las preguntas que se responden con la validez de constructo son: ¿el concepto teórico está realmente reflejado en el instrumento? ¿Qué significan las puntuaciones del instrumento? ¿El instrumento mide el constructo y sus dimensiones? ¿Por qué? ¿Cómo opera el instrumento?

Validez de expertos Grado en que un instrumento realmente mide la variable de interés, de acuerdo con expertos en el tema.

Otro tipo de validez que algunos autores consideran es la **validez de expertos** o *face validity*, la cual se refiere al grado en que aparentemente un instrumento mide la variable en cuestión, de acuerdo con "voces calificadas". Se encuentra vinculada a la validez de contenido y, de hecho, se consideró por muchos años como parte de ésta. Hoy se concibe como un tipo adicional de evidencia (Gravetter y Forzano, 2011; Streiner y Norman, 2008; y Mostert, 2006). Regularmente se establece mediante la evaluación del instrumento ante expertos. Por ejemplo, Hernández-Sampieri (2005) sometió el instrumento a revisión por parte de asesores en desarrollo organizacional, académicos y gerentes de recursos humanos. Asimismo, más recientemente se ha hablado de la *validez consecuente*, que se refiere a las secuelas sociales del uso e interpretación de una prueba (Mertens, 2010).

Validez total

La validez de un instrumento de medición se evalúa sobre la base de todos los tipos de evidencia. Cuanta mayor evidencia de validez de contenido, de validez de criterio y de validez de constructo tenga un instrumento de medición, éste se acercará más a representar las variables que pretende medir.

Validez total = validez de contenido + validez de criterio + validez de constructo

Relación entre la confiabilidad y la validez

Un instrumento de medición puede ser confiable, pero no necesariamente válido (un aparato, por ejemplo, quizá sea consistente en los resultados que produce, pero puede no medir lo que pretende).

La validez y la confiabilidad no se asumen, se prueban.

Por ello es requisito que el instrumento de medición demuestre ser **confiable y válido**. De no ser así, los resultados de la investigación no deben tomarse en serio.

Para ampliar este comentario, recurriremos a la analogía de Bostwick y Kyte (2005, pp. 108-109). Supongamos que vamos a probar un arma con tres tiradores. Cada uno debe realizar cinco disparos, entonces:

- Tirador 1 Sus disparos no impactan en el centro del blanco y se encuentran diseminados por todo el blanco.
- Tirador 2 Tampoco impacta en el centro del blanco, aunque sus disparos se encuentran cercanos entre sí, fue consistente, mantuvo un patrón.
- Tirador 3 Los disparos se encuentran cercanos entre sí e impactaron en el centro del blanco.

Sus resultados podrían visualizarse como en la figura 9.3, en la cual se vinculan la confiabilidad y la validez.

Figura 9.3 Representación de la confiabilidad y la validez.

Factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez

Hay diversos factores que llegan a afectar la confiabilidad y la validez de los instrumentos de recolección de los datos e introducen errores en la medición.[1] A continuación se mencionarán los más comunes.

La improvisación. Algunas personas creen que elegir un instrumento de medición o desarrollarlo es algo que puede tomarse a la ligera. Incluso, ciertos profesores piden a los alumnos que construyan instrumentos de medición de un día para otro o, lo que es igual, de una semana a otra, lo cual habla del poco o nulo conocimiento del proceso de elaboración de instrumentos de recolección de los datos. Esta improvisación genera casi siempre instrumentos poco válidos o confiables.

Aun a los investigadores experimentados les toma tiempo desarrollar un instrumento de medición. Además, para construirlo se requiere conocer muy bien la variable que se pretende medir, así como la teoría y la práctica que la sustentan.

Cuando las mediciones se refieren a seres humanos hay otros factores:

a) *Utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero que no han sido validados en nuestro contexto*: cultura y tiempo. Traducir un instrumento, aun cuando adaptemos los términos a nuestro lenguaje y los contextualicemos, no es ni remotamente una validación. Constituye un primer y necesario paso, aunque sólo es el principio. En el caso de traducciones, es importante verificar que los términos centrales tengan referentes con el mismo significado —o alguno muy parecido— en la cultura en la que se va a utilizar dicho instrumento (vincular términos entre la cultura de origen y la cultura destinataria). A veces se traduce, se obtiene una versión y ésta, a su vez, se vuelve a traducir al idioma original (traducción inversa).

Por otra parte, existen instrumentos que fueron validados en nuestro contexto, pero hace mucho tiempo. Hay instrumentos en los que hasta el lenguaje "nos suena anticuado". Las culturas, los grupos y las personas cambian; y esto debemos tomarlo en cuenta al elegir o desarrollar un instrumento de medición.

b) *Usar instrumentos inadecuados para las personas a quienes se les aplica*: no son empáticos. Utilizar un lenguaje muy elevado para los sujetos respondientes, no tomar en cuenta diferencias de género, edad, conocimientos, memoria, nivel ocupacional y educativo, motivación para contestar, capacidades de conceptualización y otras diferencias en los participantes, son errores que llegan a afectar la validez y la confiabilidad. Este error ocurre a menudo cuando los instrumentos deben administrarse a niños. Asimismo, hay grupos de la población que requieren instrumentos apropiados para ellos, tal es el caso de las personas con capacidades distintas. En la actualidad se han desarrollado diversas pruebas que las toman en cuenta (por ejemplo, pruebas en sistema Braille para individuos con capacidades visuales distintas o pruebas orales para personas que no pueden escribir). Otro ejemplo son los indígenas o inmigrantes de otras culturas, pues en ocasiones se les aplican instrumentos en un idioma o contexto que no es el suyo.

Quien realiza una investigación debe adaptarse siempre a los participantes y no al revés, ya que es necesario brindarles todo tipo de facilidades. Si éste es el caso, se sugiere consultar a Mertens y McLaughlen (2004), en cuyo libro hay un capítulo dedicado a la recolección de información de personas con capacidades diferentes o de culturas especiales, y a Eckhardt y Anastas (2007). Asimismo, es recomendable revisar la página web de alguna asociación internacional como la American Psychological Association.

c) *Cuestiones vinculadas con los estilos personales de los participantes* (Bostwick y Kyte, 2005) como: deseabilidad social (tratar de dar una impresión muy favorable a través de las respuestas), tendencia a asentir con respecto a todo lo que se pregunta, dar respuestas inusuales o contestar siempre negativamente.

[1] Se ha omitido intencionalmente la exposición de los errores sistemáticos y no sistemáticos que afectan la confiabilidad y la validez, con objeto de simplificar al lector las explicaciones. Un comentario se incluye en el centro de recursos en línea en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 7 "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte".

Centro de recursos en línea

d) *Condiciones en las que se aplica el instrumento de medición.* El ruido, la inadecuada iluminación, el frío (por ejemplo, en una encuesta de casa en casa), un instrumento demasiado largo o tedioso, una encuesta telefónica después de que algunas compañías han utilizado el mercadeo telefónico en exceso y a destiempo (promocionar servicios a las 7 a.m. de un domingo o después de las 11 p.m. entre semana) son cuestiones que llegan a afectar negativamente la validez y la confiabilidad, al igual que si el tiempo que se brinda para responder al instrumento es inapropiado. Por lo común en los experimentos se cuenta con instrumentos de medición más largos y complejos que en los diseños no experimentales. Por ejemplo, en una encuesta pública sería muy difícil aplicar una prueba larga o compleja.

Otro factor que se encuentra en todo tipo de instrumentos en cualquier campo de conocimiento es *la falta de estandarización*: que las instrucciones no sean las mismas para todos los participantes, que el orden de las preguntas sea distinto para algunos individuos, que los instrumentos de observación no resulten equivalentes, que el procedimiento para administrar la medición no sea exactamente el mismo para todos los casos (por ejemplo, al medir la presión arterial, que a unos pacientes se les tome después de un tiempo de relajación y a otros, no; o bien, que al pesar ciertas piezas no se utilice la misma báscula). Este elemento también se vincula con la objetividad.

Aspectos mecánicos como que si el instrumento es escrito, que no sean legibles las instrucciones, falten páginas, no haya espacio adecuado para contestar o no se comprendan las instrucciones, también influyen de manera desfavorable. Lo mismo pasaría con un aparato mal calibrado.

Con respecto a la validez de constructo dos factores pueden afectarla significativamente:

a) La estrechez del contenido, es decir, que se excluyan dimensiones importantes de la variable o las variables medidas.

b) La amplitud exagerada, donde el riesgo es que el instrumento contenga excesiva intrusión de otros constructos similares.

Muchos de los errores se pueden evitar mediante una adecuada revisión de la literatura, que nos permite seleccionar las dimensiones apropiadas de las variables del estudio, otros criterios para comparar los resultados de nuestro instrumento, teorías de respaldo, instrumentos de dónde elegir, etcétera.

Objetividad

Es difícil lograr la objetividad, particularmente en el caso de las ciencias sociales. En ciertas ocasiones se alcanza mediante el consenso o mediciones múltiples. Al tratarse de cuestiones físicas las percepciones suelen compartirse (por ejemplo, la mayoría de las personas estarían de acuerdo en que el agua de mar contiene sal o los rayos del Sol queman), pero en temas que tienen que ver con la conducta humana como los valores, las atribuciones y las emociones, el consenso es más complejo. Imaginemos que 10 observadores deben ver una película y calificarla como "muy violenta", "violenta", "neutral", "poco violenta" y "nada violenta". Tres personas indican que es muy violenta, tres que es violenta y cuatro la evalúan como neutral; es difícil responder qué tan violenta es la película. O bien, ¿quién fue mejor compositor: Mozart, Beethoven o Bach? Todo es relativo. Sin embargo, la objetividad aumenta al reducirse la incertidumbre (Unrau, Grinnell y Williams, 2011). Desde luego, la certidumbre total no existe en ninguna ciencia; el conocimiento es aceptado como verdadero, hasta que nueva evidencia demuestra lo contrario.

Objetividad del instrumento Grado en que el instrumento es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan.

En un instrumento de medición, la **objetividad** se refiere al grado en que éste es o no permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del investigador o investigadores que lo administran, califican e interpretan (Mertens, 2010). Investigadores racistas o machistas quizás influyan negativamente por su sesgo contra un grupo étnico o el género femenino. Lo mismo podría suceder con las tendencias ideológicas, políticas, religiosas o la orientación sexual. En este sentido, los aparatos y sistemas calibrados (por ejemplo, una pistola láser para medir la velocidad de un automóvil) son más objetivos que otros sistemas que requieren cierta interpretación (como un detector de mentiras) y éstos, a su vez, más objetivos que las pruebas estandarizadas, las cuales son menos subjetivas que las pruebas proyectivas.

La objetividad se refuerza mediante la estandarización en la aplicación del instrumento (mismas instrucciones y condiciones para todos los participantes) y en la evaluación de los resultados; así como al emplear personal capacitado y experimentado en el instrumento. Por ejemplo, si se utilizan observadores, su proceder en todos los casos debe ser lo más similar posible y su entrenamiento tendrá que ser profundo y adecuado.

Los estudios cuantitativos buscan que la influencia de las características y las tendencias del investigador se reduzca al mínimo posible, lo que insistimos es un ideal, pues la investigación siempre es realizada por seres humanos.

La validez, la confiabilidad y la objetividad no deben tratarse de forma separada. Sin alguna de las tres, el instrumento no es útil para llevar a cabo un estudio.

¿Cómo se sabe si un instrumento de medición es confiable y válido?

En la práctica es casi imposible que una medición sea perfecta y generalmente se tiene un grado de error. Desde luego, se trata de que este error sea el mínimo posible, por lo cual la medición de cualquier fenómeno se conceptualiza con la siguiente fórmula básica:

$$X = t + e$$

Donde X representa los valores observados (resultados disponibles); t, los valores verdaderos; y e, el grado de error en la medición. Si no hay error de medición (e es igual a cero), el valor observado y el verdadero son equivalentes. Esto puede verse claramente así:

$$X = t + 0$$
$$X = t$$

Esta situación representa el ideal de la medición. Cuanto mayor sea el error al medir, el valor que observamos (en el cual nos basamos) se alejará más del valor real o verdadero. Por ejemplo, si medimos la motivación de un individuo y la medición está contaminada por un grado de error considerable, la motivación registrada por el instrumento será bastante diferente de la motivación real de esa persona. Por ello, es importante que el error se reduzca lo más posible. Pero, ¿cómo sabemos el grado de error que tenemos en una medición? Al calcular la confiabilidad y la validez.

Cálculo de la confiabilidad o fiabilidad

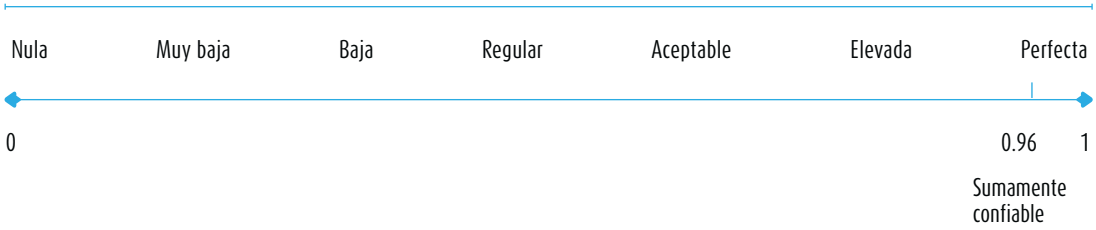
Hay diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento de medición. Todos utilizan procedimientos y fórmulas que producen coeficientes de fiabilidad. La mayoría oscilan entre cero y uno, donde un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de confiabilidad (fiabilidad total, perfecta). Cuanto más se acerque el coeficiente a cero, mayor error habrá en la medición. Esto se ilustra en la figura 9.4.

Figura 9.4 Interpretación de un coeficiente de confiabilidad.

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son: 1) *medida de estabilidad* (confiabilidad por *test-retest*), 2) *método de formas alternativas o paralelas*, 3) *método de mitades partidas (split-halves)* y 4) *medidas de consistencia interna.* Estos procedimientos no se detallan en esta sección, sino que se explican en el capítulo 10, "Análisis de los datos cuantitativos", debido a que requieren conocimientos de ciertos conceptos estadísticos.[2] Simplemente se comentará su interpretación con la medida de congruencia interna denominada "coeficiente alfa Cronbach", que tal vez es la más utilizada.

En el caso de mediciones sociales, supongamos que una investigadora desarrolló un instrumento para medir el grado de "amor romántico" entre parejas de jóvenes universitarios, el cual se fundamentó en cuatro de las herramientas tal vez más conocidas para ello: la medida de Rubin sobre el amar y el vincularse con los demás, la escala sobre actitudes hacia el amor, la medida sobre el amor apasionado y la escala del amor triangular (Graham y Christiansen, 2009). Para estimar la confiabilidad de su instrumento lo debe aplicar a su muestra y sobre la base de los resultados calcular tal coeficiente. Imaginemos que obtiene un valor alfa Cronbach de 0.96, que es muy elevado, lo que significa que su medida del "amor romántico" es sumamente confiable, esto se representa en la figura 9.5.

Figura 9.5 Interpretación de un coeficiente de confiabilidad sobre un instrumento que mide el "amor romántico".



La confiabilidad varía de acuerdo con el número de indicadores específicos o ítems[3] que incluya el instrumento de medición. Cuantos más ítems haya, mayor tenderá a ser ésta, lo cual resulta lógico. Veámoslo con un ejemplo cotidiano: si se desea probar qué tan confiable o constante es la lealtad de un amigo hacia nuestra persona, cuantas más pruebas le pongamos, su fiabilidad será mayor. Claro está que demasiados ítems provocarán cansancio en los participantes.

Cada vez que se administra un instrumento de medición debe calcularse la confiabilidad, al igual que evaluarse la evidencia sobre la validez.

Cálculo de la validez

Con respecto a la validez de contenido, primero es necesario revisar cómo han medido la variable otros investigadores. Y, con base en dicha revisión, elaborar un universo de ítems o reactivos posibles para medir la variable y sus dimensiones (el universo debe ser lo más exhaustivo posible). Después, se consulta a investigadores familiarizados con la variable para ver si el universo es verdaderamente exhaustivo. Se seleccionan los ítems bajo una cuidadosa evaluación, uno por uno. Y si la variable está compuesta por diversas dimensiones o facetas, se extrae una muestra probabilística de reactivos, ya sea al azar o estratificada (cada dimensión constituiría un estrato). Se administran los ítems, se correlacionan las puntuaciones de éstos entre sí (tiene que haber correlaciones altas, en especial entre ítems que miden una misma dimensión, pero teniendo cuidado que sean capaces de discriminar entre participantes o casos) (Punch, 2009); y se hacen estimaciones estadísticas para ver si la muestra es representativa. Para calcular la validez de contenido son necesarios varios coeficientes. Éste sería un procedimiento

[2] Tales procedimientos se aplican a instrumentos o sistemas constituidos por escalas con varios reactivos, indicadores o mediciones (mediciones compuestas).

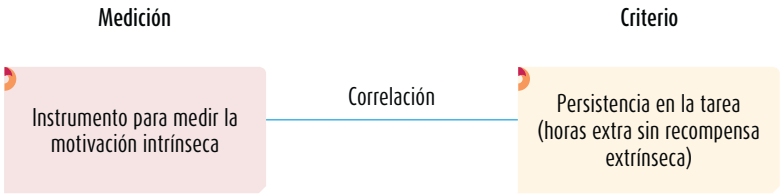
[3] Un ítem es la unidad mínima que compone una medición; es un reactivo que estimula una respuesta en un sujeto (por ejemplo, una pregunta, una frase, una lámina, una fotografía o un objeto de descripción).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

ideal. Pero, como veremos más adelante, a veces no se calculan estos coeficientes, sino que se seleccionan los ítems mediante un proceso que asegura la representatividad (no de manera estadística sino conceptual).

La *validez de criterio* se estima al correlacionar la medición con el criterio externo (puntuaciones del instrumento frente a las puntuaciones en el criterio), y este coeficiente se toma como coeficiente de validez (Bohrnstedt, 1976). Que podría representarse con el ejemplo de la figura 9.6.[4]

Figura 9.6 Ejemplo para la estimación de la validez de criterio.



La validez de constructo suele determinarse mediante procedimientos de análisis estadístico multivariado ("análisis de factores", "análisis discriminante", "regresiones múltiples", etc.), los cuales podrá bajar del centro de recursos en línea en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 8: "Análisis estadístico: segunda parte".

Centro de recursos en línea

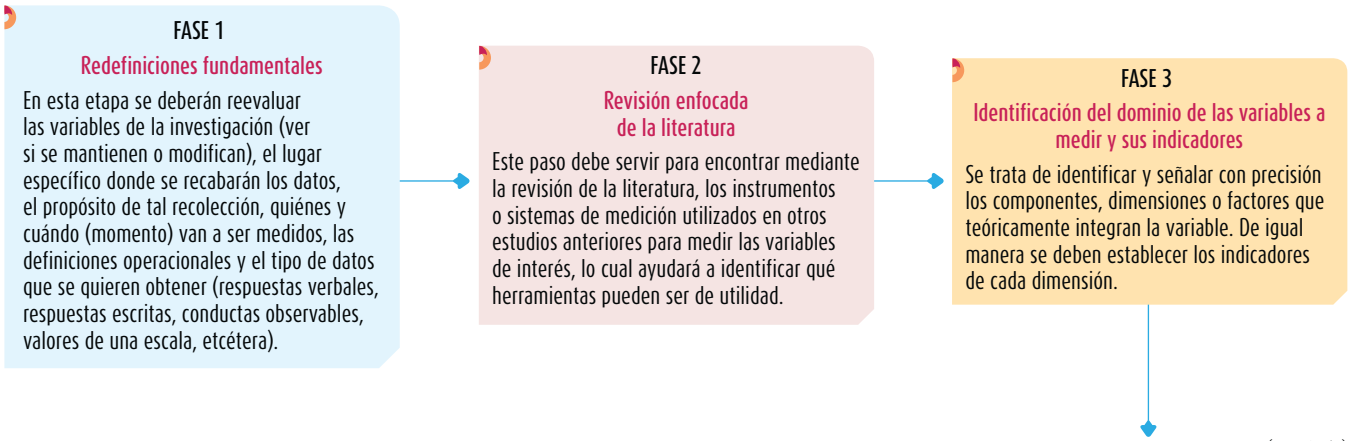
¿Qué procedimiento se sigue para construir un instrumento de medición?

5

Existen diversos tipos de instrumentos de medición, cada uno con características diferentes. Sin embargo, el procedimiento general para construirlos y aplicarlos es semejante. Éste se resume mediante etapas en el diagrama de la figura 9.7 y corresponde a la parte del plan de recolección que contesta a la pregunta: ¿a través de qué método vamos a recolectar los datos? Y cabe señalar que cada etapa o fase no se detalla en este capítulo, sino en el centro de recursos en línea en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 7: "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte".

Centro de recursos en línea

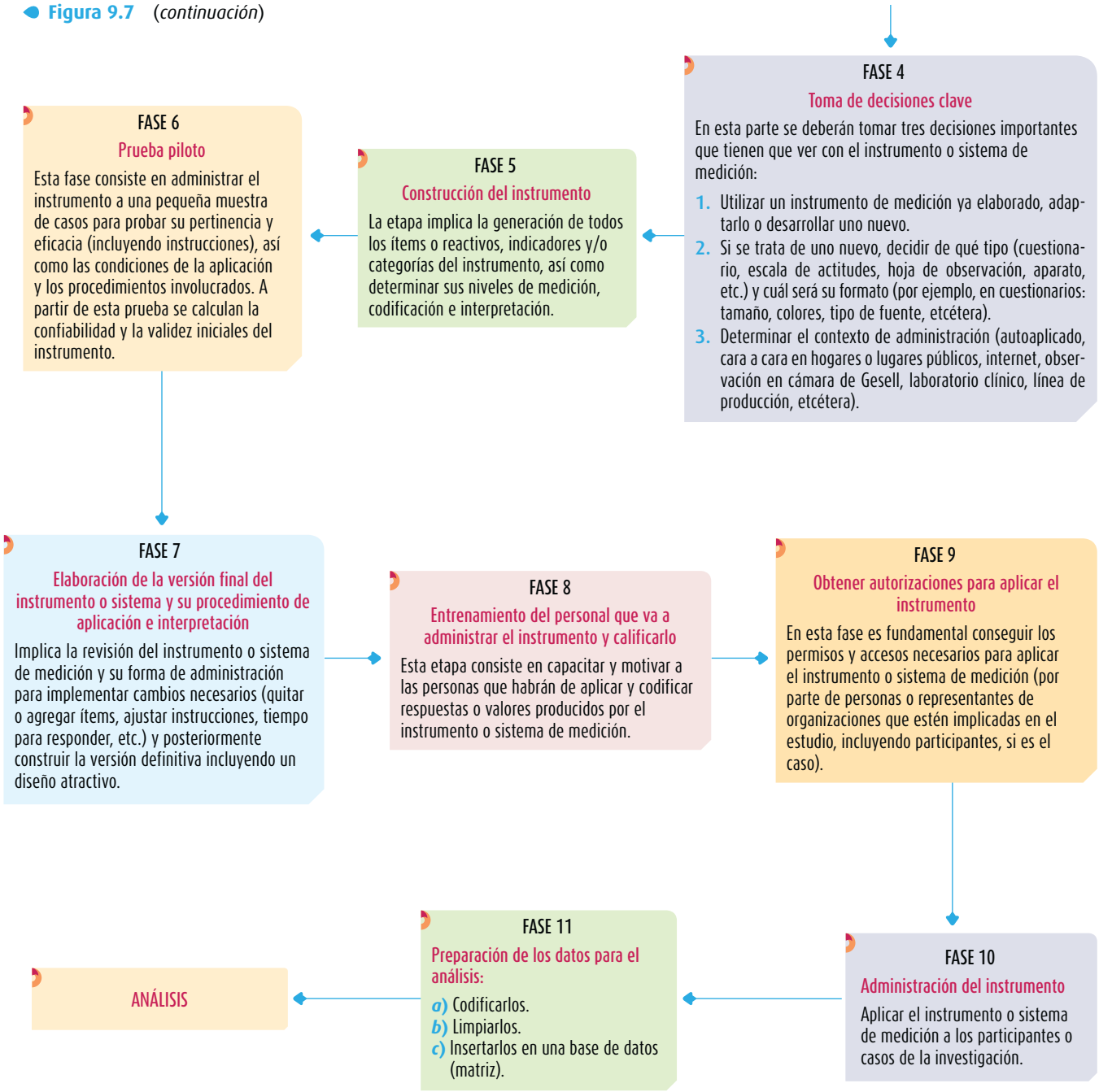
Figura 9.7 Proceso para construir un instrumento de medición.



(*continúa*)

[4] Las pruebas de correlación se presentan en el siguiente capítulo: "Análisis de los datos cuantitativos".

Figura 9.7 (*continuación*)



Las fases 1 a 7 del diagrama se refieren propiamente al desarrollo del instrumento o sistema de medición, mientras que las etapas 8 a 11 representan su administración y la preparación de los datos para su análisis.

Tres cuestiones fundamentales para un instrumento o sistema de medición

Existen tres cuestiones básicas respecto a las variables que deben considerarse al momento de construir un instrumento: *a*) la operacionalización, *b*) la codificación y *c*) establecer los niveles de medición.

La operacionalización: el tránsito de la variable al ítem o valor

El paso de una variable teórica a indicadores empíricos verificables y medibles e ítems o equivalentes se le denomina *operacionalización* (Solís, 2013). La operacionalización se fundamenta en la definición conceptual y operacional de la variable. Su proceso se amplía en el capítulo 7 adicional que se puede descargar del centro de recursos en línea. Por ahora, se comentará que cuando se construye un instrumento, el proceso más lógico para hacerlo es transitar de la variable a sus dimensiones o componentes, luego a los indicadores y finalmente a los ítems o reactivos y sus categorías. En la tabla 9.2 se dan ejemplos de este tránsito.

Tabla 9.2 Ejemplo de desarrollo de ítems

Estudio de las preferencias de los jóvenes para divertirse (ejemplo sencillo)[5]			
Variable	**Dimensión**	**Indicadores**	**Ítems**
Preferencia de actividad para salir con alguien del género opuesto	Actividad nocturna preferida entre semana	Jerarquía de preferencias de actividades de lunes a jueves (aunque algunos comienzan el fin de semana desde el jueves).	De lunes a jueves, ¿cuál sería tu actividad preferida nocturna para salir con el chico o chica que más te gusta? (marcar la que más te agrade). 1. Salir a cenar a un restaurante. 2. Ir al cine. 3. Ir a un bar, "antro", *grill*, taberna, *pub* o cervecería. 4. Acudir a una cafetería, heladería o a algún establecimiento en el que sirvan bebidas no alcohólicas. 5. Ir a bailar a una discoteca, disco o "antro". 6. Ir a una fiesta privada. 7. Acudir al teatro. 8. Acudir a un concierto. 9. Pasear por un parque, jardín o avenida. 10. Otra (especificar).
	Actividad nocturna preferida en fin de semana	Jerarquía de preferencias de actividades en viernes y sábado.	Mismas categorías u opciones de respuesta.
	Actividad nocturna preferida en domingo	Jerarquía de preferencias de actividades en domingo	Mismas categorías u opciones de respuesta.
Clima organizacional	Moral	Grado en que los miembros de una organización o departamento perciben que colaboran y cooperan entre sí, se apoyan mutuamente y mantienen relaciones de amistad y compañerismo.	• Mis compañeros de trabajo son mis amigos. 5. Totalmente de acuerdo. 4. De acuerdo. 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 1. Totalmente en desacuerdo. • En mi trabajo hay mucho compañerismo (mismas opciones de respuesta que el ítem anterior). • Siempre que lo necesito mis compañeros de trabajo me brindan apoyo (mismas opciones de respuesta).

(*continúa*)

[5] En los ejemplos de la tabla sólo se incluyen unos cuantos ítems o reactivos por cuestiones de espacio, son ejemplos muy resumidos.

Tabla 9.2 (*continuación*)

Investigación sobre el clima organizacional			
Variable	**Dimensión**	**Indicadores**	**Ítems**
			• En el departamento donde trabajo nos mantenemos unidos (mismas opciones de respuesta. • La mayoría de las veces en mi departamento compartimos la información más que guardarla para nosotros (mismas opciones de respuesta). • ¿Qué tanto apoyo le brindan sus compañeros cuando usted lo necesita? 5. Total. 4. Bastante. 3. Aceptablemente. 2. Poco. 1. Ninguno.
	Autonomía	Grado de libertad percibida para tomar decisiones y realizar el trabajo.	• En esta empresa tengo libertad para tomar decisiones que tienen que ver con mi trabajo. 5. Totalmente de acuerdo. 4. De acuerdo. 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 2. En desacuerdo. 1. Totalmente en desacuerdo. • Mi jefe me da libertad para tomar decisiones que tienen que ver con mi trabajo (mismas opciones de respuesta que el ítem anterior.)
	Atribución del desempeño	Grado de conciencia compartida por desempeñarse con calidad en las tareas laborales, sobre la base de la cooperación.	• En esta empresa todos tratamos de hacer bien nuestro trabajo (mismas opciones de respuesta que el ítem anterior.) • En esta empresa todos queremos dar lo mejor de nosotros en el trabajo (mismas opciones.)

En ocasiones tenemos menos elementos, por ejemplo, sólo variable, dimensiones e ítems; incluso, únicamente variable y categorías de un único ítem o escala. Tal sería el caso del género —variable—, integrada por un ítem solitario —pregunta u observación— y dos categorías: masculino y femenino; o bien, temperatura —variable— y la lectura de un valor o categoría. Algunas variables son sencillas (un ítem) y otras compuestas (varias dimensiones, indicadores, ítems y categorías). En el siguiente capítulo "Análisis de los datos cuantitativos" (en el apartado "Apunte 1"), se discuten las implicaciones de lo anterior para el análisis estadístico. En el ejemplo de Lee y Guerin (2009) tratado en esta obra, la variable "satisfacción respecto a la calidad del diseño ambiental del interior del área de trabajo u oficina", incluyó la dimensión "satisfacción con respecto al diseño de la oficina", compuesta por tres indicadores: *a*) satisfacción sobre el espacio aprovechable para el trabajo individual y para guardar o almacenar, *b*) satisfacción en torno al nivel de privacidad visual y *c*) satisfacción en relación con la facilidad para interactuar con compañeros de trabajo; cada uno con uno o varios ítems. Ésta y otras variables fueron correlacionadas con la variable tipo de oficina, integrada por un ítem con las siguientes categorías:

1. Despacho u oficina privada cerrada.
2. Oficina cerrada compartida con otras personas.
3. Cubículo con paneles altos de metro y medio o más.
4. Cubículo con paneles bajos de menos de metro y medio.
5. Espacio de trabajo en una oficina abierta sin divisiones.
6. Otros.

Codificación

Codificar los datos significa asignarles un valor numérico o símbolo que los represente. Es decir, a las categorías (opciones de respuesta o valores) de cada ítem o variable se les asignan valores numéricos o signos que tienen un significado. Por ejemplo, si tuviéramos la variable "género" con sus respectivas categorías, masculino y femenino, a cada categoría le determinaríamos un valor. Esto podría ser:

Codificación Significa asignar a los datos un valor numérico o símbolo que los represente, ya que es necesario para analizarlos cuantitativamente.

Categoría	Codificación (valor asignado)
• Masculino	1
• Femenino	2

Por tanto, Paola Yáñez en la variable género sería 2, Luis Gerardo Vera y Ramón Calderón serían 1, Mabel González Bencosme 2 y así sucesivamente.

Otro ejemplo sería la variable "horas de exposición diaria a la televisión", que podría codificarse como se muestra en la tabla 9.3.

Tabla 9.3 Ejemplo de codificación

Categoría	Codificación (valor asignado)
— No ve televisión	0
— Menos de una hora	1
— Una hora	2
— Más de una hora, pero menos de dos	3
— Dos horas	4
— Más de dos horas, pero menos de tres	5
— Tres horas	6
— Más de tres horas, pero menos de cuatro	7
— Cuatro horas	8
— Más de cuatro horas	9

En el primer ejemplo de la tabla 9.2, la respuesta a la pregunta: *De lunes a jueves, ¿cuál sería tu actividad nocturna preferida para salir con el chico o chica que más te gusta?,* la codificación era con números (1 = salir a cenar a un restaurante; 2 = ir al cine; 3 = ir a un bar, "antro", grill, taberna, pub o cervecería; 4 = acudir a una cafetería, heladería o establecimiento en el que sirvan bebidas no alcohólicas; 5 = ir a bailar a una discoteca, disco o "antro"; 6 = ir a una fiesta privada; 7 = acudir al teatro; 8 = acudir a un concierto; 9 = pasear por un parque, jardín, avenida, y 10 = otra).

Mientras que en el ítem: "En esta empresa tengo libertad para tomar decisiones que tienen que ver con mi trabajo", la codificación era:

5. Totalmente de acuerdo
4. De acuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
2. En desacuerdo
1. Totalmente en desacuerdo

Es necesario insistir que cada ítem o variable sencilla deberá tener una codificación (códigos numéricos o simbólicos) para sus categorías, a esto se le conoce como "precodificación". Desde luego, hay veces que un ítem no puede ser codificado *a priori* (precodificado), porque es muy difícil conocer cuáles serán sus categorías. Por ejemplo, si en una investigación preguntáramos: ¿qué opina del programa económico que recientemente aplicó el Gobierno? Las categorías podrían ser muchas más de

las que nos imaginemos y resultaría difícil predecir con precisión cuántas y cuáles serían. En tales situaciones, la codificación se lleva a cabo una vez que se aplica el ítem (*a posteriori*). Éste es el caso de algunos ítems que por ahora denominaremos "abiertos".

La codificación es necesaria para analizar cuantitativamente los datos (aplicar análisis estadístico). A veces se utilizan letras o símbolos en lugar de números (*, A, Z). La codificación puede o no incluirse en el instrumento de medición, veámoslo con un ejemplo de pregunta:

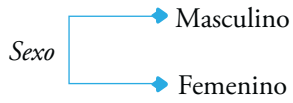
Pregunta precodificada ¿Tiene usted novia?		Pregunta no precodificada ¿Tiene usted novia?	
[1]	Sí	☐	Sí
[0]	No	☐	No

Asimismo, es muy importante indicar el nivel de medición de cada ítem y, por ende, el de las variables**,** porque es parte de la codificación y dependiendo de dicho nivel se selecciona uno u otro tipo de análisis estadístico (por ejemplo, la prueba estadística para correlacionar dos variables de intervalo es muy distinta de la prueba para correlacionar dos variables ordinales). De esta forma, es necesario hacer una relación de variables, ítems y niveles de medición.

Niveles de medición

Existen cuatro niveles de medición ampliamente conocidos.[6]

1. *Nivel de medición nominal.* En este nivel hay dos o más categorías del ítem o la variable. Las categorías no tienen orden ni jerarquía. Lo que se mide (objeto, persona, etc.) se coloca en una u otra categoría, lo cual indica tan sólo diferencias respecto de una o más características. Por ejemplo, la variable "género" de la persona posee sólo dos categorías: masculino y femenino. Ninguna de las categorías implica mayor jerarquía que la otra. Las categorías únicamente reflejan diferencias en la variable. No hay orden de mayor a menor.



Si les asignamos una etiqueta o un símbolo a cada categoría, esto identificará exclusivamente a la categoría. Por ejemplo:

$$* = \text{Masculino}$$
$$z = \text{Femenino}$$

Si usamos numerales, es lo mismo:

1 = Masculino		**2** = Masculino
	es igual a	
2 = Femenino		**1** = Femenino

Los números utilizados en este nivel de medición tienen una función puramente de clasificación *y no* se pueden manipular de manera aritmética. Por ejemplo, la afiliación religiosa es una variable nominal; si pretendiéramos operarla de forma aritmética se presentarían situaciones tan ridículas como ésta:

[6] Para ampliar este tema se sugiere Issel (2014), Wolf (2008), Stoutenborough (2008), Dykema, Blixt y Stevenson (2008); Scanlan (2008), Gershkoff (2008) y Rasmussen (2006).

1 = Católico	
2 = Judío	**1 + 2 = 3**
3 = Protestante	
4 = Musulmán	¿Un católico + un judío = un protestante?
5 = Otros	(No tiene sentido)

Las variables nominales pueden incluir dos categorías (dicotómicas), o bien, tres o más categorías (categóricas). Ejemplos de variables nominales dicotómicas serían el género, el veredicto de un jurado (culpable-no culpable) y el tipo de escuela a la que se asiste (privada-pública); y como ejemplos de variables nominales categóricas tendríamos la afiliación política (partido A, partido B, etc.), la licenciatura estudiada, el grupo étnico, el departamento, la provincia o el estado de nacimiento, la clase de material de construcción ("no" su resistencia, que sería otra variable), tipo de medicamento administrado ("no" la dosis, que sería una variable distinta), bloques de mercado (asiático, latinoamericano, comunidad europea, etc.) y el canal de televisión preferido.

2. *Nivel de medición ordinal*. En este nivel hay varias categorías, pero además mantienen un orden de mayor a menor. Las etiquetas o los símbolos de las categorías sí indican jerarquía. Por ejemplo, el prestigio ocupacional en Estados Unidos se ha medido por diversas escalas que reordenan las profesiones de acuerdo con su prestigio, por ejemplo:[7]

Valor en escala	**Profesión**
90	Ingeniero químico
80	Científico de ciencias naturales (excluyendo la química)
60	Actor común
50	Operador de estaciones eléctricas de potencia
02	Manufacturero de tabaco

Los números (símbolos de categorías) definen posiciones, en el ejemplo: 90 es más que 80, 80 más que 60, 60 más que 50 y así sucesivamente. Sin embargo, las categorías no están ubicadas a intervalos iguales (no hay un intervalo común). No podríamos decir con exactitud que entre un actor (60) y un operador de estaciones eléctricas (50) existe la misma distancia en prestigio que entre un científico de ciencias naturales (80) y un ingeniero químico (90). Al parecer, en ambos casos la distancia es 10, pero no es una distancia real. Otra escala[8] clasificó el prestigio de dichas profesiones de la siguiente manera:

Valor en escala	**Profesión**
98	Ingeniero químico
95	Científico de ciencias naturales (excluyendo la química)
84	Actor común
78	Operador de estaciones eléctricas de potencia
13	Manufacturero de tabaco

Aquí la distancia entre un actor (84) y un operador de estaciones (78) es de seis, y la distancia entre un ingeniero químico (98) y un científico de ciencias naturales (95) es de tres. Otro ejemplo sería la variable *posición jerárquica en la empresa*:

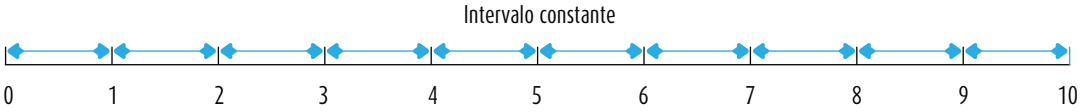
Presidente	10	Jefe	5
Vicepresidente	9	Empleado *A*	4
Director general	8	Empleado *B*	3
Gerente de área	7	Empleado *C*	2
Subgerente o superintendente	6	Intendencia	1

[7] Duncan (1977). La escala incluye múltiples profesiones, se presentan sólo algunas.
[8] Nam *et al.* (1965) y Nam (1983). Para escalas más complejas y actuales, véase Organización Internacional del Trabajo (2012).

Sabemos que el presidente (10) es más que el vicepresidente (9); éste, más que el director general (8); a su vez este último, más que el gerente (7) y así sucesivamente; pero no se precisa en cada caso cuánto más. Tampoco pueden utilizarse las operaciones aritméticas básicas: no podríamos decir que 4 (empleado *A*) + 5 (jefe) = 9 (vicepresidente), ni que 10 (presidente) ÷ 5 (jefe) = 2 (empleado C). Sería absurdo, no tiene sentido. Otros ejemplos de este nivel serían: la medición por rangos de las preferencias de marcas de bebidas refrescantes con gas (refrescos o sodas), autopercepción del grado de dolor de cabeza, percepción de sabores respecto a un platillo y jerarquización de valores (en primer lugar, en segundo lugar, en tercero).

3. *Nivel de medición por intervalos.* Además del orden o la jerarquía entre categorías, se establecen intervalos iguales en la medición. Las distancias entre categorías son las mismas a lo largo de toda la escala, por lo que hay un intervalo constante, una unidad de medida.

Figura 9.8 Escala con intervalos iguales entre categorías.



Por ejemplo, en una prueba de resolución de problemas matemáticos (30 problemas de igual dificultad). Si Ana Cecilia resolvió 10, Laura resolvió 20 y Abigail, 30. La distancia entre Ana Cecilia y Laura es igual a la distancia entre Laura y Abigail.

Sin embargo, en este nivel de medición el cero (0) es arbitrario, no es real, ya que se asigna arbitrariamente a una categoría el valor de cero y a partir de ésta se construye la escala. Un ejemplo clásico en ciencias naturales es la temperatura, que puede medirse en grados centígrados y Fahrenheit: el cero es arbitrario, pues no implica que en realidad haya cero (ninguna) temperatura (incluso en ambas escalas el cero es diferente).

Cabe agregar que diversas mediciones en el estudio del comportamiento humano no son verdaderamente de intervalo (por ejemplo, escalas de actitudes, pruebas de inteligencia y de otros tipos); pero para algunos autores se acercan a este nivel y se suele tratarlas como si fueran mediciones de intervalo.[9] Esto se hace porque este nivel de medición permite utilizar las operaciones aritméticas básicas y diversos métodos estadísticos, que de otro modo no se utilizarían. Aunque algunos investigadores no están de acuerdo con suponer tales mediciones como si fueran de intervalo. El producto interno bruto o producto nacional bruto estaría en este estadio.

4. *Nivel de medición de razón.* En este nivel, además de tenerse todas las características del nivel de intervalos (unidad de medida común, intervalos iguales entre las categorías y aplicación de operaciones aritméticas básicas y sus derivaciones), el cero es real y absoluto (no es arbitrario). Cero absoluto implica que hay un punto en la escala donde está ausente o no existe la propiedad medida (véase la figura 9.9).

Figura 9.9 Ejemplo de escala para el nivel de medición de razón.

Ejemplos de estas mediciones serían la exposición a la televisión (en minutos), el número de hijos, las ventas de un producto, los metros cuadrados de construcción, escala de temperatura de Kelvin, ingresos en una unidad monetaria (alguien puede tener cero ingresos), consumo de un medicamento específico, etcétera.

[9] Este comentario nos remite a una polémica que se comentará más adelante en el tema de la escala de Likert.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

¿De qué tipos de instrumentos de medición o recolección de datos cuantitativos disponemos en la investigación?

4

En la investigación disponemos de múltiples tipos de instrumentos para medir las variables de interés y en algunos casos llegan a combinarse varias técnicas de recolección de los datos. A continuación describimos brevemente las más usuales.

Los instrumentos que serán revisados en este capítulo son: cuestionarios[10] y escalas de actitudes, mencionando a otros. En el capítulo adicional 7, "Recolección de los datos cuantitativos, segunda parte", que se puede descargar en el centro de recursos en línea, se comentan los siguientes: registros del contenido (análisis de contenido) y observación cuantitativa, pruebas estandarizadas, recolección de información factual e indicadores (análisis de datos secundarios de registros públicos y documentación) y metaanálisis, así como otras clases de mediciones. Los metodólogos de cada ciencia y disciplina han desarrollado una gran diversidad de instrumentos y procedimientos, algunos de los cuales puede buscarlos el lector en los manuales y ejemplos del centro de recursos (http://www.mhhe.com/he/hmi6e).

La codificación y la preparación de los datos obtenidos se discutirán después de presentar los principales instrumentos de medición.

Cuestionarios

4

En fenómenos sociales, tal vez el instrumento más utilizado para recolectar los datos es el cuestionario. Un **cuestionario** consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Chasteauneuf, 2009). Debe ser congruente con el planteamiento del problema e hipótesis (Brace, 2013).

Cuestionario Conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir.

Los cuestionarios se utilizan en encuestas de todo tipo (por ejemplo, para calificar el desempeño de un gobierno, conocer las necesidades de hábitat de futuros compradores de viviendas y evaluar la percepción ciudadana sobre ciertos problemas como la inseguridad). Pero también, se implementan en otros campos. Por ejemplo, un ingeniero en minas usó un cuestionario como herramienta para que expertos de diversas partes del mundo aportaran opiniones calificadas con el fin de resolver ciertas problemáticas de producción.

Ahora, comentaremos primero sobre las preguntas y luego sobre las características deseables de este tipo de instrumento, así como los contextos en los cuales se pueden administrar los cuestionarios.

¿Qué tipos de preguntas se pueden elaborar?

5

El contenido de las preguntas de un cuestionario es tan variado como los aspectos que mide. Básicamente se consideran *dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas.*

Preguntas cerradas

Las **preguntas cerradas** contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Es decir, se presentan las posibilidades de respuesta a los participantes, quienes deben acotarse a éstas. Pueden ser dicotómicas (dos posibilidades de respuesta) o incluir varias opciones de respuesta. Ejemplos de preguntas cerradas dicotómicas serían:

Preguntas cerradas Son aquellas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas. Resultan más fáciles de codificar y analizar.

¿Estudia usted actualmente?

( ) Sí
( ) No

¿Durante la semana pasada vio la final de la Liga de Campeones de Europa?

( ) Sí
( ) No

[10] Las entrevistas se plantean como un contexto en el cual pueden ser administrados los cuestionarios.

Ejemplos de preguntas cerradas con varias opciones de respuesta serían:

Como usted sabe, todos los países desarrollados reciben inmigrantes. ¿Cree que, en términos generales, la inmigración es más bien positiva o más bien negativa para estos países?

- ○ Positiva
- ○ Ni positiva ni negativa
- ○ Negativa
- ○ No sabría decir

¿Cuál es el puesto que ocupa usted en su empresa?

- ○ Presidente/Director general
- ○ Subdirector/Director/Gerente
- ○ Coordinador
- ○ Supervisor
- ○ Obrero
- ○ Vicepresidente/Director corporativo
- ○ Subgerente/Superintendente
- ○ Jefe de área
- ○ Empleado
- ○ Otro (especificar) _____

Si usted tuviera elección, ¿preferiría que su salario fuera de acuerdo con su productividad en el trabajo?

- ○ Definitivamente sí
- ○ Probablemente sí
- ○ No estoy seguro
- ○ Probablemente no
- ○ Definitivamente no

Como se observa, en las preguntas cerradas las categorías de respuesta son definidas *a priori* por el investigador y se le muestran al encuestado, quien debe elegir la opción que describa más adecuadamente su respuesta. Gambara (2002) hace notar algo muy lógico pero que en ocasiones se descuida y resulta fundamental: cuando las preguntas presentan varias opciones, éstas deben recoger todas las posibles respuestas.

Ahora bien, hay preguntas cerradas en las que el participante puede seleccionar más de una opción o categoría de respuesta (*posible multirrespuesta*).

Ejemplo

Supongamos que un entrevistador pregunta:

¿Esta familia tiene en el hogar...? (*Marque con una cruz o tache todas las opciones que el entrevistado o entrevistada señale que tiene en su hogar*):

- ○ Radio
- ○ Reproductor de DVD o Blu-ray
- ○ Computadora fija
- ○ Tableta, laptop o iPad
- ○ Teléfono celular o móvil
- ○ iPod u otro dispositivo similar
- ○ Televisión
- ○ TV de paga (SKY, Cablevisión, DirectTV, otros sistemas locales de cable o TV satelital)
- ○ Internet
- ○ Equipo de sonido para CD
- ○ Teléfono (línea telefónica en casa)

En preguntas como la del ejemplo anterior, los participantes pueden marcar una, dos, tres, cuatro o más opciones de respuesta. Las categorías no son mutuamente excluyentes.

En ocasiones, el encuestado tiene que jerarquizar opciones.

Ejemplo

De las siguientes compañeras de clase, ¿quién te atrae más? ¿Cuál en segundo lugar? ¿Cuál en tercer lugar? ¿Cuál en cuarto lugar? ¿Cuál en último lugar?

- ○ Sandra
- ○ Lucía
- ○ Ana
- ○ Mariana
- ○ Paola

O bien, en otras preguntas se debe designar un puntaje a una o diversas cuestiones.

Ejemplo

A continuación voy a mencionarle algunos de los problemas que suelen preocupar a los habitantes de este municipio y le pediría que en cada caso me dijera: ¿qué tanto le preocupa a usted cada uno de ellos?; donde 10 significa: "me preocupa muchísimo" y 0 quiere decir: "no me preocupa en absoluto".[11]

___ Desempleo
___ Pobreza
___ Inseguridad al transitar por la calle o viajar en transporte público
___ Empleo mal remunerado/bajos salarios
___ Robos/asaltos en los hogares y viviendas
___ Robos de vehículos/autos, motocicletas, bicicletas
___ Pandillerismo
___ Venta de drogas-narcomenudeo
___ Secuestros
___ Recolección de la basura (no todos los días la recogen)
___ Horarios inadecuados para la recolección de la basura
___ Escasez de agua
___ Cortes en el suministro de agua
___ Falta de vivienda
___ Servicios de salud insuficientes
___ Carencia/deficiencia de servicios educativos
___ Drenaje inadecuado en las calles
___ Tránsito/tráfico/vialidad
___ Pavimentación y bacheo mal hechos
___ Falta de infraestructura (calles, puentes, etcétera)
___ Corrupción de funcionarios municipales, policías, agentes de tránsito y vialidad
___ Situación económica familiar

En otras preguntas, se anota una cifra dentro de un rango predeterminado.

Ejemplo

Aproximadamente, ¿cuántos minutos dedica diariamente a hacer deporte entre semana, es decir, de lunes a viernes?

En algunas más, el encuestado se ubica en una escala. El concepto de escala (aplicado a la medición) puede definirse como: "sucesión ordenada de valores distintos de una misma cualidad" (Real Academia Española, 2001, p. 949). Es un patrón, conjunto, medida o estimación regular de acuerdo con algún estándar o tasa, respecto de una variable (Carmines y Woods, 2003b). Ejemplos: escala de temperatura en grados centígrados, escala de inteligencia, escala de distancia en kilómetros, metros y centímetros; escala de peso en kilogramos, escala de presión arterial en milímetros de mercurio (mmHg), escala musical con octavas, etcétera.

Ejemplo

¿Qué tan enamorada está usted de su novio? (del 0 al 100):

☺	100 – Completamente enamorada		.
	99		.
	98		.
	.		20
	.		10
	.		.
	80		.
	70		2
	60		1
☹	50	☹	0 – Nada enamorada

[11] Esta pregunta fue administrada a personas que tuvieran estudios mínimos de bachillerato o preparatoria, aunque funcionó con personas cuyo nivel era de secundaria. No se incluyeron todos los problemas por cuestiones de espacio, solamente algunos para ilustrar el tipo de pregunta.

Finalmente, en ocasiones se encadenan varias preguntas en una, como en el siguiente ejemplo (los candidatos y candidatas son ficticios).

Ejemplo

Le voy a mencionar algunos nombres de políticos de nuestro municipio y le pediría que en cada caso me dijera si sabe usted quién es y a qué partido pertenece, así como su opinión de esta persona.

Político (Rotar opciones)	P. 8 ¿Sabe quién es?		*Cuando sabe quién es* P. 9 ¿Sabe a qué partido pertenece? (*No leer opciones*)		*Cuando sabe quién es* P. 10 ¿Qué tan favorable o desfavorable es su opinión acerca de...? (*Leer opciones*)			
	Sí	*No (Pasar a p. 16)*	*Sí identificó*	*No identificó*	*Muy favorable*	*Favorable*	*Desfavorable*	*Muy desfavorable*
Guadalupe Méndez Peña	1	2	(Partido 1) 1	2	4	3	2	1
Agustín Almanza Mendoza	1	2	(Partido 2) 1	2	4	3	2	1
Sandra Hernández Jiménez	1	2	(Partido 3) 1	2	4	3	2	1
Roberto Yáñez Ruiz	1	2	(Partido 4) 1	2	4	3	2	1

Preguntas abiertas No delimitan las alternativas de respuesta. Son útiles cuando no hay suficiente información sobre las posibles respuestas de las personas.

Preguntas abiertas

En cambio, las **preguntas abiertas** no delimitan de antemano las alternativas de respuesta, por lo cual el número de categorías de respuesta es muy elevado; en teoría, es infinito, y puede variar de población en población.

Ejemplo

¿Por qué asiste a psicoterapia?

_____

_____

_____

¿Qué opina de las medidas de apoyo a la población que adoptó el Gobierno para disminuir el impacto del último terremoto ocurrido el 10 de noviembre?

_____

_____

_____

¿Conviene usar preguntas cerradas o abiertas?

Un cuestionario obedece a diferentes necesidades y a un problema de investigación, lo cual origina que en cada estudio el tipo de preguntas sea distinto. Algunas veces se incluyen tan sólo preguntas cerradas, otras ocasiones únicamente preguntas abiertas, y en ciertos casos ambos tipos de preguntas. Cada clase de pregunta tiene sus ventajas y desventajas, las cuales se mencionan a continuación.

Las *preguntas cerradas* son más fáciles de codificar y preparar para su análisis. Asimismo, estas preguntas requieren un menor esfuerzo por parte de los encuestados, que no tienen que escribir o verbalizar pensamientos, sino únicamente seleccionar la alternativa que sintetice mejor su respuesta. Responder a un cuestionario con preguntas cerradas toma menos tiempo que contestar uno con preguntas abiertas. Cuando el cuestionario se envía por correo, se tiene un mayor grado de respuesta porque es fácil de contestar y completarlo requiere menos tiempo. Otras ventajas son: se reduce la ambigüedad de las respuestas y se favorecen las comparaciones entre las respuestas (Burnett, 2009).

La *principal desventaja de las preguntas cerradas* reside en que limitan las respuestas de la muestra y, en ocasiones, ninguna de las categorías describe con exactitud lo que las personas tienen en mente; no siempre se captura todo "lo que pasa por la cabeza" de los participantes. Su redacción exige mayor laboriosidad (Vinuesa, 2005).

Para *formular preguntas cerradas* es necesario anticipar las posibles alternativas de respuesta. De no ser así, es muy difícil plantearlas. Además, el investigador debe asegurarse de que los participantes a quienes se les administrarán conocen y comprenden las categorías de respuesta. Por ejemplo, si preguntamos qué canal de televisión es el preferido, determinar las opciones de respuesta y que los participantes las comprendan es muy sencillo. Pero si preguntamos sobre las razones que provocan esa preferencia, señalar las alternativas es algo más complejo.

Las *preguntas abiertas* proporcionan una información más amplia y son particularmente útiles cuando no tenemos información sobre las posibles respuestas de las personas o la que tenemos es insuficiente (Phillips, Phillips y Aaron, 2013). También sirven en situaciones donde se desea profundizar una opinión o los motivos de un comportamiento. Su mayor desventaja es que son más difíciles de codificar, clasificar y preparar para el análisis. Además, llegan a presentarse sesgos derivados de distintas fuentes; por ejemplo, quienes enfrentan dificultades para expresarse en forma oral y por escrito quizá no respondan con precisión a lo que en realidad desean, o generen confusión en sus respuestas. El nivel educativo, la capacidad de manejo del lenguaje y otros factores pueden afectar la calidad de las respuestas (Saris y Gallhofer, 2007 y Black y Champion, 1976). Asimismo, responder a preguntas abiertas requiere mayor esfuerzo y más tiempo.

La elección del tipo de preguntas que contenga el cuestionario depende del grado en que se puedan anticipar las posibles respuestas, los tiempos de que se disponga para codificar y si se quiere una respuesta más precisa o profundizar en alguna cuestión. Una recomendación para construir un cuestionario es que se analice, variable por variable, qué tipo de pregunta o preguntas suelen ser más confiables y válidas para medir esa variable, de acuerdo con la situación del estudio (planteamiento del problema, características de la muestra, tipo de análisis a efectuar, etcétera).

Con frecuencia, las preguntas cerradas se construyen con fundamento en preguntas abiertas. Por ejemplo, en la prueba piloto puede elaborarse una pregunta abierta y posteriormente a su aplicación, sobre la base de las respuestas, se genera el ítem cerrado.

Figura 9.10 Ejemplo del paso de una pregunta abierta a la elaboración de una pregunta cerrada.

¿Una o varias preguntas para medir una variable?

En ocasiones sólo basta una pregunta para recolectar la información necesaria sobre la variable considerada, no es necesario incluir más. Por ejemplo, para medir el nivel de escolaridad de una muestra basta con preguntar: ¿hasta qué año escolar cursó?, o ¿cuál es su grado máximo de estudios? En otras

ocasiones se requiere elaborar varias preguntas para verificar la consistencia de las respuestas u obtener múltiples indicadores de diversas dimensiones de la variable medida.

Por ejemplo, algunas asociaciones latinoamericanas de investigación de mercados e instituciones educativas miden el nivel socioeconómico tomando en cuenta diversas preguntas o indicadores de la clase social, el estilo de vida, el ingreso y el bienestar:[12]

1. Escolaridad del jefe del hogar.
2. Número de focos en la vivienda.
3. Número de habitaciones en la vivienda, sin incluir baños.
4. Número de baños en general y con regadera.
5. Número de automóviles y otros vehículos en la cochera.
6. Posesión de ciertos aparatos y equipos (tanque de gas estacionario, boiler o calentador, estufa de gas, lavadora automática, aspiradora, horno de microondas, tostadora de pan, etcétera).
7. Posesión de elementos de conectividad y entretenimiento (computadora, televisión, equipo de sonido, equipo de video, línea telefónica, teléfono móvil o celular, internet, servicio de televisión de paga, etcétera).
8. Características de la vivienda (techo estable y seguro en su vivienda —no de cartón ni hule, etc.—, piso firme en su interior —cemento, concreto o piso de mosaico—, agua que llega por tubería a su vivienda, etcétera).
9. Tarjetas de crédito comercial en el hogar.

Con base en estos indicadores se construyen índices, cada uno con un peso o coeficiente, y al final se otorga una puntuación que determina el nivel socioeconómico con mayor precisión.[13] Sin embargo, esto puede resultar muy complejo para el alumno que comienza con sus primeras investigaciones, por lo cual la alternativa sería preguntar a los miembros de la familia que trabajan aproximadamente cuál es su nivel mensual de ingresos y cuántos focos eléctricos tiene aproximadamente en su casa.[14]

Así, es recomendable *hacer solamente las preguntas necesarias* para obtener la información deseada o medir la variable.

Una modalidad de cuestionamientos múltiples lo es la batería de preguntas, la cual sirve para: *a*) ahorrar espacio en el cuestionario, *b*) facilitar la comprensión del mecanismo de respuesta (si se entiende la primera pregunta, se comprenderán las demás) (Corbetta, 2003) y *c*) construir índices que permitan obtener una calificación total.

Ejemplo

Variable a medir: visión departamental

Definición conceptual: percepción de la meta departamental en cuanto a claridad, naturaleza visionaria, grado en que es posible alcanzarla y medida en que puede ser compartida, y que representa una fuerza motivacional para el trabajo (Anderson y West, 1998 y Hernández-Sampieri, 2005).[15]

[12] Asociación Mexicana de Agencias de Investigación de Mercados y Opinión Pública, AMAI (2013), López (2009) y Universidad de Celaya (2013). Con el fin de conocer el método por puntos para la ubicación del nivel socioeconómico, se recomienda consultar directamente estas fuentes o consultar a la asociación de empresas de investigación de mercados de su país.

[13] Desde luego, estos índices evolucionan permanentemente, en el corto plazo se contempla agregar indicadores respecto al ocio y tiempo libre, salud y esperanza de vida, idiomas, información y conocimiento y balance de vida (López, 2011).

[14] En varios estudios se ha demostrado que el nivel de ingresos está relacionado con el número de focos de una casa habitación (residencia, hogar o propiedad). El número de focos se vincula con el número de cuartos, extensión de la casa, tamaño del jardín y otros factores, es decir, con el valor de la propiedad (Universidad de Celaya, 2013). Los rangos podrían ser: 3 focos o menos: estratos muy desfavorecidos; de 4 a 5 focos: estratos desfavorecidos; de 6 a 10 focos: estratos medios característicos; 11 a 15: estratos medios favorecidos; 16 a 20: medios/altos; 21 a 30: altos favorecidos; más de 31: muy altos o completamente favorecidos. Se sugiere excluir candiles. En cada nación cambia la designación de cada estrato, y no se quiere utilizar los términos "bajos", que son peyorativos.

[15] El ejemplo contiene solamente algunas de las preguntas de la escala original. Asimismo, se conjuntaron con otras escalas y se distribuyeron a lo largo del cuestionario.

Preguntas o ítems:	Completamente (mucho)	Aceptablemente	Regular	Poco	Nada
1. ¿Qué tan claros tiene los objetivos de su departamento?	5	4	3	2	1
2. ¿En qué medida considera usted que los objetivos de su departamento son útiles y apropiados?	5	4	3	2	1
3. ¿Qué tan de acuerdo está usted con estos objetivos de su departamento?	5	4	3	2	1
4. ¿En qué medida piensa usted que los objetivos de su departamento son claros?	5	4	3	2	1
5. ¿En qué medida piensa usted que los objetivos de su departamento son comprendidos por sus compañeros de trabajo del mismo departamento?	5	4	3	2	1
6. ¿En qué medida considera usted que sus compañeros de departamento están de acuerdo con los objetivos?	5	4	3	2	1
7. En qué medida considera que los objetivos del departamento pueden lograrse actualmente?	5	4	3	2	1

¿Las preguntas van precodificadas o no?

Siempre que se pretenda efectuar análisis estadístico, se requiere codificar las respuestas de los participantes a las preguntas del cuestionario, y debemos recordar que esto significa asignarles símbolos o valores numéricos y que cuando se tienen preguntas cerradas es posible codificar *a priori* o *precodificar* las opciones de respuesta, e incluir esta precodificación en el cuestionario (como en el último ejemplo).

Ejemplo

De preguntas precodificadas

¿Tiene usted inversiones en la Bolsa de Valores?

☐ 1 Sí ☐ 2 No

Cuando usted se enfrenta a un problema en su trabajo, para resolverlo recurre generalmente a:

1. Su superior inmediato
2. Su propia experiencia
3. Sus compañeros
4. Los manuales de políticas y procedimientos
5. Otra fuente: _____
(especificar)

En ambas preguntas, las respuestas van acompañadas de su valor numérico correspondiente, es decir, se han precodificado. Obviamente en las preguntas abiertas la codificación se realiza después, una vez que se tienen las respuestas. Las preguntas y opciones de respuesta precodificadas poseen la ventaja de que su codificación y preparación para el análisis son más sencillas y requieren menos tiempo.

¿Qué preguntas son obligatorias?

Regularmente, las preguntas llamadas demográficas o de ubicación del participante encuestado: género, edad, nivel socioeconómico, estado civil, escolaridad (nivel de estudios), religión, afiliación política, colonia, barrio o zona donde vive, pertenencia a ciertas agrupaciones, ocupación (actividad a la que se dedica), años de vivir en el lugar actual de residencia, etc. En empresas: puesto, antigüedad,

área funcional donde trabaja (gerencia, departamento, dirección o equivalente), planta u oficinas donde labora y demás preguntas. En cada investigación debemos analizar cuáles son pertinentes y nos resultarán útiles.

¿Qué características debe tener una pregunta?

Independientemente de que las preguntas sean abiertas o cerradas, y de que sus respuestas estén precodificadas o no, hay una serie de características que deben cubrirse al plantearlas:

a) Las preguntas tienen que ser claras, precisas y comprensibles para los sujetos encuestados. Deben evitarse términos confusos, ambiguos y de doble sentido. Por ejemplo, la pregunta: "¿ve usted televisión?", es confusa, no delimita cada cuánto. Sería mucho mejor especificar: ¿acostumbra usted ver televisión diariamente?, ¿cuántos días durante la última semana vio televisión?, y después preguntar horarios, canales y contenidos de los programas. Otro ejemplo inconveniente sería: ¿le gusta el deporte? No se sabe si se trata de verlo por televisión o en vivo, si de practicarlo o qué, y en última instancia, ¿cuál deporte? Otro caso que genera confusión son los términos con múltiples significados (Burnett, 2009), por ejemplo: ¿su empleo es estable?, implica un concepto de estabilidad de empleo que no tiene un solo significado. ¿Qué se considera estable?: ¿un contrato por un año, por dos, por cinco...?

Un caso común de confusión son las palabras sobre la temporalidad, resulta nebuloso el cuestionamiento: ¿ha asistido recientemente al cine?, ya que implica otras preguntas: ¿qué significa recientemente?, ¿ayer, la última semana, el último mes? Sería mejor interrogar: durante las últimas dos semanas (o mes), ¿cuántas veces ha ido al cine? De igual forma: ¿ha trabajado desde joven?, habrá de sustituirse por: ¿a partir de qué edad comenzó a trabajar?

b) Es aconsejable que las preguntas sean lo más breves posible, porque las preguntas largas suelen resultar tediosas, toman más tiempo y pueden distraer al participante; pero como menciona Rojas (2002) no es recomendable sacrificar claridad por concisión. Cuando se trata de asuntos complicados tal vez es mejor una pregunta más larga, debido a que facilita el recuerdo, proporciona al sujeto más tiempo para pensar y favorece una respuesta más articulada (Corbetta, 2003). La directriz es que se incluyan las palabras necesarias para que se comprenda la pregunta, sin ser repetitivos o barrocos.

c) Deben formularse con un vocabulario simple, directo y familiar para los participantes.

d) No pueden incomodar a la persona encuestada ni ser percibidas como amenazantes y nunca ésta debe sentir que se le enjuicia. Debemos inquirir de manera sutil. Preguntas como: ¿acostumbra consumir algún tipo de bebida alcohólica?, tienden a provocar rechazo. Es mejor cuestionar: ¿algunos de sus amigos acostumbran consumir cierto tipo de bebida alcohólica?, y después utilizar preguntas tenues que indirectamente nos indiquen si la persona acostumbra consumir esta clase de bebidas (¿cuál es su tipo de bebida favorita?, ¿cada cuánto se reúne con sus amigos?, etc.). Mertens (2010) sugiere sustituir la pregunta: ¿es usted alcohólico? (en extremo amenazante), por la siguiente formulación: "el consumo de bebidas como el ron, tequila, vodka y whisky en esta ciudad es de *X* botellas de un litro, ¿en qué medida usted estaría por encima o por debajo de esta cantidad?" (alternativas de respuesta: "por encima, igual o por debajo"). Gochros (2005) recomienda cambiar la pregunta: ¿consume drogas?, por: ¿qué opina de las personas que consumen drogas en dosis mínimas? En estos casos de preguntas difíciles es posible usar escalas de actitud en lugar de preguntas o aun otras formas de medición (como se verá en la parte de escalas actitudinales y en otros instrumentos). Hay temáticas en las que a pesar de que se utilicen preguntas sutiles, el encuestado se puede sentir molesto. Tal es el caso del desempleo, la homosexualidad, el sida, la prostitución, la pornografía, los anticonceptivos y las adicciones.

e) Las preguntas deben referirse preferentemente a un solo aspecto o una relación lógica. Por ejemplo, la pregunta: ¿acostumbra usted ver televisión y escuchar radio diariamente?, expresa dos aspectos y llega a confundir. Es necesario dividirla en dos preguntas, una relacionada con la televisión y otra vinculada con la radio. Otro ejemplo: ¿sus padres eran saludables?, es una pregunta problemática, además del concepto "saludable" (confuso), es imposible de responder en el caso

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

de que la madre nunca se hubiera enfermado de gravedad y nunca hubiera sido hospitalizada y, en cambio, el padre hubiera padecido severos problemas de salud.

f) Las preguntas no habrán de inducir las respuestas. Se tienen que evitar preguntas tendenciosas o que dan pie a elegir un tipo de respuesta (directivas). Por ejemplo, ¿considera a nuestro compañero Ricardo Hernández como el mejor candidato para dirigir nuestro sindicato?, es una pregunta tendenciosa, pues induce la respuesta. Lo mismo que la pregunta: ¿los trabajadores argentinos son muy productivos? Se insinúa la respuesta en la pregunta. Resultaría mucho más conveniente interrogar: ¿qué tan productivos considera usted, en general, a los trabajadores argentinos? (y mostrar alternativas).

Ejemplo

¿Qué tan productivos considera usted, en general, a los trabajadores argentinos?

Sumamente productivos	Más bien productivos	Más bien improductivos	Sumamente improductivos

Otro ejemplo inconveniente sería: ¿piensa usted votar por tal partido político en las próximas elecciones? El participante nunca debe sentirse presionado. Un factor importante a considerar es la deseabilidad social (Furr, 2010), a veces las personas utilizan respuestas culturalmente aceptables. Por ejemplo, la pregunta: ¿le gustaría casarse?, podría inducir y forzar a más de una persona a responder de acuerdo con las normas de su comunidad. Resulta mejor cuestionar: ¿qué opina del matrimonio?, y más adelante inquirir sobre sus anhelos y expectativas al respecto. Una interrogante como: ¿acostumbra leer el periódico?, puede llevarnos a respuestas socialmente válidas: "sí, lo leo a diario, yo leo mucho" (cuando no es cierto). Es mejor preguntar: ¿suele tener tiempo para leer el periódico?, ¿con qué frecuencia?

g) Las preguntas no pueden apoyarse en instituciones, ideas respaldadas socialmente ni en evidencia comprobada. Es también una manera de inducir respuestas. Por ejemplo, la pregunta: la Organización Mundial de la Salud ha realizado diversos estudios y concluyó que el tabaquismo provoca diversos daños al organismo, ¿considera usted que fumar es nocivo para su salud? Esquemas del tipo: "la mayoría de las personas opinan que…", "la Iglesia considera…", "los padres de familia piensan que…", etc., no deben anteceder a las preguntas, ya que influyen y sesgan las respuestas.

h) Es aconsejable evitar preguntas que nieguen el asunto que se interroga. Por ejemplo: ¿qué niveles de la estructura organizacional *no* apoyan el proceso de calidad? Es mejor preguntar sobre qué niveles sí apoyan el proceso. O bien: ¿qué *no* le agrada de este centro comercial?, es preferible cuestionar: ¿qué le desagrada de este centro comercial? Tampoco es conveniente incluir dobles negaciones (son positivas, pero suelen confundir): ¿considera que la mayoría de las mujeres casadas preferiría *no* trabajar si *no* tuviera presión económica? Mejor se redacta de manera positiva.

i) No deben hacerse preguntas racistas o sexistas ni que ofendan a los participantes. Es obvio, pero no está de más recalcarlo. Se recomienda también sortear las preguntas *con fuerte carga emocional o muy complejas*, que más bien son preguntas para entrevistas cualitativas (por ejemplo: ¿cómo era la relación con su ex marido? —aunque una escala completa puede ser la solución— o ¿qué siente usted sobre la muerte de su hijo?).

j) En las preguntas con varias categorías de respuesta, y cuando el entrevistado sólo tiene que elegir una, llega a ocurrir que el orden en que se presentan dichas opciones afecta las respuestas de los participantes (por ejemplo, que tiendan a favorecer a la primera o a la última opción de respuesta). Entonces resulta conveniente rotar el orden de lectura de las respuestas a elegir de manera proporcional. Por ejemplo, si preguntamos: ¿cuál de los siguientes cuatro candidatos presidenciales considera usted que logrará disminuir verdaderamente la inflación? Veinticinco por ciento de las veces (o una de cada cuatro ocasiones) que se haga la pregunta se menciona primero al candidato *A*, 25% se menciona primero al candidato *B*, *25%* al candidato *C* y el restante 25% al

candidato *D*. Asimismo, cuando las alternativas son demasiadas es más difícil responder, por ello es conveniente limitarlas a las mínimas necesarias.

En la tabla 9.4 se relacionan los problemas que surgen al generar preguntas, adaptada de Creswell (2005).

Tabla 9.4 Ejemplos de algunos problemas al elaborar preguntas

Problema	Ejemplo de pregunta problemática	Mejora a la pregunta
Pregunta confusa por la vaguedad de los términos	¿Votará en las próximas elecciones?	Precisar términos: En las próximas elecciones del 10 de noviembre para elegir alcalde de Monterrey, ¿piensa ir a votar?
Dos o más conceptos o dos preguntas en una sola	¿Qué tan satisfecho está usted con el servicio de comedor y el servicio médico que se ofrece en la empresa?	Una pregunta por concepto: ¿Qué tan satisfecho está usted con el servicio de comedor que se ofrece en la empresa? ¿Qué tan satisfecho está usted con el servicio médico que se ofrece en la empresa?
Demasiadas palabras	Como usted sabe, el próximo 10 de noviembre se celebrarán elecciones locales en este municipio de Cortazar para elegir alcalde, en esa fecha: ¿piensa usted acudir a las urnas a emitir su voto por el candidato que considera será el mejor alcalde para el municipio?	Reducir términos: En las próximas elecciones del 10 de noviembre para elegir alcalde de Cortazar, ¿piensa ir a votar?
Pregunta negativa	¿Los estudiantes no deben portar o llevar armas a la escuela?	Cambiarla a neutral: ¿Los estudiantes deben o no portar armas en la escuela?
Contiene "jerga lingüística"	¿Qué tan "chida" o "padre" es la relación con su empresa?	Eliminar dicha jerga: ¿Qué tan orgulloso se encuentra usted de trabajar en esta empresa?
Se traslapan las categorías de respuesta	¿Podría indicarme su edad? __18 – 19 __19 – 20 __20 – 21 __21 – 22	Lograr que las categorías sean mutuamente excluyentes: ¿Podría indicarme su edad? __18 – 19 __20 – 21 __22 – 23
Categorías de respuesta sin balance entre las favorables y las desfavorables (positivas y negativas)	¿En qué medida está usted satisfecho con su superior inmediato? ☐ Insatisfecho ☐ Medianamente satisfecho ☐ Satisfecho ☐ Sumamente satisfecho	Proporcionar equilibrio entre opciones favorables y desfavorables: ¿En qué medida está usted satisfecho con su superior inmediato? ☐ Sumamente insatisfecho ☐ Más bien insatisfecho ☐ Ni insatisfecho ni satisfecho ☐ Más bien satisfecho ☐ Sumamente satisfecho
Incongruencia entre la pregunta y las opciones de respuesta	¿En qué medida está usted satisfecho con su superior inmediato? ☐ Muy poco importante ☐ Poco importante	Generar categorías que coincidan con la pregunta: ¿En qué medida está usted satisfecho con su superior inmediato? ☐ Sumamente insatisfecho

(*continúa*)

Tabla 9.4 (*continuación*)

Problema	Ejemplo de pregunta problemática	Mejora a la pregunta
	☐ Medianamente importante ☐ Importante ☐ Muy importante	☐ Más bien insatisfecho ☐ Ni insatisfecho ni satisfecho ☐ Más bien satisfecho ☐ Sumamente satisfecho
Sólo una parte de los participantes pueden entender la pregunta	¿Cuál es el género y marca de bebida etílica que acostumbra adquirir con un mayor índice de frecuencia en sus compras?	Simplificar términos: ¿Cuál es el tipo de bebida alcohólica y de qué marca acostumbra comprar con mayor frecuencia?
Utilización de términos en otro idioma	¿Qué efectos tuvo en esta empresa el *downsizing*?	Traducir términos: ¿Qué efectos tuvo en esta empresa la reducción de empleados?
La pregunta puede ser inadecuada para parte de la población	¿Cómo le afectó el incremento en la tasa impositiva para empleados gubernamentales?	Agregar preguntas que segmenten a la población: ¿Actualmente trabaja? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja usted en... ☐ empresa? ☐ por cuenta propia (independiente)? ☐ gobierno? Entonces, a quienes pertenezcan a la última categoría, se les pregunta: ¿Cómo le afectó el incremento en la tasa impositiva para empleados gubernamentales?

En relación con cada pregunta del cuestionario, León y Montero (2003) sugieren que se reflexione sobre si es necesaria la pregunta. ¿Es lo suficientemente concreta? ¿Responderán los participantes sinceramente?

¿Cómo deben ser las primeras preguntas de un cuestionario?

En algunos casos es conveniente iniciar con preguntas neutrales o fáciles de contestar, para que el participante se adentre en la situación. No se recomienda comenzar con preguntas difíciles o muy directas. Imaginemos un cuestionario diseñado para obtener opiniones en torno al aborto que empiece con una pregunta poco sutil como: ¿está de acuerdo con que se legalice el aborto en este país? Sin lugar a dudas, sería un fracaso. Los primeros cuestionamientos deben resultar interesantes para los participantes. A veces incluso, pueden ser divertidos (por ejemplo, en la investigación de la moda y la mujer mexicana que se verá en la cuarta parte del libro sobre modelos mixtos, al comenzar a inquirir sobre los tipos de prendas que compraban las participantes, la primera pregunta fue: ¿sueles ponerte una piyama para dormir?, cuestionamiento que resultó sumamente divertido y provocó hilaridad, logrando relajar a las encuestadas. Desde luego, la pregunta la hicieron mujeres entrevistadoras jóvenes).

A veces los cuestionarios comienzan con las preguntas demográficas ya mencionadas, pero en otras ocasiones es mucho mejor hacer este tipo de preguntas al final del cuestionario, particularmente en casos donde los participantes puedan sentir que se comprometen si responden el cuestionario.

Cuando construimos un cuestionario, es indispensable que pensemos en cuáles son las preguntas ideales para iniciar. Éstas deberán lograr que el sujeto se concentre en el cuestionario. Al respecto, se

sugiere el procedimiento de "embudo" en la presentación de las preguntas: ir de las más generales a las más específicas. Una característica fundamental de un cuestionario es que las preguntas importantes nunca deben ir al final.

¿De qué está formado un cuestionario?

Además de las preguntas y categorías de respuestas, un cuestionario está formado básicamente por: portada, introducción, instrucciones insertas a lo largo del contenido y agradecimiento final.

Portada

Esta incluye la carátula; en general, debe ser atractiva gráficamente para favorecer las respuestas. Debe incluir el nombre del cuestionario y el logotipo de la institución que lo patrocina. En ocasiones se agrega un logotipo propio del cuestionario o un símbolo que lo identifique.

Introducción

Debe incluir:

- Propósito general del estudio.
- Motivaciones para el sujeto encuestado (importancia de su participación).
- Agradecimiento.
- Tiempo aproximado de respuesta (un promedio o rango).
- Espacio para que firme o indique su consentimiento (a veces se incluye al final o en ocasiones es innecesario).
- Identificación de quién o quiénes lo aplican.
- Explicar brevemente cómo se procesarán los cuestionarios y una cláusula de confidencialidad del manejo de la información individual.
- Instrucciones iniciales claras y sencillas (cómo responder en general, con ejemplos si se requiere).

Cuando el cuestionario se aplica mediante entrevista, la mayoría de tales elementos son explicados por el entrevistador. El cuestionario debe ser y parecer corto, fácil y atractivo.

A continuación, se presenta un ejemplo de carta introductoria y otro de instrucciones generales para responder al cuestionario.[16]

Ejemplo

Carta introductoria

Buenos días (tardes):
Estamos trabajando en un estudio que servirá para elaborar una tesis profesional acerca de la biblioteca de la Universidad de Celaya.

Quisiéramos pedir tu ayuda para que contestes algunas preguntas que no te tomarán mucho tiempo. Tus respuestas serán confidenciales y anónimas. No hay preguntas delicadas.

Las personas que fueron seleccionadas para el estudio no se eligieron por su nombre sino al azar. Las opiniones de todos los encuestados serán sumadas e incluidas en la tesis profesional, pero nunca se comunicarán datos individuales.

Te pedimos que contestes este cuestionario con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

Lee las instrucciones cuidadosamente, ya que existen preguntas en las que sólo se puede responder a una opción; otras son de varias opciones y también se incluyen preguntas abiertas.

¡Muchas gracias por tu colaboración!

[16] El lenguaje es claramente el que se utiliza en México. Desde luego, cada quien debe adaptarlo a su propia cultura.

Ejemplo

Instrucciones de un cuestionario

ENCUESTA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

INSTRUCCIONES

Emplee un lápiz o un bolígrafo de tinta negra para responder el cuestionario. Al hacerlo, piense en lo que sucede la mayoría de las veces en su trabajo.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Simplemente reflejan su opinión personal.

Todas las preguntas tienen cinco opciones de respuesta. Elija la que mejor describa lo que piensa usted. Solamente una opción.

Marque con claridad la opción elegida con una cruz o tache, o bien, una "paloma" (símbolo de verificación). Recuerde: NO se deben marcar dos opciones. Marque así:

☒ ☑

Si no puede contestar una pregunta o si la pregunta no tiene sentido para usted, por favor pregúntele a la persona que le entregó este cuestionario y le explicó la importancia de su participación.

CONFIDENCIALIDAD

Sus respuestas serán anónimas y absolutamente confidenciales. Los cuestionarios serán procesados por personas externas. Además, como usted puede ver, en ningún momento se le pide su nombre.

De antemano: ¡muchas gracias por su colaboración!

Algunas apelaciones que podemos utilizar en la introducción se muestran en la tabla 9.5.[17]

Tabla 9.5 Ejemplos de apelaciones para incentivar la participación

Apelación	Ejemplo
Incentivo	"Al responder, usted recibirá..." (dinero, un obsequio, un boleto, etcétera).
Altruismo	"Los resultados servirán para resolver...", "El estudio ayudará a..." (problema social, mejora en la calidad de vida, solventar una necesidad comunitaria, etcétera).
Autoconcepto de la persona	"Usted es una de las pocas personas que puede señalar ciertas cuestiones...". "Debido a su experiencia (pericia, importancia, conocimientos, etc.) usted puede... y por ello le solicitamos..." (su opinión calificada, etcétera).
Interés por el conocimiento	"Le enviaremos una copia de los resultados..."
Intereses profesionales	"Los resultados serán útiles para conocer temas importantes en nuestra profesión..."
Ayuda-auxilio	"Necesitamos su apoyo para conocer...", "Los jóvenes requieren de ayuda para..."
Autoridad	Introducción acompañada de la firma de un líder o persona reconocida. O bien: "Doña Pola Castelán nos ha pedido que hagamos esta encuesta para conocer el problema de los niños...", "El científico...", "El empresario..."
Agradecimiento	"La comunidad de... estará muy agradecida por..."

También se insertan instrucciones a lo largo del cuestionario (normalmente con otra fuente tipográfica o bien en cursivas, para distinguirlas de las preguntas y respuestas), las cuales nos indican cómo contestar. Por ejemplo:

–¿Tiene este ejido o esta comunidad ganado, aves o colmenas que sean de propiedad colectiva? (*Marque con una cruz su respuesta*).

☐ Sí (continúe) ☐ No (pase a la pregunta 30)

–¿Se ha obtenido la cooperación de todo el personal o de la mayoría de éste para el proyecto de mejora de la calidad?

1 Sí (*pase a la pregunta 26*) 2 No (*pase a la pregunta 27*)

[17] Basada en Mertens (2010).

Recordemos que en ocasiones se presentan tarjetas con las opciones de respuestas y se instruye al entrevistador para que las muestre a los participantes. Por ejemplo:

–Hablando de la mayoría de sus proveedores, en qué medida conoce usted… (*mostrar la tarjeta uno y marcar la respuesta en cada caso*).

Ejemplo

De pregunta con tarjeta de respuestas

	Completamente (5)	Bastante (4)	Regular (3)	Poco (2)	Nada (1)
• ¿Sus políticas de venta?					
• ¿Sus finanzas (estados financieros)?					
• ¿Los objetivos de su área de ventas?					
• ¿Sus programas de capacitación para vendedores?					
• ¿Número de empleados de su área de ventas?					
• ¿Problemas laborales?					
• ¿Sus métodos de producción?					
• ¿Otros clientes de ellos?					
• ¿Su índice de rotación de personal?					

Las instrucciones son tan importantes como las preguntas y es necesario que sean claras para los usuarios a quienes van dirigidas.

Agradecimiento final

Aunque haya agradecido de antemano, vuelva a agradecer la participación.

Formato, distribución de instrucciones, preguntas y categorías

Las preguntas deben estar organizadas para que sea más fácil de responder el cuestionario. Es importante asegurarnos de numerar páginas y preguntas.

La manera en que pueden distribuirse preguntas, categorías de respuesta e instrucciones es variada. Algunos prefieren colocar las preguntas a la izquierda y las respuestas a la derecha, con lo que se tendría un formato como el siguiente:

Ejemplo

Modelo de formato de distribución de preguntas

¿Considera a su jefe o superior inmediato como su amigo?	☐ Definitivamente sí	☐ Sí	☐ No	☐ Definitivamente no
¿Cuando tiene problemas se siente apoyado por su jefe o superior inmediato?	☐ Definitivamente sí	☐ Sí	☐ No	☐ Definitivamente no
¿Considera que su jefe o superior inmediato le orienta adecuadamente en su trabajo?	☐ Definitivamente sí	☐ Sí	☐ No	☐ Definitivamente no
¿Tiene una buena impresión de su jefe o superior inmediato?	☐ Definitivamente sí	☐ Sí	☐ No	☐ Definitivamente no

Otros dividen el cuestionario por secciones de preguntas y utilizan un formato horizontal.

Ejemplo

Modelo de formato horizontal

Presentación

PREGUNTAS SOBRE EL SUPERIOR INMEDIATO

¿Considera a su jefe o superior inmediato como su amigo?

☐ Definitivamente sí ☐ Sí ☐ No ☐ Definitivamente no

¿Cuando tiene problemas se siente apoyado por su jefe o superior inmediato?

☐ Definitivamente sí ☐ Sí ☐ No ☐ Definitivamente no

¿Considera que su jefe o superior inmediato le orienta adecuadamente en su trabajo?

☐ Definitivamente sí ☐ Sí ☐ No ☐ Definitivamente no

¿Tiene una buena impresión de su jefe o superior inmediato?

☐ Definitivamente sí ☐ Sí ☐ No ☐ Definitivamente no

PREGUNTAS SOBRE MOTIVACIÓN

Otros combinan diversas posibilidades, distribuyendo preguntas que miden la misma variable a través de todo el cuestionario. Cada quien es capaz de utilizar el formato que desee o juzgue conveniente, lo importante es que en su totalidad sea comprensible para el usuario: que las instrucciones, preguntas y respuestas se diferencien; que el formato no resulte visualmente tedioso y se lea sin dificultad.

Hoy en día es común elaborar cuestionarios electrónicos para dispositivos portátiles de diferentes tipos como laptops, tabletas, teléfonos móviles, etc., así como para páginas web y blogs que contienen fotografías, dibujos, secuencias de video y música. Son sumamente atractivos y existen decenas de programas para diseñarlos.

¿De qué tamaño debe ser un cuestionario?

No existe una regla al respecto, pero si el cuestionario es muy corto se pierde información y si resulta largo llega a ser tedioso. En este último caso, las personas se negarían a responder o, al menos, lo contestarían en forma incompleta. La abuela doña Margarita Castelán Sampieri repetía el refrán: "lo bueno y breve, doblemente bueno". El tamaño depende del número de variables y dimensiones a medir, el interés de los participantes y la manera como se administre (de este punto se hablará en el siguiente apartado). Cuestionarios que toman más de 35 minutos suelen resultar fatigosos, a menos que los sujetos estén muy motivados para contestar (por ejemplo, cuestionarios de personalidad o cuestionarios para obtener un trabajo). Una recomendación que ayuda a evitar un cuestionario más largo de lo requerido es: *no hacer preguntas innecesarias o injustificadas.*

¿Cómo se codifican las preguntas abiertas?

Las preguntas abiertas se codifican una vez que conocemos todas las respuestas de los participantes a los cuales se les aplicaron, o al menos las principales tendencias de respuestas en una muestra de los cuestionarios aplicados. Es importante anotar que esta actividad es similar a "cerrar" una pregunta abierta por medio de la prueba piloto, pero el producto es diferente. En este caso, con la codificación de preguntas abiertas se obtienen ciertas categorías que representan los resultados finales.

El procedimiento consiste en encontrar y dar nombre a los patrones generales de respuesta (respuestas similares o comunes), listar estos patrones y después asignar un valor numérico o un símbolo a cada patrón. Así, un patrón constituirá una categoría de respuesta. Para cerrar las preguntas abiertas se sugiere el siguiente procedimiento:

1. Seleccionar determinado número de cuestionarios mediante un método adecuado de muestreo, que asegure la representatividad de los participantes investigados.
2. Observar la frecuencia con que aparece cada respuesta en las preguntas.
3. Elegir las respuestas que se presentan con mayor frecuencia (patrones generales de respuesta).
4. Clasificar las respuestas elegidas en temas, aspectos o rubros, de acuerdo con un criterio lógico, cuidando que sean mutuamente excluyentes.
5. Darle un nombre o título a cada tema, aspecto o rubro (patrón general de respuesta).
6. Asignarle el código a cada patrón general de respuesta.

Por ejemplo, en una investigación sobre mejora de la calidad se hizo una pregunta abierta: ¿de qué manera la alta gerencia busca obtener la cooperación del personal para el desarrollo del proyecto de calidad?

Las respuestas fueron múltiples, pero se encontraron los patrones generales de respuesta que se muestran en el ejemplo.

Ejemplo

De codificación de preguntas abiertas

Códigos	Categorías (patrones o respuestas con mayor frecuencia de mención)	Frecuencia de mención
1	Involucrar al personal y comunicarse con él	28
2	Motivación e integración	20
3	Capacitación en general	12
4	Incentivos/recompensas	11
5	Difundir el valor "calidad" o la filosofía de la empresa	7
6	Grupos o sesiones de trabajo	5
7	Posicionamiento del área de calidad o equivalente	3
8	Sensibilización en grupo	2
9	Desarrollo de la calidad de vida en el trabajo	2
10	Incluir aspectos de calidad en el manual de inducción	2
11	Poner énfasis en el cuidado de la maquinaria	2
12	Trabajar bajo un buen clima laboral	2
13	Capacitación "en cascada"	2
14	Otras	24

Como varias categorías o diversos patrones tenían únicamente dos frecuencias, se redujeron a sólo seis, tal como se ejemplifica a continuación.

Ejemplo

De reducción o agrupamiento de categorías

Códigos	Categorías (frecuencias)
1	Involucrar al personal y comunicarse con él (28)
2	Motivación e integración/mejoramiento del clima laboral (22)
3	Capacitación (14)
4	Incentivos/recompensas (11)
5	Difundir el valor "calidad" o la filosofía de la empresa (7)
6	Grupos o sesiones de trabajo (7)
7	Otras (33)

Al "cerrar" preguntas abiertas y codificarlas, debe tenerse en cuenta que un mismo patrón de respuesta puede expresarse con diferentes palabras. Por ejemplo, ante la pregunta: ¿qué sugerencias haría para mejorar al programa *Estelar*? Las respuestas: mejorar las canciones y la música, cambiar las canciones, incluir nuevas y mejores canciones, etc., se agruparían en la categoría o el patrón de respuesta *modificar la musicalización del programa.*

¿En qué contextos puede administrarse o aplicarse un cuestionario?

Los cuestionarios se aplican de dos maneras fundamentales: autoadministrado y por entrevista (personal o telefónica). En este apartado se comentan ambas y en el capítulo siete adicional "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte" (en el centro de recursos en línea: Material complementario → Capítulos), en la sección "Contextos de administración de los cuestionarios" se amplían algunos conceptos.

Centro de recursos en línea

1. Autoadministrado

Autoadministrado significa que el cuestionario se proporciona directamente a los participantes, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan ellos. Pero la forma de autoadministración puede tener distintos contextos: individual, grupal o por envío (correo tradicional, correo electrónico y página web o equivalente).

En el caso individual, el cuestionario se entrega al participante y éste lo responde, ya sea que acuda a un lugar para hacerlo (como ocurre cuando se llena un formulario para solicitar empleo) o lo conteste en su lugar de trabajo, hogar o estudio. Por ejemplo, si los participantes fueran una muestra de directivos de laboratorios farmacéuticos de Bogotá, se acudiría a sus oficinas y se les entregarían los cuestionarios. Los ejecutivos se administrarían ellos mismos el cuestionario y esperaríamos a que lo respondieran o lo recogeríamos otro día. El reto de esta última situación es lograr que los participantes devuelvan el cuestionario contestado completamente. Resulta conveniente que quien lo entregue posea habilidades para relacionarse con las personas, sea asertivo, y además se caracterice por una elevada persistencia. En nuestra experiencia, en distintos países de Iberoamérica, jóvenes de ambos géneros con buena capacidad comunicativa logran porcentajes de recuperación por encima de 90% en tiempos aceptables (una semana o menos). Y no es necesario que sean físicamente atractivos (aunque ayuda), más bien el éxito reside en su motivación y tenacidad. Asimismo, el mayor costo o gasto de esta clase de administración de los cuestionarios lo representa su distribución y recolección.

En el segundo caso, se reúne a los participantes en grupos (a veces pequeños —cuatro a seis personas—, otras en grupos intermedios —entre siete y 20 sujetos—, incluso en grupos grandes de 21 a 40 individuos). Por ejemplo, empleados (en encuestas de clima organizacional es muy común juntar a grupos de 25, entregarles el cuestionario, introducir al propósito del estudio y al instrumento, responder dudas y pedirles que al concluir lo depositen en una urna sellada, para mantener la confidencialidad), padres de familia (en reuniones escolares), televidentes (cuando asisten a un foro televisivo), alumnos (en sus salones de clase), etc. Es tal vez la forma más económica de aplicar un cuestionario.

Cuando se envía a los participantes para autoadministración, puede usarse correo postal público o mensajería privada, o bien, correo electrónico. También se les puede pedir que ingresen a una página web o equivalente para responderlo.

Los cuestionarios para autoadministración deben ser particularmente atractivos (a colores, en papel especial, con diseño original, etc.; si el presupuesto lo permite).

2. Por entrevista personal

Las *entrevistas* implican que una persona calificada (entrevistador) aplica el cuestionario a los participantes; el primero hace las preguntas a cada entrevistado y anota las respuestas. Su papel es crucial, resulta una especie de filtro.

El primer contexto que se revisará de una entrevista es el personal ("cara a cara").

Normalmente se tienen varios entrevistadores, quienes deberán estar capacitados en el arte de entrevistar y conocer a fondo el cuestionario. No deberán sesgar o influir en las respuestas, por ejem-

plo, reservarse de expresar aprobación o desaprobación respecto de las respuestas del entrevistado, reaccionar de manera ecuánime cuando los participantes se alteren, contestar con gestos ambiguos cuando los sujetos busquen generar una reacción en ellos, etc. Su propósito es llevar a buen fin cada entrevista, evitando que decaiga la concentración e interés del participante, además de orientarlo en el tránsito del instrumento. Las explicaciones que proporcione deberán ser breves pero suficientes. Tiene que ser neutral, pero cordial y servicial. Asimismo, es muy importante que transmita a todos los participantes que no hay respuestas correctas o equivocadas. Por otra parte, su proceder debe ser lo más homogéneo posible (mismos señalamientos, presentación uniforme, etc.). Con respecto a las instrucciones del cuestionario, algunas son para el entrevistado y otras para el entrevistador. Este último debe recordar que al inicio se comenta: el propósito general del estudio, las motivaciones y el tiempo aproximado de respuesta, agradeciendo de antemano la colaboración.

El cuestionario por entrevista es el que consigue un mayor porcentaje de respuestas a las preguntas, su estimación es de 80 a 85% (León y Montero, 2003).

En relación con el perfil de los entrevistadores no hay un consenso; por ejemplo, Corbetta (2003) sugiere que sean mujeres casadas, amas de casa, de mediana edad, diplomadas y de clase media. León y Montero (2003) recomiendan que sean siempre profesionales. En nuestra experiencia, el tipo de entrevistador depende del tipo de persona entrevistada. Por ejemplo, que pertenezca a un nivel socioeconómico similar a la mayoría de la muestra, sea joven y haya cursado asignaturas de investigación, que posea facilidad de palabra y capacidad de socializar. Se reitera que los estudiantes de ambos géneros funcionan muy bien. Por tanto, es claro que para este fin deben evitarse personas inseguras o excesivamente tímidas.

La entrevista cuantitativa es diferente de la cualitativa.[18] En relación a la primera, Moule y Goodman (2009) y Rogers y Bouey (2005), mencionan las siguientes características:

a) El principio y final de la entrevista se definen con claridad. De hecho, tal definición se integra en el cuestionario.
b) El mismo instrumento se aplica a todos los participantes, en condiciones lo más similares posible (estandarización).
c) Se busca que sea individual, sin la intrusión de otras personas que pueden opinar o alterar de alguna manera la entrevista.
d) Es poco a nada anecdótica (aunque en algunos casos es recomendable que el entrevistador anote cuestiones fuera de lo común como ciertas reacciones y negativas a responder).
e) La mayoría de las preguntas suelen ser cerradas, con mínimos elementos rebatibles, ampliaciones y sondeos.
f) El entrevistador y el propio cuestionario controlan el ritmo y la dirección de la entrevista.
g) El contexto social no es un elemento a considerar, lo es solamente el ambiental.
h) El entrevistador procura que su patrón de comunicación sea similar (su lenguaje, instrucciones, etcétera).

Asimismo, la capacitación de entrevistadores debe incluir cuestiones de comunicación no verbal básicas (control de gestos, manejo de silencios, etc.), además de todos los puntos que se revisaron anteriormente.

Cabe señalar que, cuando se trata de *entrevista personal*, las condiciones del lugar donde se realice son importantes (oficina, hogar o casa-habitación, sitio público, como centro comercial, parque, escuela, etc.). Pero, en cualquier caso, se aconseja que se busque un lugar lo más discreto, silencioso y privado que sea posible.

En estas entrevistas es común mostrar visualmente las opciones de respuesta a los entrevistados, mediante tarjetas, en especial cuando se incluyen más de cinco o son complejas. Pongamos de ejemplo la siguiente tarjeta.[19]

[18] Las entrevistas cualitativas se revisan en el capítulo 14 "Recolección y análisis de los datos cualitativos".
[19] El ejemplo se ha simplificado por cuestiones de espacio, las opciones fueron obtenidas después de una prueba piloto.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ejemplo

Tarjeta para mostrar al entrevistado cuando hay diversas opciones de respuesta

¿Cuáles considera usted que son los tres principales problemas en este municipio?

- ☐ Pandillerismo
- ☐ Venta de drogas, narcomenudeo
- ☐ Pobreza
- ☐ Corrupción de funcionarios de la alcaldía
- ☐ Desempleo
- ☐ Falta de vivienda
- ☐ Falta de infraestructura (calles, puentes, etcétera)
- ☐ Empleo mal remunerado
- ☐ Inseguridad en las calles
- ☐ Problemas en la recolección de basura
- ☐ Escasez de agua
- ☐ Carencia de servicios de salud

Hoy en día hay varios sistemas para sustituir al cuestionario de lápiz y papel, como la CAPI (*Computer-Assisted Personal Interviewing*), en la que el entrevistador muestra al participante una computadora portátil (*notebook* o *tableta*) o un teléfono móvil que contiene el cuestionario y este último responde guiado por el primero o directamente aquel anota las respuestas. Se usa teclado, sistema al tacto o pluma electrónica.

Casi siempre las **entrevistas** son individuales, aunque podrían aplicarse a un grupo pequeño (si ésta fuera la unidad de análisis). Es decir, el cuestionario lo responden entre todos sus miembros o parte de ellos (por ejemplo, cuestionarios para parejas o una familia, o un área de una empresa).

En entrevistas Si la pregunta se va a presentar oralmente, no debe contener más de cinco opciones de respuesta, ya que por encima de este límite se suelen olvidar las primeras.

Los cuestionarios administrados usando dispositivos tienen la ventaja de que los datos se capturan y agregan a la base de datos de forma automática, de manera que en cualquier momento podemos hacer un corte y efectuar toda clase de análisis (ver tendencias, evaluar funcionamiento del instrumento, etc.). La desventaja es obvia: el costo, el cual es muy difícil de absorber por parte de un estudiante o maestro e incluso una institución.

Idealmente, después de una entrevista se puede preparar un informe que indique: si el participante se mostraba sincero, la manera como respondió, el tiempo que duró la entrevista, el lugar donde se realizó, las características del entrevistado, los contratiempos que se presentaron y la forma en que se desarrolló la entrevista, así como otros aspectos relevantes.

3. Por entrevista telefónica

Obviamente, la diferencia con el anterior tipo de entrevista es el medio de comunicación, que en este caso es el teléfono (hogar, oficina, móvil o celular). Las entrevistas telefónicas son la forma más rápida y económica de realizar una encuesta.

Las habilidades requeridas de parte de los entrevistadores son parecidas a las de la entrevista personal, excepto que éstos no tienen que confrontarse "cara a cara" con los participantes (no importa la vestimenta ni el aspecto físico, pero sí la voz; su modulación y claridad son fundamentales). El nivel de rechazo varía de acuerdo con el entorno social y tiempo en que se realice ("saturación telefónica" de campañas comerciales y políticas de telemercadeo, inseguridad pública, etcétera).

Una ventaja de este método reside en que se puede acceder a barrios inseguros y a hogares exclusivos donde se limita el ingreso, así como a lugares geográficamente lejanos.

La desventaja de las encuestas telefónicas es que están limitadas a unas cuantas preguntas o no se pueden efectuar mediciones complejas de variables o profundizar en ciertos temas. Pero una vez más, los datos se capturan y agregan a la base de datos de forma automática y se pueden hacer cortes de la información de manera inmediata y realizar toda clase de análisis.

Algunas recomendaciones para las entrevistas telefónicas y el tema de sistemas automatizados para realizarlas como el CATI (Computer-Assisted Telephone Interviewing), se revisan en el capítulo 7 adicional, "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte" (que se puede descargar del centro de recursos en línea).

Centro de recursos en línea

Cuando se realizan entrevistas personales en el hogar o telefónicas se debe tomar en cuenta el *horario.* Ya que si efectuamos la visita o hablamos por teléfono sólo a una hora (digamos en la mañana), nos encontraremos con unos cuantos subgrupos de la población (por ejemplo, amas de casa).

Una variación de la administración de cuestionarios por teléfono es la siguiente: en un programa radial, televisivo o vía internet se solicita la opinión o respuesta de los receptores a una pregunta o algunas cuantas preguntas, éstos deben marcar un número telefónico y contestar las opciones de respuesta con las que concuerden más. El problema de estas encuestas reside en la muestra, que desde luego no es probabilística, sino que se conforma de voluntarios que cubren dos condiciones: tener teléfono y estar viendo o escuchando la emisión del programa. Este proceder nos conduce más que a un estudio, a un sondeo, lo cual no es un error en sí, lo grave es que se pretenda generalizar los resultados a una población.

Algunas consideraciones adicionales para la administración del cuestionario

Cuando se tiene población analfabeta, con niveles educativos bajos o niños que apenas comienzan a leer o no dominan la lectura, el método más conveniente de administración de un cuestionario es por entrevista. Aunque existen algunos cuestionarios muy gráficos que usan escalas sencillas para las opciones de respuestas. Como en el siguiente ejemplo.

Ejemplo

Con trabajadores de niveles de lectura básica se recomienda utilizar entrevistas o cuestionarios autoadministrados sencillos que se apliquen en grupos, proporcionándoles asesoría.

En algunos casos, con ejecutivos que difícilmente vayan a dedicarle a un solo asunto más de 20 minutos, se pueden utilizar cuestionarios autoadministrados o entrevistas telefónicas. Con estudiantes suelen funcionar los cuestionarios autoadministrados.

Algunas asociaciones realizan encuestas por correo y ciertas empresas envían cuestionarios a sus empleados mediante el servicio interno de mensajería o por correo electrónico. Cuando el cuestionario contiene unas cuantas preguntas (su administración toma entre cuatro y cinco minutos), la entrevista telefónica es una buena alternativa.

Ahora bien, sea cual fuere la forma de administración, siempre debe haber uno o varios supervisores que verifiquen que los cuestionarios se están aplicando correctamente.

La elección del contexto para administrar el cuestionario deberá ser muy cuidadosa y dependerá del presupuesto disponible, el tiempo de entrega de los resultados, el planteamiento del problema, la naturaleza de los datos y el tipo de participantes (edad, nivel educativo, etcétera).

A continuación, en la tabla 9.6, se comparan esquemáticamente las principales formas de administración de cuestionarios.

Tabla 9.6 Comparación de las principales formas de administración de cuestionarios

Método de administración	Tasa de respuesta	Presupuesto o costo (fuente que origina el mayor gasto)	Rapidez con que se administra	Profundidad de los datos obtenidos	Tamaño del cuestionario
Autoadministrado (individual)	Media	Medio (pago de recolectores)	Media	Alta	Cualquier tamaño razonable
Autoadministrado (grupal)	Alta	Bajo (sesiones)	Rápida	Alta	Cualquier tamaño razonable
Autoadministrado (envío por correo o paquetería)	Baja	Bajo por correo postal (envíos) Medio por paquetería (envíos)	Lenta	Alta	Cualquier tamaño razonable
Autoadministrado por correo electrónico o página web	Baja	Bajo (diseño electrónico)	Media	Alta	Cualquier tamaño razonable
Entrevista personal	Alta	Elevado (pago a entrevistadores y gastos de viaje)	Media	Alta	Cualquier tamaño razonable
Entrevista telefónica	Alta	Bajo (llamadas telefónicas y entrevistadores)	Rápida	Baja	Corto

Cuando los cuestionarios son muy complejos de contestar o de aplicar, suele utilizarse un manual que explica las instrucciones y cómo debe responderse o administrarse.

Escalas para medir las actitudes

4

Actitud Predisposición aprendida para responder coherentemente de manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o símbolo.

Una **actitud** es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una manera favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto, persona o símbolo (Kassin, Fein y Markus, 2013; Devine y Plant, 2013; Oskamp y Schultz, 2009; y Fishbein y Ajzen, 1975). Así, los seres humanos tenemos actitudes hacia muy diversos objetos, símbolos, etc.; por ejemplo, actitudes hacia el aborto, la política económica, la familia, un profesor, diferentes grupos étnicos, la ley, nuestro trabajo, una nación específica, los osos, el nacionalismo, un proceso productivo, nosotros mismos, etcétera.

Las actitudes están relacionadas con el comportamiento que mantenemos en torno a los objetos o conceptos a que hacen referencia. Si mi actitud hacia el aborto es desfavorable, probablemente no abortaría o no participaría en un aborto. Si mi actitud es favorable a un partido político, lo más probable es que vote por él en las próximas elecciones. Desde luego, las actitudes sólo son un indicador de la conducta, pero no la conducta en sí. Por ello, las mediciones de actitudes deben interpretarse como "síntomas" y no como "hechos" (Padua, 2000). Si detecto que la actitud de un grupo hacia la contaminación es desfavorable, esto no significa que las personas estén tomando acciones para evitar contaminar el ambiente, aunque sí es un indicador de que pueden adoptarlas en forma paulatina. La actitud es como una "semilla" que en ciertas condiciones suele "germinar en comportamiento".

Las actitudes tienen diversas propiedades, entre las que destacan: dirección (positiva o negativa) e intensidad (alta o baja); estas propiedades forman parte de la medición.

Los métodos más conocidos para medir por escalas las variables que constituyen actitudes son: el método de escalamiento de Likert, el diferencial semántico y la escala de Guttman. A continuación examinaremos los primeros dos, que son los utilizados con mayor frecuencia. En el capítulo 7 adicional del centro de recursos el línea: "Recolección de los datos cuantitativos, segunda parte", se comenta el tercer método: Escalograma de Guttman.

Centro de recursos en línea

Escalamiento de Likert

Escalamiento de Likert Conjunto de ítems que se presentan en forma de afirmaciones para medir la reacción del sujeto en tres, cinco o siete categorías.

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932; sin embargo, se trata de un enfoque vigente y bastante popularizado.[20] Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. El objeto de actitud puede ser cualquier "cosa física" (un vestido, un automóvil…), un individuo (el presidente, un líder histórico, mi madre, mi sobrino Alexis, un candidato a una elección…), un concepto o símbolo (patria, sexualidad, la mujer vallenata —Colombia—, el trabajo), una marca (Adidas, Ford…), una actividad (comer, beber café…), una profesión, un edificio, etc. Por ejemplo, Kafer *et al.* (1992) generaron varias escalas para medir las actitudes hacia los animales y Meerkerk *et al.* (2009) desarrollaron un instrumento basado en escalas de Likert para determinar la severidad del uso compulsivo de internet.

Tales frases o juicios deben expresar sólo una relación lógica; además, es muy recomendable que no excedan de 20 palabras.

Ejemplo

De frase

Objeto de actitud medido	Afirmación
El voto	"Votar es una obligación de todo ciudadano responsable"

En este caso, la afirmación incluye ocho palabras y expresa una sola relación lógica (X—Y). Las opciones de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está de acuerdo con la frase correspondiente.[21] Las opciones más comunes se presentan en la figura 9.11. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico (precodificado o no) y sólo puede marcarse una respuesta. Se considera un dato inválido si se marcan dos o más opciones.

Figura 9.11 Opciones o puntos en las escalas de Likert.

"Afirmación"

Alternativa 1:

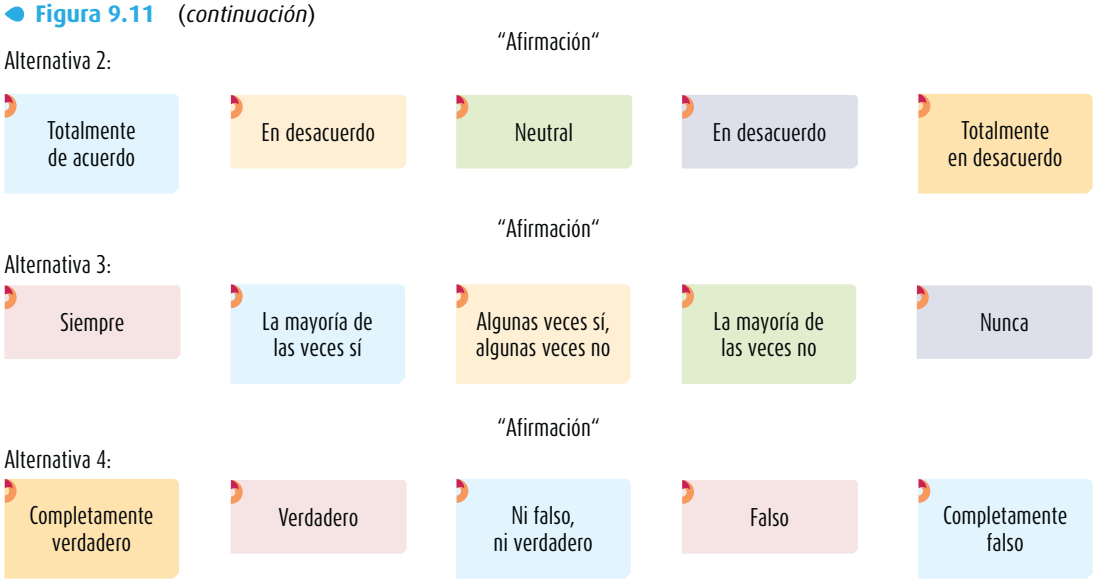
Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo

(*continúa*)

[20] Para conocer los orígenes de esta técnica, vea Likert (1976a o 1976b), Seiler y Hough (1976) y, particularmente, el libro original: Likert (1932).

[21] Likert (1932), Clark (2000), Fabrigar y Wood (2006), Roberts y Jowell (2008), The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (2009f) y Garson (2012).

Figura 9.11 (*continuación*)



Las opciones de respuesta o categorías pueden colocarse de manera horizontal, como en la figura 9.11, o en forma vertical.

( ) Muy de acuerdo
( ) De acuerdo
( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
( ) En desacuerdo
( ) Muy en desacuerdo

O bien, utilizando recuadros en lugar de paréntesis:

☐ Definitivamente sí
☐ Probablemente sí
☐ Indeciso
☐ Probablemente no
☐ Definitivamente no

Es indispensable señalar que el número de categorías de respuesta debe ser igual para todas las afirmaciones. Pero siempre respetando el mismo orden o jerarquía de presentación de las opciones para todas las frases (véase la tabla 9.7).

Tabla 9.7 Opciones jerárquicamente correctas e incorrectas en un ejemplo[22]

Objeto de actitud: mi novia	
Correcto	**Incorrecto (no se respeta la misma jerarquía en todos los ítems)**
"Me gusta estar mucho con mi novia" ☐ Definitivamente sí ☐ Probablemente sí ☐ Indeciso ☐ Probablemente no ☐ Definitivamente no	"Me gusta estar mucho con mi novia" ☐ Probablemente sí ☐ Indeciso ☐ Definitivamente sí ☐ Probablemente no ☐ Definitivamente no

(*continúa*)

[22] Es un ejemplo simple para ilustrar el concepto.

Tabla 9.7 (*continuación*)

Objeto de actitud: mi novia	
Correcto	**Incorrecto (no se respeta la misma jerarquía en todos los ítems)**
"Si por mí fuera, todos los días estaría con mi novia" ☐ Definitivamente sí ☐ Probablemente sí ☐ Indeciso ☐ Probablemente no ☐ Definitivamente no "Amo demasiado a mi novia" ☐ Definitivamente sí ☐ Probablemente sí ☐ Indeciso ☐ Probablemente no ☐ Definitivamente no	"Si por mí fuera, todos los días estaría con mi novia" ☐ Definitivamente sí ☐ Probablemente sí ☐ Probablemente no ☐ Definitivamente no ☐ Indeciso "Amo demasiado a mi novia" ☐ Definitivamente sí ☐ Definitivamente no ☐ Indeciso ☐ Probablemente no ☐ Probablemente sí

Dirección de las afirmaciones

Las afirmaciones pueden tener dirección: *favorable o positiva y desfavorable o negativa.* Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de respuesta.

Si la afirmación es *positiva* significa que califica favorablemente al objeto de actitud; de este modo, cuanto más de acuerdo con la frase estén los participantes, su actitud será igualmente más favorable.

Ejemplo

"El Ministerio de Hacienda ayuda al contribuyente a resolver sus problemas en el pago de impuestos".

En este ejemplo, si estamos "muy de acuerdo" con la afirmación implica una actitud más favorable hacia el Ministerio de Hacienda que si estamos solamente "de acuerdo". En cambio, si estamos "muy en desacuerdo" significa una actitud muy desfavorable. Por tanto, *cuando las afirmaciones son positivas se califican comúnmente de la siguiente manera*:

(5) Muy de acuerdo
(4) De acuerdo
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(2) En desacuerdo
(1) Muy en desacuerdo

Es decir, en el ejemplo, estar más de acuerdo implica una puntuación mayor.

Pero si la afirmación es *negativa*, significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo estén los participantes con la frase, implica que su actitud es menos favorable, esto es, más desfavorable.

Ejemplo

"El Ministerio de Hacienda se caracteriza por obstaculizar al contribuyente en el pago de impuestos".

En este segundo ejemplo, si estamos "muy de acuerdo" implica una actitud más desfavorable que si estamos de "acuerdo", y así en forma sucesiva. En contraste, si estamos "muy en desacuerdo" significa una actitud favorable hacia el Ministerio de Hacienda. Rechazamos la frase porque califica negativamente al objeto de actitud. Un ejemplo cotidiano de afirmación negativa sería: "Luis es un mal amigo". Cuanto más de acuerdo estemos con el juicio, nuestra actitud hacia Luis será menos favorable. Es decir, estar más de acuerdo implica una puntuación menor. *Cuando las afirmaciones son negativas se califican al contrario de las positivas.*

(1) Totalmente de acuerdo
(2) De acuerdo
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(4) En desacuerdo
(5) Totalmente en desacuerdo

En la figura 9.12 se presenta un ejemplo de una escala de Likert para medir la actitud hacia un organismo tributario.[23]

Figura 9.12 Muestra de una escala de Likert.

Las afirmaciones que voy a leer son opiniones con las que algunas personas están de acuerdo y otras en desacuerdo. Voy a pedirle que me diga, por favor, qué tan de acuerdo está usted con cada una de estas opiniones:

1. El personal de la Dirección General de Impuestos Nacionales es grosero al atender al público.
   1. Muy de acuerdo
   2. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   4. En desacuerdo
   5. Muy en desacuerdo
2. La Dirección General de Impuestos Nacionales se caracteriza por la deshonestidad de sus funcionarios.
   1. Muy de acuerdo
   2. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   4. En desacuerdo
   5. Muy en desacuerdo
3. Los servicios que presta la Dirección General de Impuestos Nacionales habitualmente son muy buenos.
   5. Muy de acuerdo
   4. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   2. En desacuerdo
   1. Muy en desacuerdo
4. La Dirección General de Impuestos Nacionales informa claramente sobre cómo, dónde y cuándo pagar los impuestos.
   5. Muy de acuerdo
   4. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   2. En desacuerdo
   1. Muy en desacuerdo
5. La Dirección General de Impuestos Nacionales es muy lenta en la devolución de impuestos pagados en exceso.
   1. Muy de acuerdo
   2. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo, ni en desacuerdo
   4. En desacuerdo
   5. Muy en desacuerdo
6. La Dirección General de Impuestos Nacionales informa oportunamente sobre cómo, dónde y cuándo pagar los impuestos.
   5. Muy de acuerdo
   4. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   2. En desacuerdo
   1. Muy en desacuerdo
7. La Dirección General de Impuestos Nacionales tiene normas y procedimientos bien definidos para el pago de impuestos.
   5. Muy de acuerdo
   4. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   2. En desacuerdo
   1. Muy en desacuerdo
8. La Dirección General de Impuestos Nacionales tiene malas relaciones con la gente porque cobra impuestos muy altos.
   1. Muy de acuerdo
   2. De acuerdo
   3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   4. En desacuerdo
   5. Muy en desacuerdo

Como puede observarse en la figura 9.12, las afirmaciones 1, 2, 5 y 8 son negativas (desfavorables); y las afirmaciones 3, 4, 6 y 7 son positivas (favorables).

[23] El ejemplo fue utilizado en un país latinoamericano y su confiabilidad total fue de 0.89; aquí se presenta una versión muy reducida de la escala original. El nombre del organismo tributario que aquí se utiliza es ficticio.

Forma de obtener las puntuaciones

Las puntuaciones de las escalas de Likert se obtienen sumando los valores alcanzados respecto de cada frase. Por ello se denomina *escala aditiva.* La figura 9.13, la cual se basa en la figura 9.12, constituiría un ejemplo de cómo calificar una escala de Likert.

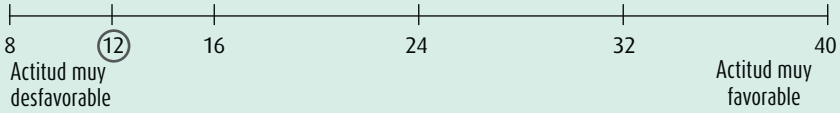
Figura 9.13 Muestra de puntuaciones de la escala de Likert.

1. El personal de la Dirección General de Impuestos Nacionales es grosero al atender al público.
   - X 1. Muy de acuerdo
   - 2. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 4. En desacuerdo
   - 5. Muy en desacuerdo
2. La Dirección General de Impuestos Nacionales se caracteriza por la deshonestidad de sus funcionarios.
   - 1. Muy de acuerdo
   - X 2. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 4. En desacuerdo
   - 5. Muy en desacuerdo
3. Los servicios que presta la Dirección General de Impuestos Nacionales habitualmente son muy buenos.
   - 5. Muy de acuerdo
   - 4. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 2. En desacuerdo
   - X 1. Muy en desacuerdo
4. La Dirección General de Impuestos Nacionales informa claramente sobre cómo, dónde y cuándo pagar los impuestos.
   - 5. Muy de acuerdo
   - 4. De acuerdo
   - X 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 2. En desacuerdo
   - 1. Muy en desacuerdo
5. La Dirección General de Impuestos Nacionales es muy lenta en la devolución de impuestos pagados en exceso.
   - X 1. Muy de acuerdo
   - 2. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 4. En desacuerdo
   - 5. Muy en desacuerdo
6. La Dirección General de Impuestos Nacionales informa oportunamente sobre cómo, dónde y cuándo pagar los impuestos.
   - 5. Muy de acuerdo
   - 4. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 2. En desacuerdo
   - X 1. Muy en desacuerdo
7. La Dirección General de Impuestos Nacionales tiene normas y procedimientos bien definidos para el pago de impuestos.
   - 5. Muy de acuerdo
   - 4. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - X 2. En desacuerdo
   - 1. Muy en desacuerdo
8. La Dirección General de Impuestos Nacionales tiene malas relaciones con la gente porque cobra impuestos muy altos.
   - X 1. Muy de acuerdo
   - 2. De acuerdo
   - 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
   - 4. En desacuerdo
   - 5. Muy en desacuerdo

   Valor = 1 + 2 + 1 + 3 + 1 + 1 + 2 + 1 = 12

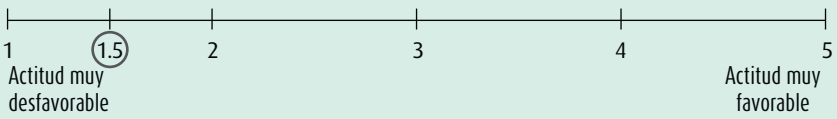
Una puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones. Por ejemplo, en la escala para evaluar la actitud hacia el organismo tributario, la puntuación mínima posible es de ocho (1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1) y la máxima es de 40 (5 + 5 + 5 + 5 + 5 + 5 + 5 + 5), porque hay ocho afirmaciones. La persona del ejemplo obtuvo 12. Su actitud hacia el organismo tributario es más bien bastante desfavorable; veámoslo gráficamente:

Ejemplo



Si alguien hubiera tenido una puntuación de 37 (5 + 5 + 4 + 5 + 5 + 4 + 4 + 5) su actitud se calificaría como sumamente favorable. En *las escalas de Likert* a veces se califica el promedio resultante en la escala mediante la sencilla fórmula *PT*/*NT* (donde *PT* es la puntuación total en la escala y *NT* es el número de afirmaciones), y entonces una puntuación se analiza en el continuo 1-5 de la siguiente manera, con el ejemplo de quien obtuvo 12 en la escala (12/8 = 1.5).

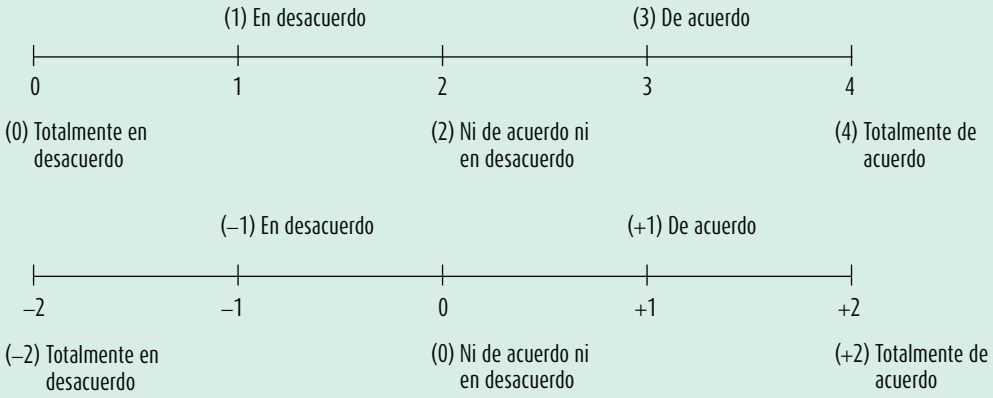
Ejemplo



La escala de Likert es, en sentido estricto, una medición ordinal; sin embargo, es común que se le trabaje como si fuera de intervalo. Creswell (2005), Pell (2005) y Carifio y Perla (2007) señalan que puede "forzarse" (no considerarse) a un nivel de medición por intervalos porque ha sido probada en múltiples ocasiones durante décadas y las personas están acostumbradas a escalar sus verbalizaciones con números. Pero otros autores, como Vega (2013), González, Carbonell y Santana (2011) y Jamieson (2004), opinan que tiene que concebirse como ordinal y analizarse como tal. Para profundizar en esta polémica, véase Garson (2012), Grashaw (2011), González *et al.* (2011), Brill (2008), Achyar (2008), Carifio y Rocco (2007 y 2008) y Hodge y Gillespie (2003 y 2007), así como a Fabrigar y Wood (2006).[24] Una solución con escalas de Likert puede ser efectuar tanto análisis para variables ordinales como de intervalos y ver si hay coincidencia (por ejemplo, si pretendemos correlacionar dos escalas de Likert, utilizar el coeficiente de Pearson y el de Spearman u otro y contrastar ambos valores).[25]

Asimismo, a veces se utiliza un intervalo de 0 a 4 o de –2 a + 2, en lugar de 1 a 5. Pero esto no importa porque se cambia el marco de referencia de la interpretación. Veámoslo gráficamente.

Ejemplo



Simplemente se ajusta el marco de referencia; pero el rango se mantiene y las categorías continúan siendo cinco.

[24] Vega (2013) argumenta que la escala de Likert es ordinal porque sus intervalos son desconocidos. Los autores a favor de aceptar trabajarla en un nivel por intervalos señalan que las opciones de respuesta siempre deben ir acompañadas de sus respectivos valores numéricos. De cualquier modo, debe tenerse en mente que lo que se "mide" son percepciones y lo que se considera más que números exactos son tendencias y las puntuaciones deben contextualizarse.

[25] Desde luego, no siempre hay pruebas equivalentes en ambos niveles de medición. Si hay duda, sugerimos consultar con su tutor o profesor de metodología y analizar en cada caso qué procede. Los alumnos se encontrarán con ambas posturas. Pero al final, lo importante es hacer investigación y aprender de esta experiencia.

Otras condiciones sobre la escala de Likert

A veces se disminuye o se incrementa el número de categorías, sobre todo cuando los participantes potenciales tienen una capacidad muy limitada de discriminación o, por el contrario, muy amplia. Por ejemplo, Lee y Guerin (2009) en su estudio comentado en capítulos previos, midieron sus variables o criterios de la satisfacción de la calidad del diseño ambiental del área de trabajo mediante dimensiones que incluían ítems perceptuales en el formato de Likert, cuyas escalas son de siete puntos que van de "muy satisfecho" (+3) a "muy insatisfecho" (–3), lo mismo para la satisfacción general sobre el espacio de trabajo.

Ejemplo

1 De acuerdo	0 En desacuerdo	
3 De acuerdo	2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1 En desacuerdo
7 Totalmente de acuerdo	6 De acuerdo	5 Indeciso, pero más bien
4 Indeciso, ni de acuerdo ni en desacuerdo	3 Indeciso, pero más bien en desacuerdo	
2 En desacuerdo	1 Totalmente en desacuerdo	

Si los participantes tienen poca capacidad de discriminar se pueden considerar dos o tres categorías. Por el contrario, si son personas con un nivel educativo elevado y gran capacidad de discriminación, pueden incluirse siete o más categorías. Pero debe recalcarse que el número de categorías de respuesta tiene que ser el mismo para todos los ítems. Si son tres, son tres categorías para todos los ítems o las afirmaciones. Si son cinco, son cinco categorías para todos los reactivos. En ocasiones se elimina la opción o categoría intermedia y neutral (ni de acuerdo ni en desacuerdo, neutral, indeciso…) para comprometer al sujeto o forzarlo a que se pronuncie de manera favorable o desfavorable.

Asimismo, como señalan Hodge y Gillespie (2003), algunos entrevistados gradúan su intensidad en un continuo que va del "fuertemente de acuerdo" a "neutral" y hasta el "fuertemente en desacuerdo", mientras que otros entienden esta categoría central como un "no sé" o "no aplica". Estos individuos ven al punto neutral o medio como una extensión de la dimensión de contenido, considerándolo como una opción de respuesta cuando no poseen suficiente información. En este caso, resulta apropiado ignorar tales respuestas cuando se calcula la puntuación total (Raaijmakers *et al.*, 2000 y Hodge y Gillespie, 2003). Si después de la prueba piloto se observa que una cuarta parte o más de los respondientes tiende a irse a la categoría neutral en un ítem, es necesario revisarlo e incluso eliminarlo. Si esto ocurre en varios reactivos, se debe eliminar tal categoría o revisar a fondo la escala.

Un aspecto muy importante de la escala de Likert es que asume que los ítems o las afirmaciones miden la actitud hacia un único concepto subyacente. En el caso de que se midan actitudes hacia varios objetos, deberá incluirse una escala por objeto, porque aunque se presenten conjuntamente, se califican por separado. *En cada escala de Likert se considera que todos los ítems tienen igual peso.*

Cómo se construye una escala de Likert

En términos generales, una escala de Likert se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen al objeto de actitud y se administran a una muestra piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada ítem o frase. Estas puntuaciones se correlacionan con las del grupo a toda la escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las frases o reactivos, cuyas

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escala, se seleccionan para integrar el instrumento de medición. Asimismo, debe calcularse la confiabilidad y validez de la escala.

Preguntas en lugar de afirmaciones

En la actualidad, la escala original con frases se ha extendido a preguntas y observaciones, como se puede apreciar en el siguiente ejemplo para evaluar al conductor de un programa televisivo.

Ejemplo

¿Cómo considera usted al conductor del programa...?

5 Muy buen conductor	4 Buen conductor	3 Regular
2 Mal conductor	1 Muy mal conductor	

Otro ejemplo sería un conjunto de preguntas formuladas en una investigación para analizar la relación de compraventa en empresas mexicanas (Paniagua, 1985). De ella se presenta un fragmento en la tabla 9.8.[26]

Tabla 9.8 Ejemplo de la escala de Likert aplicada a varias preguntas

¿Para elegir a sus proveedores qué tan importante es...	Indispensable (5)	Sumamente importante (4)	Medianamente importante (3)	Poco importante (2)	No se toma en cuenta (1)
el precio?	5	4	3	2	1
la forma de pago (contado/crédito)?	5	4	3	2	1
el tiempo de entrega?	5	4	3	2	1
el lugar de entrega?	5	4	3	2	1
la garantía del producto?	5	4	3	2	1
el prestigio del producto?	5	4	3	2	1
el prestigio de la empresa proveedora?	5	4	3	2	1
el cumplimiento del proveedor con las especificaciones?	5	4	3	2	1
la información que sobre el producto proporcione el proveedor?	5	4	3	2	1
el tiempo de trabajar con el proveedor?	5	4	3	2	1
la entrega del producto en las condiciones acordadas?	5	4	3	2	1
la calidad del producto?	5	4	3	2	1
Las respuestas se califican del modo que ya hemos comentado.					

[26] Estas preguntas se han seguido utilizando en estudios más actuales, siguen siendo vigentes.

La escala en la pregunta

En ocasiones la escala se incluye en la pregunta. Mertens (2010) las denomina *preguntas actitudinales*, por ejemplo: ¿está usted fuertemente a favor, más bien a favor, más bien en contra o fuertemente en contra del aborto cuando la mujer ha sido violada?

En la pregunta se eliminó la categoría central o intermedia. Pero estas interrogantes suelen limitarse a entrevistas de unas cuantas preguntas, porque requieren cierta capacidad de memorización.

Método de completar las frases

Hodge y Gillespie (2003) desarrollaron una derivación del escalamiento clásico de Likert, en la cual se incluyen frases incompletas respecto al objeto de actitud y a éstas se les agrega un continuo que sirve como base para las respuestas claves. Estos autores plantearon un continuo con 11 puntos o categorías (0 a 10) y que se "ancla" en cada extremo con terminaciones respecto a la frase a la que hacen referencia, las cuales representan la ausencia del constructo (cero) y la máxima "cantidad" o "presencia" de éste (10). Sostienen que los participantes usan un número para guiarse en sus respuestas, y la frase introductoria los orienta en el continuo. Se les pide que circunscriban o marquen el número que refleje mejor su respuesta. El constructo se mide por ítems que enfatizan la fuerza del atributo. Los números trabajan en concordancia con las frases para implicar el grado de presencia de éste. El ejemplo, lo sería la actitud intrínseca hacia la religión.[27]

Ejemplo

Escala en la que se completan las afirmaciones

Actitud intrínseca hacia la religión

1. Mis creencias religiosas afectan:

Ningún aspecto de mi vida										Absolutamente todos los aspectos de mi vida
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Estoy consciente de la presencia de Dios...

Continuamente										Nunca
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

3. Respecto a las preguntas que tengo sobre la vida, mi religión responde...

Absolutamente a ninguna de mis preguntas										Absolutamente a todas mis preguntas
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Mi religión es...

El motivo más importante de mi vida dirige todos los demás aspectos										No es un factor en mi vida
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

[27] Adaptado al español y modificado después de una prueba piloto (Hodge y Gillespie, 2003, p. 52).

5. Leo libros, busco información en internet y veo programas que se relacionen con mi fe...

Nunca										Todos los días, sin fallar
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6. Busco momentos para meditar y pensar sobre mi religión y Dios...

Todos los días, sin fallar										Nunca
10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Al construir una escala de Likert, debemos asegurarnos de que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los participantes a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida. Ello se evalúa cuidadosamente en la prueba piloto. Las escalas pueden ser autoadministradas o aplicadas mediante entrevistas; en este último caso, es recomendable mostrar al entrevistado una tarjeta donde se presenten las alternativas de respuestas o categorías. Asimismo, las escalas de Likert pueden integrarse dentro de un cuestionario.[28]

Diferencial semántico

El **diferencial semántico** fue planteado por Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) para explorar las dimensiones del significado.[29] Consiste en una serie de adjetivos extremos que califican al objeto de actitud, ante los cuales se solicita la reacción del participante. Es decir, éste debe calificar al objeto de actitud a partir de un conjunto de adjetivos bipolares; entre cada par de éstos, se presentan varias opciones y la persona selecciona aquella que en mayor medida refleje su actitud.

Diferencial semántico Serie de pares de adjetivos extremos que sirven para calificar al objeto de actitud, ante los cuales se pide la reacción del sujeto, al ubicarlo en una categoría por cada par.

Ejemplo

Escala bipolar

Objeto de actitud: candidato "A"

justo :_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

Debe observarse que los adjetivos son "extremos" y que entre ellos hay siete opciones de respuesta. Cada participante califica al candidato "A" en términos de esta escala de adjetivos bipolares.

Osgood, Suci y Tannenbaum (1957) nos indican que si el respondiente considera que el objeto de actitud se relaciona *muy estrechamente* con uno u otro extremo de la escala, la respuesta se marca así:

justo: __✗__:_____:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

O de la siguiente manera:

justo: _____:_____:_____:_____:_____:_____:__✗__: injusto

[28] Para compenetrarse con la técnica de Likert desde una perspectiva estadística, se recomienda a: Dittrich, Francis, Hatzinger y Katzenbeisser (2007); Beal y Dawson (2007); y Adelson y McCoach (2010).

[29] Para profundizar en el diferencial semántico, véase: Osgood, Suci y Tannenbaum (1957, 1976a y 1976b), así como Heise (1976) y Al-Hindawe (2013).

Si el participante considera que el objeto de actitud se relaciona estrechamente con uno u otro extremo de la escala, la respuesta se marca así (dependiendo del extremo en cuestión):

justo: _____:__✗__:_____:_____:_____:_____:_____: injusto

justo: _____:_____:_____:_____:_____:__✗__:_____: injusto

Si el sujeto considera que el objeto de actitud se relaciona *medianamente* con alguno de los extremos, la respuesta se marca así (dependiendo del extremo en cuestión):

justo: _____:_____:__✗__:_____:_____:_____:_____: injusto

justo: _____:_____:_____:_____:__✗__:_____:_____: injusto

Y si el respondiente considera que el objeto de actitud ocupa una posición neutral en la escala (ni justo ni injusto, en este caso), la respuesta se marca así:

justo: _____:_____:_____:__✗__:_____:_____:_____: injusto

Es decir, en el ejemplo, cuanto más justo considere al candidato "A" más me acerco al extremo "justo"; y viceversa, cuanto más injusto lo considero más me acerco al extremo opuesto.

Algunos casos de adjetivos bipolares se muestran en el siguiente ejemplo. Desde luego hay muchos más que se han utilizado o que pudieran pensarse. La elección de adjetivos depende del objeto de actitud a calificar, ya que se requiere que los adjetivos se puedan aplicar a éste.

Ejemplo

Adjetivos bipolares

fuerte-débil	poderoso-impotente
grande-pequeño	vivo-muerto
bonito-feo	joven-viejo
alto-bajo	rápido-lento
claro-oscuro	gigante-enano
caliente-frío	perfecto-imperfecto
costoso-barato	agradable-desagradable
activo-pasivo	bendito-maldito
seguro-peligroso	arriba-abajo
bueno-malo	útil-inútil
dulce-amargo	favorable-desfavorable
profundo-superficial	asertivo-tímido
agresivo-pacífico	honesto-deshonesto
sincero-hipócrita	bien intencionado-mal intencionado

Codificación de las escalas

Los puntos o las categorías de la escala pueden codificarse de diversos modos, que se presentan en la figura 9.14.

Figura 9.14 Maneras comunes de codificar el diferencial semántico.

Adjetivo favorable (por ejemplo: fuerte, bonito, activo, etcétera) _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: Adjetivo desfavorable (por ejemplo: débil, feo, pasivo, etcétera)

3 2 1 0 –1 –2 –3

Adjetivo favorable (por ejemplo: fuerte, bonito, activo, etcétera) _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: Adjetivo desfavorable (por ejemplo: débil, feo, pasivo, etcétera)

7 6 5 4 3 2 1

Figura 9.14 (*continuación*)

En los casos en que los respondientes tengan menor capacidad de discriminación, se pueden reducir las categorías a cinco opciones. Por ejemplo:

sabroso :_____:_____:_____:_____:_____: desabrido
5 4 3 2 1

o

:_____:_____:_____:_____:_____:
2 1 0 –1 –2

o aun a tres opciones (lo cual es poco común):

bueno :_____:_____:_____: malo
3 2 1

o

_____:_____:_____
1 0 –1

También pueden agregarse calificativos a los puntos o las categorías de la escala (Babbie, 2012).

totalmente bastante regular bastante totalmente
activo: _____:_____:_____:_____:_____: pasivo
5 4 3 2 1

:_____:_____:_____:_____:_____:
2 1 0 –1 –2

Codificar de 1 a 7 o de –3 a 3 no tiene importancia, siempre y cuando estemos conscientes del marco de interpretación. Por ejemplo, si una persona califica al objeto de actitud: candidato "A" en la escala justo-injusto, marcando la categoría más cercana al extremo "injusto", la puntuación sería "1" o "–3".

justo: ____:____:____:____:____:____:__✗__: injusto
7 6 5 4 3 2 1

justo: ____:____:____:____:____:____:__✗__: injusto
3 2 1 0 –1 –2 –3

En un caso la escala oscila entre 1 y 7, y en el otro caso entre –3 y 3. Si deseamos evitar el manejo de números negativos utilizamos la escala de 1 a 7.

El diferencial semántico (DS) se ha utilizado en diversas situaciones para evaluar "objetos" de actitud. Por ejemplo, Lilja *et al.* (2004) emplearon un instrumento con 57 pares de adjetivos bipolares con la finalidad de apreciar la actitud de un grupo de enfermeras respecto a ciertos pacientes psiquiátricos y su orientación hacia ellos (enfocadas en el "ser humano" y en establecer una relación genuina y duradera, o bien centradas en simplemente corregir la conducta "defectuosa" del paciente). Shields (2007) aplicó el DS para examinar las actitudes y opiniones del personal de apoyo y los padres en torno al cuidado de niños hospitalizados en cuatro países (dos desarrollados: Australia y Gran Bretaña, y dos subdesarrollados: Indonesia y Tailandia). Salcuni *et al.* (2007) usaron esta técnica en Italia a fin de evaluar las representaciones que hacen los padres respecto de sus hijos (6 a 11 años de edad). Mientras que Bauer (2008) lo utilizó para determinar actitudes hacia la Química (como ciencia y materia) por parte de estudiantes universitarios.

Otro estudio es el de Friborg, Martinussen y Rosenvinge (2006), quienes midieron mediante una escala tipo Likert y un diferencial semántico la resiliencia en alumnos de licenciatura (capacidad de los individuos para sobreponerse de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles, periodos de dolor emocional y traumas psicológicos). Asimismo, Miller *et al.* (2008), en una investigación con pacientes que padecían la enfermedad de Parkinson y que tenía el objetivo de examinar los cambios percibidos en la propia comunicación y con el especialista en salud que los atendía, y relacionarlos con la inteligibilidad del habla, el género, la edad y otras enfermedades, recurrieron al diferencial semántico como instrumento de medición. También, Geake y Gross (2008) emplearon el DS para detectar las actitudes subconscientes de docentes de educación básica hacia alumnos "superdotados" en Inglaterra, Escocia y Australia; y Gluth, Ebner y Schmiedek (2010) validaron una escala para medir actitudes hacia los adultos jóvenes y viejos mediante el diferencial semántico en Alemania.

Maneras de aplicar el diferencial semántico

La aplicación del diferencial semántico puede ser *autoadministrada* (se le proporciona la escala al participante y éste marca la categoría que describe mejor su reacción o considera conveniente) o *mediante entrevista* (el entrevistador marca la categoría que corresponde a la respuesta del participante). En esta segunda situación es muy conveniente mostrar una tarjeta al respondiente, que incluya los adjetivos bipolares y sus respectivas categorías.

La figura 9.15 muestra parte de un ejemplo de un diferencial semántico utilizado en una investigación para evaluar la actitud hacia un producto.

Figura 9.15 Parte de un diferencial semántico para medir la actitud hacia un producto consumible.

barato	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	caro
sabroso	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	insípido
dulce	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	amargo
limpio	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	sucio
rico	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	pobre
suave	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	áspero
propio	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	ajeno
completo	_____:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	incompleto

Las respuestas se califican de acuerdo con la codificación. Por ejemplo, si una persona tuvo la siguiente respuesta:

rico: ___✗___:_____:_____:_____:_____:_____:_____: pobre

y la escala oscila entre uno y siete, esta persona obtendría un siete (7).

En ocasiones se incluye la codificación en la versión que se les presenta a los respondientes con el propósito de aclarar las diferencias entre las categorías.

Por ejemplo:

sabroso: _____:_____:_____:_____:_____:_____:_____: insípido

7 6 5 4 3 2 1

Pasos para integrar la versión final

Para integrar la versión final de la escala se deben llevar a cabo los siguientes pasos:

1. *Generamos una lista de adjetivos bipolares exhaustiva y aplicable al objeto de actitud a medir.* De ser posible, resulta conveniente que se seleccionen adjetivos utilizados en investigaciones similares a la nuestra (contextos parecidos).
2. *Construimos una versión preliminar* de la escala y la administramos a un grupo de participantes a manera de prueba piloto.
3. *Correlacionamos las respuestas de los sujetos para cada par de adjetivos o ítems*. Así, correlacionamos un ítem con todos los demás (cada par de adjetivos frente al resto).
4. *Calculamos la confiabilidad y la validez de la escala total* (todos los pares de adjetivos).
5. *Seleccionamos los ítems que presenten correlaciones significativas* con los demás reactivos *y discriminen entre casos*. Naturalmente, si hay confiabilidad y validez, estas correlaciones serán significativas.
6. *Desarrollamos la versión final de la escala.*

La escala definitiva se califica de igual manera que la de Likert: sumando las puntuaciones obtenidas respecto de cada ítem o par de adjetivos. La figura 9.16 es un ejemplo de ello.

Figura 9.16 Ejemplo de cómo calificar un diferencial semántico.

sabroso	_____:___✗___:_____:_____:_____:_____:_____:	insípido
rico	___✗___:_____:_____:_____:_____:_____:_____:	pobre
suave	_____:___✗___:_____:_____:_____:_____:_____:	áspero
balanceado	_____:___✗___:_____:_____:_____:_____:_____:	desbalanceado

Valor = 6 + 7 + 6 + 6 = 25

Su interpretación depende del número de ítems o pares de adjetivos. Asimismo, en ocasiones se califica el promedio obtenido en la escala total.

$$\left(\frac{\text{puntuación total}}{\text{número de ítems}}\right)$$

Se pueden utilizar distintas escalas o diferenciales semánticos para medir actitudes hacia varios objetos. Por ejemplo, es posible medir con cuatro pares de adjetivos la actitud hacia el candidato "A", con otros tres pares de adjetivos la actitud respecto de su plataforma ideológica, y con otros seis pares de adjetivos la actitud hacia su partido político. Tenemos tres escalas, cada una con distintos pares de adjetivos para medir la actitud en relación con tres diferentes conceptos ("objetos de actitud").

El *diferencial semántico* es una escala de medición ordinal, aunque es común que se le trabaje como si fuera de intervalo (Key, 1997), por las mismas razones de Likert.

Escalograma de Guttman

El **escalograma de Guttman** es otra técnica para medir las actitudes y al igual que la escala de Likert, se fundamenta en afirmaciones o juicios respecto del concepto u objeto de actitud, ante los cuales los participantes deben externar su opinión seleccionando uno de los puntos o categorías de la escala respectiva. Una vez más, a cada categoría se le otorga un valor numérico. Así, el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total, sumando las puntuaciones obtenidas en relación con todas las afirmaciones.

Escalograma de Guttman Técnica para medir las actitudes, que al igual que la escala de Likert, se fundamenta en juicios ante los cuales los participantes deben externar su opinión seleccionando uno de los puntos o categorías de la escala respectiva.

La diferencia con el método de Likert es que las frases tienen diferentes intensidades (se escalan por tal intensidad), por ejemplo, la siguiente afirmación en relación con el aborto (actitud evaluada): "si en estos momentos me embarazara, jamás abortaría"; es más intensa que esta otra: "si una de mis mejores amigas se embarazara, nunca le recomendaría abortar", y a su vez, esta última resulta más intensa que la afirmación: "si una compañera del salón de clases se embarazara, probablemente no le recomendaría abortar". Es decir, se basa en el principio de que algunos ítems indican en mayor medida la fuerza o intensidad de la actitud.

Por cuestiones de espacio, el escalograma de Guttman no se comenta en este capítulo, sino en el capítulo 7 adicional del centro de recursos en línea: "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte" (que se puede encontrar y descargar en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 7).

Centro de recursos en línea

Otros métodos cuantitativos de recolección de los datos

En la investigación disponemos de otros métodos súmamente útiles para recolectar los datos de las diferentes ciencias y disciplinas, como los cuestionarios y las escalas de actitudes, los cuales solamente se enuncian en este capítulo, pero se comentan con mayor profundidad en el capítulo 7 adicional: "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte", que se puede descargar del centro de recursos en línea.[30] Entre tales técnicas se encuentran:

Centro de recursos en línea

1. Análisis de contenido cuantitativo

Es una técnica para estudiar cualquier tipo de comunicación de una manera "objetiva" y sistemática, que cuantifica los mensajes o contenidos en categorías y subcategorías, y los somete a análisis estadístico.

Sus usos son muy variados; por ejemplo: evaluar el grado de carga de contenido sexual de uno o varios programas televisivos; estudiar las apelaciones y características de campañas publicitarias (digamos, de perfumes femeninos de costo elevado) en los medios de comunicación colectiva (radio,

[30] Como se ha insistido, el método o instrumento de recolección de los datos depende de diversos factores como el planteamiento del problema, las hipótesis y las definiciones operacionales.

televisión, periódicos y revistas); comparar estrategias propagandísticas de partidos políticos en internet; conocer discrepancias ideológicas entre varios periódicos al tratar un tema como el terrorismo internacional; determinar la evolución de cierta clase de pacientes que asisten a psicoterapia al analizar sus escritos y expresiones verbales; cotejar el vocabulario aprendido por niños que se exponen más al uso de la computadora en comparación con infantes que la utilizan menos; conocer y contrastar la posición de diversos presidentes latinoamericanos en cuanto al problema del desempleo; comparar estilos de escritores que se señalan como parte de una misma corriente literaria; o analizar la calidad y profundidad de la información de internet sobre un virus.

Una investigación de este tipo es la de Guillaume y Bath (2008), quienes estudiaron la cobertura y el tratamiento que se daba en la prensa británica a la información sobre las vacunas para el sarampión, las paperas y la rubéola durante un periodo de dos meses. Hall y Wright (2008) aplicaron el análisis de contenido para examinar opiniones judiciales. Incluso, Christie y Fleischer (2010) lo utilizaron para determinar los diseños y métodos más utilizados en estudios de evaluación publicados en revistas científicas.

2. Observación

Este método de recolección de datos consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías. Útil, por ejemplo, para analizar conflictos familiares, eventos masivos (como la violencia en los estadios de fútbol), la aceptación-rechazo de un producto en un supermercado, el comportamiento de personas con capacidades mentales distintas, la adaptación de operarios a una nueva maquinaria, etc. Haynes (1978) menciona que es el método más utilizado por quienes se orientan conductualmente.

Como muestras de este tipo de investigación podemos citar a Regina *et al.* (2008), quienes, utilizando una técnica conocida como la lista de verificación de la conducta autista, compararon las observaciones de profesionales de la salud en torno a los comportamientos de niños autistas brasileños con las observaciones de sus madres. Asimismo, Franco, Rodrigues y Balcells (2008) evaluaron la pedagogía de instructores de ejercicios físicos y aeróbicos en tres gimnasios de Portugal, al analizar por observación clases grabadas en video. Labus, Keefe y Jensen (2003) revisaron estudios para indagar sobre la relación entre los autorreportes de intensidad del dolor y las observaciones directas de la conducta producida por tal dolor.

3. Pruebas estandarizadas e inventarios

Estas pruebas o inventarios miden variables específicas, como la inteligencia, la personalidad en general, la personalidad autoritaria, el razonamiento matemático, el sentido de vida, la satisfacción laboral, el tipo de cultura organizacional, el estrés preoperatorio, la depresión posparto, la adaptación al colegio, intereses vocacionales, la jerarquía de valores, el amor romántico, la calidad de vida, la lealtad a una marca de algún producto, etc. Hay miles.

Asimismo, hay un tipo de pruebas que evalúan proyecciones de los participantes y determinan su estado en una variable, con elementos cuantitativos y cualitativos: las pruebas proyectivas como el *test de Rorschach* (que presenta manchas de tinta en tarjetas o láminas blancas numeradas a los sujetos y éstos relatan sus asociaciones e interpretaciones en relación con tales manchas).

4. Datos secundarios (recolectados por otros investigadores)

Implica la revisión de documentos, registros públicos y archivos físicos o electrónicos. Por ejemplo, si nuestra hipótesis fuera: "la violencia manifiesta en la Ciudad de México es mayor que en la ciudad de Caracas"; entonces acudiríamos a las alcaldías de las ciudades para solicitar datos relacionados con la violencia, como número de asaltos, violaciones, robos a casa-habitación, asesinatos, etc. (datos generales, por distrito y habitante). También obtendríamos información de los archivos de los hospitales y las diferentes procuradurías o cuerpos policiacos. Un caso de una investigación cuyo método de recolección se fundamentó en datos secundarios fue el que a continuación se comenta.

Ejemplo

Un grupo de investigadores efectuó (en 2008 y 2009) un estudio para explorar el impacto que tienen las becas otorgadas o gestionadas por una institución de educación superior sobre el desarrollo académico de los alumnos beneficiarios y su deserción escolar.[31]

Los investigadores solicitaron a las diferentes direcciones información de los estudiantes respecto a su promedio general en la carrera, nivel socioeconómico, estatus respecto a la beca (becado-no becado), tipo de beca (institucional, otorgada por el Ministerio de Educación, por organismo privado, con fondos del gobierno estatal), monto de la beca, estatus académico del alumno (regular, irregular, desertor), semestre que cursa, género y edad, entre otras cuestiones. Consideraron los últimos cinco años escolares. Con tal información construyeron una base de datos (con más de medio millón de registros) y efectuaron análisis. Entre otras cuestiones encontraron que el promedio de los becarios era muy superior al de los no becarios y la deserción escolar era mínima entre los primeros, casi inexistente. Pero no encontraron una relación entre el monto de la beca y el promedio general de la carrera (acumulado). Asimismo, descubrieron que las mujeres tenían en general mejor promedio que sus compañeros.

Comparar indicadores económicos de países de la Comunidad Europea, analizar la relación comercial entre dos naciones, cotejar el número, eficacia y tipo de casos atendidos por diferentes hospitales, contrastar la eficacia con que se insertan en el mundo laboral los egresados de una carrera de distintas universidades, evaluar las tendencias electorales en un país, antes y después de un suceso crítico (como lo fueron los actos terroristas en Madrid en 2004 o el fallecimiento del presidente de la República Bolivariana de Venezuela Hugo Chávez en 2013), son ejemplos donde la recolección y análisis de datos secundarios son la base de la investigación.

5. Instrumentos mecánicos o electrónicos

Sistemas de medición por aparatos, como el detector de mentiras o polígrafo, que considera la respuesta galvánica de la piel (en investigaciones sobre crímenes); la pistola láser, que mide la velocidad a la que circula un automóvil desde un punto externo al vehículo (en estudios sobre el comportamiento de conductores); instrumentos que captan la actividad cerebral (evaluaciones médicas y psicológicas); el escáner, que mide con exactitud el cuerpo de un ser humano y ubica la talla ideal para confeccionar toda su ropa o vestuario (en investigaciones para diseñar los uniformes de los soldados); la medición electrónica de distancias, etcétera.

6. Instrumentos y procedimientos específicos propios de cada disciplina

En todas las áreas de estudio se han generado valiosos métodos para recolectar datos sobre variables específicas. Por ejemplo, en la comunicación organizacional se utilizan formatos para evaluar el uso que hacen los ejecutivos de los medios de comunicación interna (teléfono, reuniones, internet, etc.), así como herramientas para conocer procesos de comunicación en la empresa (la auditoría en comunicación). Para el análisis de grupos se usan los sistemas sociométricos y el análisis de redes. La medición de la presión arterial implica un procedimiento preciso, etcétera.

Por ejemplo, Pérez, Arango y Agudelo (2009) en su experimento cuyo objetivo fue determinar el efecto que tienen los factores: experiencia del operario, tipo de dobladora, clase de material utilizado y su grosor sobre la longitud y el ángulo de doblado de las piezas de metal producidas, para la recolección de sus datos establecieron "que las piezas fueran dobladas transversalmente una longitud de 15 mm a un ángulo de 90°, y según estos parámetros ambos operarios doblaron retales de láminas en los dos materiales seleccionados (acero laminado en frío y acero galvanizado) con los grosores especificados (0.8 mm y 1 mm) y en cada una de las dos dobladoras. De esta forma se obtuvieron los datos para las dos variables respuesta medidas: longitud de doblado y ángulo de doblado, las cuales se midieron usando pie de rey y goniómetro" (Pérez, Arango y Agudelo, 2009, p. 148).

[31] No se menciona el nombre de la institución ni del estudio porque ésta solicitó el anonimato.

"Como se especificó, las dimensiones de las piezas dobladas se describen por la longitud y el ángulo de doblado. Luego, se tienen dos variables respuesta para analizar" (Pérez, Arango y Agudelo, 2009, p. 149):

Yijklm = longitud de doblado obtenida en la dobladora i, por el operario j, sobre la lámina de metal con material k y grosor l, en la réplica m.

Zijklm = ángulo de doblado obtenido en la dobladora i, por el operario j, sobre la lámina de metal con material k y grosor l, en la réplica m.

¿Puede utilizarse más de un tipo de instrumento de recolección de datos?

Cada día es más común ver estudios en los que se utilizan diferentes métodos de recolección de datos. En los estudios cuantitativos no resulta extraño que se incluyan varios tipos de cuestionarios al mismo tiempo que pruebas estandarizadas y recopilación de contenidos para análisis estadístico u observación. Incluso, al utilizar diversos instrumentos se ayuda a establecer la validez de criterio. No solamente se puede, sino que es conveniente, hasta donde lo permita el presupuesto para investigar.

¿Cómo se codifican las respuestas a un instrumento de medición?

Una vez recolectados los datos, deben codificarse. Ya hemos dicho que las categorías de un ítem, indicador o pregunta requieren codificarse con símbolos o números; y esto debe hacerse, porque de lo contrario no se efectuaría ningún análisis o sólo se contaría el número de respuestas o casos en cada categoría (por ejemplo, 25 contestaron "sí" y 24 respondieron "no").[32] Comúnmente, el investigador se interesa en realizar análisis más allá de un conteo de casos por categoría, y éstos se llevan a cabo por medio de la computadora u ordenador. Para ello es necesario transformar las respuestas en símbolos o valores numéricos. Los datos deben resumirse, codificarse y prepararse para el análisis. También se comentó que las categorías pueden ir o no precodificadas (incluir la codificación en el instrumento de medición) y que las preguntas abiertas no están precodificadas. Desde luego, los aparatos incluyen las categorías o lectura de la escala en el propio instrumento (por ejemplo, termómetros, acelerómetros, básculas, electrocardiógrafos, etcétera).

Los valores perdidos y su codificación

Cuando las personas no responden a un ítem, contestan incorrectamente (por ejemplo, marcan dos opciones, cuando las alternativas eran mutuamente excluyentes) o no puede registrarse la información (por ejemplo, si tenemos varias simulaciones y en una de ellas no se pudo obtener el dato de una de las variables), se crean una o varias categorías de valores perdidos y se les asignan sus respectivos códigos.

Ejemplo

Sí = 1	Sí = 1
No = 0	No = 0
No contestó = 3	
Contestó incorrectamente = 4	Valor perdido por diversas razones = 9

Asimismo, tenemos el caso de preguntas que **no** aplican a ciertos participantes, en estas situaciones debe considerarse y codificarse la categoría: "no aplica" o "no corresponde". Por ejemplo, si un

[32] La codificación relacionada con el análisis de contenido y la observación se comenta en el capítulo 7 adicional del centro de recursos en línea: "Recolección de los datos cuantitativos: segunda parte".

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

cuestionario administrado mediante entrevista a mujeres contuviera las siguientes dos preguntas: ¿durante el último mes realizó alguna compra en la tienda de ropa femenina "Ensueños"?,[33] y ¿me podría indicar qué artículos o prendas compró?, y una entrevistada nos contestara a la primera pregunta que "no" (no había comprado en la tienda), anotaríamos esta categoría, y obviamente no haríamos la segunda pregunta, sino que marcaríamos la opción "no aplica" (la pregunta).

Los valores perdidos pueden reducirse con instrumentos que motiven al participante y no sean muy largos, con instrucciones claras y capacitación a los entrevistadores. Un alto número de valores perdidos (más de 10%) indica que el instrumento tiene problemas. Lo adecuado es que no supere 5% respecto del total de posibles datos o valores.

En la forma tradicional, la codificación de las respuestas a preguntas o afirmaciones implica cuatro pasos que comentaremos brevemente sólo para que se refuercen algunos conceptos:

1. Establecer los códigos de las categorías o alternativas de respuesta de los ítems o preguntas

Cuando todas las categorías fueron precodificadas y no se tienen preguntas abiertas, este primer paso no es necesario, ya se efectuó. Si las categorías no fueron precodificadas o se tienen preguntas abiertas, deben asignarse los códigos o la codificación a todas las categorías de los ítems. Por ejemplo:

Pregunta no precodificada:

¿Practica usted algún deporte por lo menos una vez a la semana?

☐ Sí ☐ No

Se codifica:

1 = Sí 0 = No

Frase no precodificada:

"Creo que estoy recibiendo un salario justo por mi trabajo".

( ) Totalmente de acuerdo ( ) De acuerdo ( ) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

( ) En desacuerdo ( ) Totalmente en desacuerdo

Se codifica:

5 = Totalmente de acuerdo
4 = De acuerdo
3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
2 = En desacuerdo
1 = Totalmente en desacuerdo

El tema sobre la codificación de preguntas abiertas ya se expuso.

2. Elaborar el libro de códigos incluyendo todos los ítems, uno por uno

Una vez que están codificadas todas las categorías de los ítems, se procede a elaborar el "libro de códigos", el cual describe la localización de las variables y los códigos asignados a las categorías *en una matriz o base de datos.* Los elementos comunes de un libro de códigos son: variables de la investigación, preguntas, indicadores o ítems; categorías, códigos (números o símbolos utilizados para asignarse a las categorías) y número de columna en la matriz de datos a que corresponde cada ítem.

Supongamos que tenemos una escala de Likert con tres ítems (frases):

1. "La Dirección General de Impuestos Nacionales informa oportunamente sobre cómo, dónde y cuándo pagar los impuestos".

   (5) Muy de acuerdo
   (4) De acuerdo

[33] Nombre ficticio.

(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(2) En desacuerdo
(1) Muy en desacuerdo

2. "Los servicios que presta la Dirección General de Impuestos Nacionales habitualmente son muy buenos".

(5) Muy de acuerdo
(4) De acuerdo
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(2) En desacuerdo
(1) Muy en desacuerdo

3. "La Dirección General de Impuestos Nacionales se caracteriza por la deshonestidad de sus funcionarios".

(1) Muy de acuerdo
(2) De acuerdo
(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
(4) En desacuerdo
(5) Muy en desacuerdo

El libro de códigos sería el que se muestra en la tabla 9.9.

Tabla 9.9 Ejemplo de un libro o documento de códigos con una escala de actitud tipo Likert (tres ítems)

Variable	Ítem	Categorías	Códigos	Columnas
Actitud hacia la Dirección General de Impuestos Nacionales	Frase 1 (informa)	— Muy de acuerdo	5	1
		— De acuerdo	4	
		— Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
		— En desacuerdo	2	
		— Muy en desacuerdo	1	
	Frase 2 (servicios)	— Muy de acuerdo	5	2
		— De acuerdo	4	
		— Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
		— En desacuerdo	2	
		— Muy en desacuerdo	1	
	Frase 3 (deshonestidad)	— Muy de acuerdo	1	3
		— De acuerdo	2	
		— Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	
		— En desacuerdo	4	
		— Muy en desacuerdo	5	

Es decir, el libro de códigos es una especie de manual para interpretar la matriz de datos (la cual, como veremos más adelante, es una matriz en Excel, SPSS —Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales—, Minitab o cualquier otro programa similar).

3. Efectuar físicamente la codificación

El tercer paso del proceso es la codificación física de los datos, es decir, llenar la matriz de datos con los valores implicados en las respuestas o las lecturas al instrumento de medición (transferir éstas a la matriz).

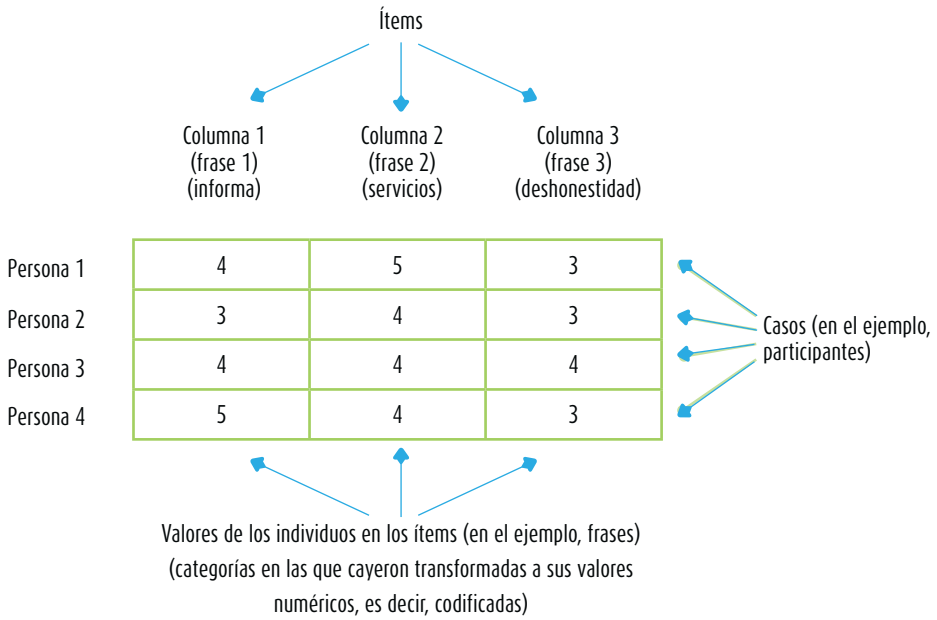
Veamos un ejemplo simplificado con la escala de Likert de tres ítems aplicada a cuatro individuos (figura 9.17).

Figura 9.17 Ejemplo de aplicación de tres ítems a cuatro sujetos.

Persona 1
A continuación...
1. "La Dirección General de Impuestos Nacionales informa oportunamente sobre cómo, dónde y cuándo pagar los impuestos". (5) Muy de acuerdo (**X**) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo
2. "Los servicios que presta la Dirección General de Impuestos Nacionales son en general muy buenos". (**X**) Muy de acuerdo (4) De acuerdo (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (2) En desacuerdo (1) Muy en desacuerdo
3. "La Dirección General de Impuestos Nacionales se caracteriza por la deshonestidad de sus funcionarios". (1) Muy de acuerdo (2) De acuerdo (**X**) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (4) En desacuerdo (5) Muy en desacuerdo
El participante obtuvo: 4 (de acuerdo) 5 (muy de acuerdo) 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
Persona 2
Obtuvo respectivamente: 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo) 4 (de acuerdo) 3 (ni de acuerdo ni en desacuerdo)
Persona 3
Obtuvo respectivamente: 4 4 4
Persona 4
Obtuvo respectivamente: 5 4 3

De acuerdo con el libro de códigos de la tabla 9.9 y las respuestas a la escala, tendríamos la matriz de la figura 9.18.

Figura 9.18 Ejemplo de matriz de datos para el libro de códigos de la tabla 9.9.



4. Guardar los datos codificados (casos) en un archivo permanente

Dicho de otro modo, guardar la matriz como documento de SPSS®, Excel, Minitab o equivalente, y por supuesto, darle un nombre que lo identifique.

Codificación con un programa de análisis estadístico

Pero hoy en día los investigadores ya no lo hacen de la manera descrita, sino que la codificación la efectúan directamente, transfiriendo los valores registrados en los instrumentos aplicados (cuestionarios, escalas de actitudes, pruebas de laboratorio o equivalentes) a un archivo/matriz de un programa computarizado de análisis estadístico (IBM SPSS®, Minitab o equivalente). O bien, si no se cuenta con el programa, los datos se capturan en un documento de Excel (matriz) y luego se trasladan a un archivo del programa de análisis. Veamos el proceso en IBM SPSS®, pero antes es necesario hacer algunas aclaraciones:

- Se abre el programa IBM SPSS®, como cualquier otro, y si se trata de un archivo existente con los datos codificados (matriz completada), pues lo abrimos y hacemos los análisis pertinentes. Si vamos a crear un nuevo archivo o base de datos, elegimos la opción: "Archivo" → "nuevo" → "datos" y comenzamos a ejercer tal función.
- IBM SPSS® y programas equivalentes tienen dos matrices o ventanas: *a*) *vista de las variables* (variable view) y *b*) *vista de los datos* (data view). Ambas aparecen como pestañas (simulando carpetas o fólders) ubicadas en la parte inferior de la pantalla hacia nuestro lado izquierdo.

- La "vista de variables" representa el sistema de codificación o libro o documento de códigos electrónico (constituye una matriz). Los renglones o filas significan ítems, indicadores o reactivos, y las columnas representan características, propiedades o atributos de cada ítem. A los ítems o indicadores en estos programas se les denomina "variables" de la matriz, a veces coinciden con el concepto de variable que se tiene en la investigación (por ejemplo, género, es una variable de la investigación y un renglón o fila en la "vista de variables") y en otras ocasiones son simplemente un ítem de una variable del estudio.

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columna	Alineación	Medida	Rol
Ítem 1 o variable 1 de la matriz											
Ítem 2 o variable 2 de la matriz											
Ítem k...											

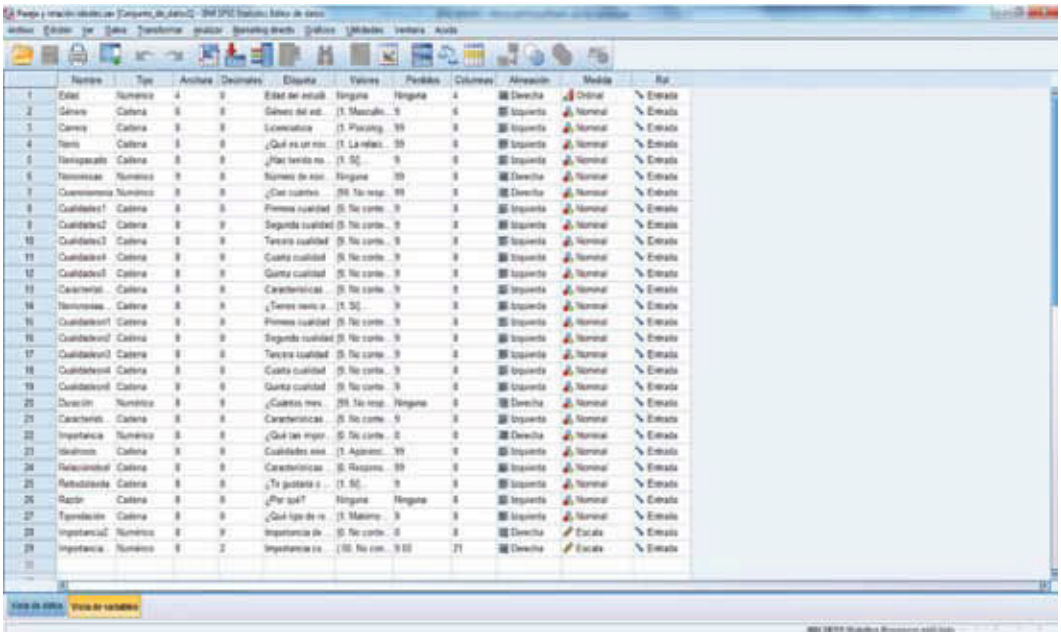
Como dijimos, las columnas son propiedades del ítem o indicador que debemos definir:

1. Nombre de cada ítem o variable de la matriz: lo asignamos nosotros (obviamente debe reflejar al ítem o reactivo al que hace referencia). Por ejemplo: género, edad, p1 (pregunta uno), ingresos, pas (presión arterial sistólica), etcétera.

2. Tipo de variable de la matriz (numérica, no numérica o cadena —símbolos o números que indican un nivel nominal, como una fecha—, etc.). Incluso la clase puede ser numérica, como una cifra con decimales. Este tipo se vincula al nivel de medición. Asimismo, es necesario especificar el ancho (caracteres) de la variable y los decimales, si tiene (por ejemplo, si la variable implica cantidades en moneda y centavos).
3. Anchura (en dígitos o caracteres). Esto depende de la comodidad de ancho con la cual deseemos trabajar y del ancho de las categorías (ejemplos: en un ítem actitudinal la calificación ocupa un dígito —totalmente de acuerdo = 5, de acuerdo = 4, etc.—, ingresos puede ocupar varios dígitos de acuerdo con el tipo de moneda —si no agrupamos y decidimos colocar la cantidad completa—. El ancho debe coincidir con el especificado en tipo de variable.
4. Decimales (si es pertinente). Es necesario que coincidan con los expresados en tipo de variable.
5. Etiqueta (definición o párrafo que describe a la variable de la matriz o ítem). Por ejemplo: antigüedad en la empresa, ingresos acumulados en el año, pregunta uno de la prueba sobre inteligencia emocional...
6. Valores. Los códigos de cada opción de respuesta o categoría. La codificación en sí. Incluye, desde luego, valor (por ejemplo = 1) y su etiqueta ("mujer"). También de los valores perdidos.
7. Valores perdidos. Se especifican los códigos de las categorías u opciones de los valores perdidos.
8. Columnas. Una vez más el número de dígitos que ocupa la variable, contando decimales y el punto decimal, si es pertinente. Debe coincidir con anchura.
9. Alineación. Si queremos que los datos, cifras o valores en la matriz o vista de los datos se alineen a la derecha, izquierda o al centro.
10. Medida. Nivel de medición del ítem: escala —intervalo o razón—, ordinal o nominal.
11. Rol. Es el cometido o función que tendrá la variable al momento del análisis: entrada, objetivo, ambos, ninguna, partición, segmentar.

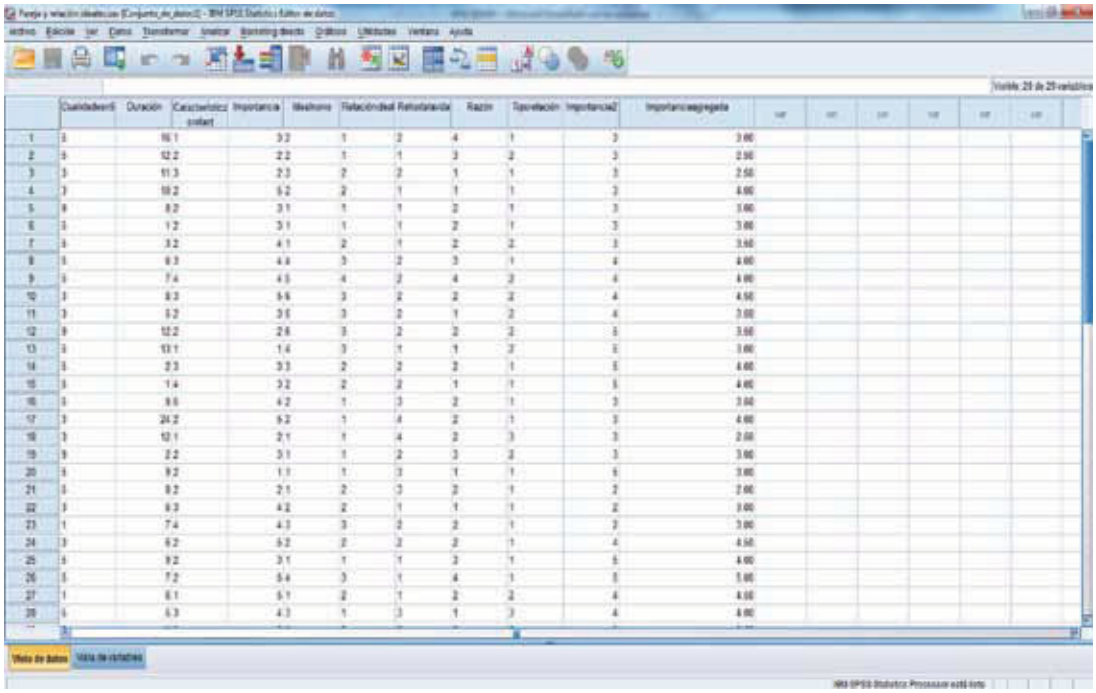
En la figura 9.19 se presenta un ejemplo de la vista de las variables en IBM SPSS®.

Figura 9.19 Ejemplo de la vista de las variables en IBM SPSS®.



- La "vista de los datos" es la matriz de datos. Las columnas son ítems o variables de la matriz y los renglones o filas representan casos (unidades, participantes, etc.); mientras que las celdas son los datos o valores. Cada celda representa un valor de un caso en una variable o ítem. En la figura 9.20 se muestra un ejemplo de la vista de los datos.

Figura 9.20 Ejemplo de la vista de los datos en IBM SPSS® (final de la tierra).



Errores de codificación

Al teclear los valores en la vista de los datos, se pueden cometer errores, es humano. Por ejemplo, que en un ítem o variable de la matriz donde solamente se tenían dos categorías, aparezca en uno o más casos una no contemplada (imaginemos que tenemos el ítem *género* con las opciones: 1 = masculino y 2 = femenino, y alguien teclea un "3" o un "8", esto es un error de codificación; o bien que en una escala con tres opciones: 1. en desacuerdo, 2. neutral y 3. de acuerdo, se presenten valores como: "w", "#", ¿qué es eso?). Los errores de codificación tienen que corregirse. Esto puede hacerse:

a) Revisando físicamente la vista de los datos y haciendo los cambios pertinentes.
b) En IBM SPSS® con la función "ordenar o clasificar casos" —*sort*— (en "Datos" o "Data") y, de este modo, visualizar valores que no correspondan a cada variable o ítem de la matriz.
c) Ejecutando el "análisis de frecuencias" en el menú "Analizar", "Estadísticos descriptivos" y "Frecuencias", y una vez obtenidos los resultados, se observará en qué variables de la matriz (columnas) hay valores que no deberían estar, para efectuar las correcciones necesarias.[34]

Cabe señalar que los *valores perdidos* no son errores de codificación, porque al registrarlos como tales, le estamos informando al programa que son precisamente valores perdidos y podemos o no excluirlos del análisis de frecuencias (se incluyen si queremos saber cuántos no contestaron o lo hicieron incorrectamente). De los análisis inferenciales se descartan automáticamente.

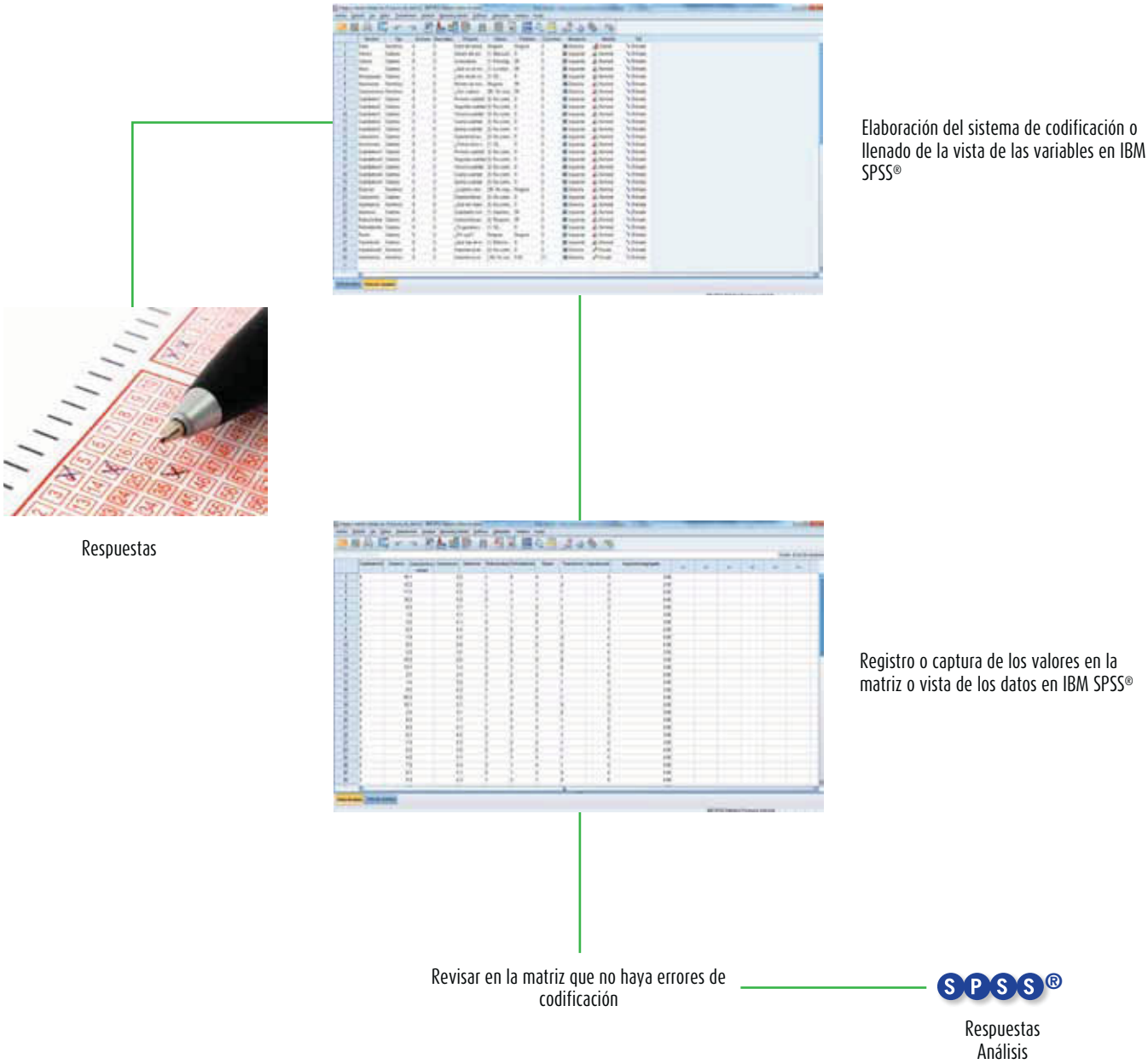
En ambas vistas se muestran las opciones para ejecutar las funciones de IBM SPSS®, como por ejemplo: analizar datos y elaborar gráficas, las cuales se comentarán en el siguiente capítulo, el 10: "Análisis de los datos cuantitativos" y con mayor profundidad en: Material complementario → Manuales → Manual "Introducción al IBM SPSS®" del centro de recursos en línea. Este manual lo llevará por el proceso. Además, hay cientos de páginas sobre este paquete y la de la propia empresa (http://www-01.ibm.com/software/mx/analytics/spss/).[35]

Centro de recursos en línea

En resumen, el proceso sería el que se muestra en la figura 9.21.

[34] Desde luego, como SPSS® se actualiza permanentemente los comandos pueden variar, mas no las funciones.
[35] Asimismo, busque en su país o región al representante de IBM SPSS® Inc.

Figura 9.21 Proceso de codificación y preparación de los datos para su análisis en IBM SPSS®.



Si queremos capturar los datos en nuestra PC, tableta u otro dispositivo electrónico personal y no disponemos de IBM SPSS® (solamente en nuestra universidad, centro de cómputo público o empresa), podemos hacerlo en una matriz de Excel y luego copiarlos y pegarlos en la vista de los datos de IBM SPSS®. Pues las columnas (A, B, C, D, etc.) corresponden a las variables de la matriz, y los renglones o filas, son los casos, al igual que en IBM SPSS®.

Como todo archivo, debe guardarse y respaldarse, implica nuestros datos y el sistema de codificación.

Cuando se utilizan dispositivos electrónicos para capturar los datos (como tabletas, terminales remotas, lectores ópticos, cuestionarios electrónicos, palms, etc.), obviamente no requerimos teclear los datos, éstos pasan directamente de la fuente a la matriz o base de datos.

En este capítulo, por razones didácticas, se presentaron matrices pequeñas, pero en la investigación pueden tenerse el número de columnas que se requieran.

Resumen

- Recolectar los datos implica: *a*) seleccionar uno o varios métodos o instrumentos disponibles, adaptarlos o desarrollarlos, esto depende del enfoque que tenga el estudio, así como del planteamiento del problema y de los alcances de la investigación; *b*) aplicar el o los instrumentos, y *c*) preparar las mediciones obtenidas o los datos recolectados para analizarlos correctamente.
- En el enfoque cuantitativo, recolectar los datos es equivalente a medir.
- Medir es el proceso de vincular conceptos abstractos con indicadores empíricos, mediante clasificación o cuantificación.
- En toda investigación cuantitativa medimos las variables contenidas en la(s) hipótesis.
- Cualquier instrumento de recolección de datos debe cubrir tres requisitos: confiabilidad, validez y "objetividad".
- La confiabilidad se refiere al grado en que la aplicación repetida de un instrumento de medición, a los mismos individuos u objetos, produce resultados iguales.
- La validez se refiere al grado en que un instrumento de medición mide realmente las variables que pretende medir.
- Se pueden aportar tres tipos principales de evidencia para la validez cuantitativa: evidencia relacionada con el contenido, evidencia relacionada con el criterio y evidencia relacionada con el constructo.
- Los factores que principalmente pueden afectar la validez son: la improvisación, utilizar instrumentos desarrollados en el extranjero y que no han sido validados para nuestro contexto, poca o nula empatía con los participantes y los factores de aplicación.
- No hay medición perfecta, pero el error de medición debe reducirse a límites tolerables.
- La confiabilidad cuantitativa se determina al calcular el coeficiente de fiabilidad.
- Los coeficientes de fiabilidad cuantitativa varían entre 0 y 1 (0 = nula confiabilidad, 1 = total confiabilidad).
- Los métodos más conocidos para calcular la confiabilidad son: *a*) medida de estabilidad, *b*) formas alternas, *c*) mitades partidas y *d*) consistencia interna.
- La evidencia sobre la validez de contenido se obtiene al contrastar el universo de ítems frente a los ítems presentes en el instrumento de medición.
- La evidencia sobre la validez de criterio se obtiene al comparar los resultados de la aplicación del instrumento de medición frente a los resultados de un criterio externo.
- La evidencia sobre la validez de constructo se puede determinar mediante el análisis de factores y al verificar la teoría subyacente.
- Los pasos para elaborar un instrumento de medición son:

1. Redefiniciones fundamentales sobre propósitos, definiciones operacionales y participantes.
2. Revisar la literatura, particularmente la enfocada en los instrumentos utilizados para medir las variables de interés.
3. Identificar el conjunto o dominio de conceptos o variables a medir e indicadores de cada variable.
4. Tomar decisiones en cuanto a: tipo y formato; utilizar uno existente, adaptarlo o construir uno nuevo, así como el contexto de administración.
5. Construir el instrumento.
6. Aplicar la prueba piloto (para calcular la confiabilidad y validez iniciales).
7. Desarrollar su versión definitiva.
8. Entrenar al personal que va a administrarlo.
9. Obtener autorizaciones para aplicarlo.
10. Administrar el instrumento.

- Posteriormente, se preparan los datos para el análisis.
- En la investigación disponemos de diversos instrumentos de medición.

1. Centro de recursos en línea Escalas de actitudes: de Likert, diferencial semántico y escalograma de Guttman (este último se encuentra comentado en el capítulo 7 adicional que puede descargarse del centro de recursos en línea).
2. Cuestionarios (autoadministrado, por entrevista personal, por entrevista telefónica, internet y por correo).
3. Recolección y análisis de contenido cuantitativo (capítulo 7 adicional).
4. Observación cuantitativa (capítulo 7 adicional).
5. Pruebas estandarizadas (capítulo 7 adicional).
6. Centro de recursos en línea Archivos y otras formas de medición (capítulo 7 adicional).

- Las respuestas a un instrumento de medición se codifican.
- Actualmente, la codificación se efectúa transfiriendo los valores registrados en los instrumentos aplicados (cuestionarios, escalas de actitudes o equivalentes) a un archivo o matriz de un programa computarizado de análisis estadístico (IBM SPSS®, Minitab o equivalente).
- En la tabla 9.10 se resumen algunos instrumentos tratados en el capítulo.

Tabla 9.10 Concentrado de instrumentos para la recolección de datos (véase más en el centro de recursos en línea)

Métodos	Propósito general básico	Ventajas	Retos
Cuestionarios/ Escalas de actitudes/ Pruebas estandarizadas	• Obtener de manera relativamente rápida datos sobre las variables. • Propios para actitudes, expectativas, opiniones y variables que pueden medirse mediante expresiones escritas o que el mismo participante puede ubicarse en las categorías de las variables (autoubicación).	• Puede ser anónimo. • Poco costosa su aplicación individual. • Relativamente fácil de responder. • Relativamente fácil de analizar y comparar. • Puede administrarse a un considerable número de personas. • Normalmente disponemos de versiones previas para escoger o basarnos en éstas.	• Regularmente no se obtiene realimentación detallada de parte de los respondientes. • Se evalúan actitudes y proyecciones, no comportamientos (mediciones indirectas). • El manejo del lenguaje puede ser una fuente de sesgos e influir en las respuestas. • Son impersonales. • No nos proporcionan información sobre el individuo, excepto en las variables medidas.
Observación	• Recolectar información no obstrusiva respecto a conductas y procesos.	• Se puede adaptar a los eventos tal y como ocurren. • Se evalúan hechos, comportamientos y no mediciones indirectas.	• Dificultad para interpretar conductas. • Complejidad al categorizar las conductas observadas. • Puede ser obstrusiva y provocar sesgos si es "participante". • Puede ser costosa.
Análisis de contenido	• Recolectar información no obstrusiva respecto de mensajes.	• Se puede adaptar a los eventos tal como ocurren. • Se evalúan mediciones indirectas.	• Dificultad para interpretar mensajes. • Complejidad al categorizar los mensajes.

Conceptos básicos

- Análisis cuantitativo de contenido (capítulo 7 del centro de recursos en línea)
- Archivo de datos
- Categorías
- Codificación
- Codificador
- Coeficiente alfa de Cronbach
- Coeficiente de confiabilidad
- Confiabilidad
- Contexto de administración del instrumento
- Cuestionarios
- Diferencial semántico
- Escala de Likert
- Escalas de actitudes
- Escalograma de Guttman (capítulo 7 del centro de recursos en línea)
- Entrevista
- Evidencia relacionada con el constructo
- Evidencia relacionada con el contenido
- Evidencia relacionada con el criterio
- Instrumento de medición
- Matriz de datos
- Medición
- Medida de estabilidad
- Método de formas alternas
- Método de mitades partidas
- Niveles de medición
- Observación cuantitativa (capítulo 7 del centro de recursos en línea)
- Pruebas estandarizadas (capítulo 7 del centro de recursos en línea)
- Pruebas proyectivas (capítulo 7 del centro de recursos en línea)
- Recolección de datos
- Unidad de análisis
- Validez
- Vista de las variables
- Vista de los datos

Ejercicios

1. Busque una investigación cuantitativa en algún artículo de una revista científica, en la cual se incluya información sobre la confiabilidad y la validez del instrumento de medición. ¿El instrumento es confiable? ¿Qué tan confiable? ¿Qué técnica se utilizó para determinar la confiabilidad? ¿Es válido? ¿Cómo se determinó la validez?
2. Responda y explique con ejemplos la diferencia entre confiabilidad y validez.

3. Defina ocho variables e indique su nivel de medición.
4. Defina una variable de cada nivel de medición.
5. Suponga que alguien intenta evaluar la actitud hacia el presidente de la República. Entonces construya un cuestionario tipo Likert con 20 ítems para medir dicha actitud e indique cómo se calificaría la escala total (10 ítems positivos y 10 negativos). Por último, señale la dimensión que cada ítem pretende medir de dicha actitud (credibilidad, presencia física, etcétera).
6. Construya un cuestionario para medir la variable que considere conveniente (con un mínimo de 10 preguntas o ítems) e incluya preguntas demográficas adicionales. Aplíquelo a 20 conocidos suyos; elabore el libro de códigos y la matriz de datos, mínimo en Excel.
7. Centro de recursos en línea ¿Cómo mediría la variable "hostilidad" mediante observación y cómo por medio de una escala de actitudes? (Debe leer el apartado de observación en el capítulo 7 adicional del centro de recursos en línea).
8. Genere un planteamiento del problema en el que utilice por lo menos dos tipos de instrumentos cuantitativos para recolectar datos.
9. Construya una matriz de datos en Excel, Minitab o SPSS (o una tabla en Word) con 15 casos y las siguientes variables: género, edad, deporte preferido para practicar, deporte preferido para observar, escuela de procedencia (pública/privada), tipo de música que más le agrada, si está o no de acuerdo con la política económica del gobierno actual, partido por el que votó en la últimas elecciones municipales y líder histórico que más admira. Que los casos (participantes) sean sus compañeros de clase (el ejercicio implica levantar datos y codificarlos, desde luego).
10. Elabore uno o varios instrumentos para el ejemplo de estudio que ha desarrollado hasta ahora en el proceso cuantitativo (incluya la codificación).

Ejemplos desarrollados[36]

La relación entre la personalidad y las enfermedades

Como vimos en el capítulo 6 ("Formulación de hipótesis"), la personalidad se midió a través de una serie de escalas (véase la tabla 9.11).

Las variables "enfermedades padecidas en el presente y el pasado", "factores de riesgo a la salud", "hábitos de vida" y las demográficas fueron medidas a través de un cuestionario de autorreporte.

Tabla 9.11 Medición de la personalidad de Yousfi *et al.* (2004)

Dimensiones	Prueba o escala	Número de ítems y confiabilidad (Alfa-Cronbach)
Factor R	Escalas del Factor R de Grossarth-Maticek:	
	Inhibición de la expresión centrada en uno mismo (disposición para el cáncer)	28 ítems ($\alpha = .90$)
	Barreras a la expresión centrada en uno mismo (disposición para las enfermedades cardiacas)	25 ítems ($\alpha = .92$)
	Psicopatología	20 ítems ($\alpha = .83$)
	Salud/autonomía	31 ítems ($\alpha = .88$)
	Racionalismo	23 ítems ($\alpha = .91$)
	Tendencias antisociales	13 ítems ($\alpha = .76$)
Optimismo	Prueba de la Orientación de Vida: LOT	8 ítems ($\alpha = .55$)

(*continúa*)

[36] Por cuestiones de espacio, se comentan brevemente. El primer ejemplo presenta las mediciones hechas (pruebas o escalas aplicadas, con su respectiva confiabilidad) y los contextos de administración. El segundo ejemplo aborda un aspecto de la recolección: el procedimiento y las variables centrales; el tercero, el instrumento de medición; y el cuarto, la consideración y comparación de instrumentos (escalas).

Tabla 6.4 (*continuación*)

Dimensiones	Prueba o escala	Número de ítems y confiabilidad (Alfa-Cronbach)
Locus (centro) del control sobre enfermedades: interno y externo.	Cuestionario FEGK	16 ítems para el locus interno y 13 para el externo (α = .79 y .81, respectivamente)
Urgencia de tiempo y activación perpetua	Escala TUPA e Inventario de Expresión para Tratar el Estado de Ira	13 ítems para TUPA (α = .65) y 24 para el inventario con tres subescalas de ira interna, ira externa y control de la ira (α = .82, .83 y .81 respectivamente)
Soporte social	Escala SOZU K-22	22 ítems (α = .91)
Depresión	Escala de von Zerssen	16 ítems (α = .85)
Sentido de coherencia	Escala SOC-HD.	19 ítems (α = .80)
Hostilidad (factores: agresión, irritabilidad y envidia)	Cuestionario de Agresión y Hostilidad de Saltz-Epstein Inventario de Irritabilidad y Envidia de Buss-Durkee	Agresión: 8 ítems (α = .62) Hostilidad: 11 ítems (α = .66) 8 ítems (α = .63)
Psicoticismo (extraversión, neuroticismo y deseabilidad social)	Inventario de la Personalidad de Eysenck (EPI)	57 ítems en total con α = .69, .85 y .57 respectivamente
Control social exagerado	Escala de Modo de Vida —WOLS—	21 ítems (α = .76)

Respondieron 2 047 participantes a los instrumentos en grupos de 20 (autoadministrados), con asistencia para dudas y comentarios (en las instalaciones de la universidad). A otros 2 306 que habían expresado su consentimiento, se les enviaron los instrumentos por correo y se recibieron por este medio. Al resto, también se les mandaron por correo pero sin preguntarles previamente si deseaban participar (solicitud única). Es decir, en todos los casos el contexto fue "autoadministrado".

No se encontraron diferencias significativas en las respuestas entre los diferentes contextos de autoadministración (en grupos, por correo y consentimiento previo y por correo sin autorización anterior).

La televisión y el niño

Se aplicó un cuestionario en una muestra total de 2 112 niños y niñas de la Ciudad de México, de acuerdo con la estrategia de muestreo planteado. Las variables medidas fueron: uso de medios de comunicación colectiva, tiempo de exposición a la televisión, preferencia de contenidos televisivos (programas), bloques de horarios de exposición a la televisión (mañana, tarde o noche), comparación de la televisión con otras fuentes de entretenimiento, actividades que realiza mientras observa la televisión, condiciones de exposición a la televisión (solo-acompañado), autonomía en la elección de los programas, control de los padres sobre la actividad de ver televisión, usos y gratificaciones de la televisión, y datos demográficos.

El cuestionario es descriptivo y fue evaluado y validado por 10 expertos en investigación sobre la relación niño-televisión. Se elaboró una versión piloto con 100 participantes (50 niñas y 50 niños), la cual se probó y ajustó. No hubo escalas con varios ítems, por lo que no se calculan coeficientes de confiabilidad.

La pareja y relación ideales

Se desarrolló un instrumento inicial para recolectar los datos con base en preguntas. Por ejemplo: "Pensando en tu relación ideal, ¿cuáles serían las características que más te gustaría que tuviera esa relación?", o bien: "¿Qué cualidades te gustaría que tuviera tu novio(a) ideal?". Sin embargo, en la prueba piloto con 100 estudiantes se observó que era mejor sustituir las preguntas por afirmaciones que fueran completadas por los participantes (por ejemplo: "Pensando en tu relación ideal, las características que más te gustaría que tuviera esa relación serían..."). Resultaban más comprensibles para ellos y fueron respondidas con mayor precisión. Así, se aplicó por entrevista el siguiente cuestionario:[37]

Cuestionario sobre la pareja y relación ideales

El objetivo de esta encuesta es conocer tu opinión acerca de las relaciones y parejas sentimentales que has tenido, tienes y tendrás, así como de tu concepción de una pareja ideal, por lo cual te agradeceríamos contestar lo que se te indica a continuación, pensando y contestando según corresponda en cada caso.
Recuerda que tus respuestas son totalmente confidenciales.

[37] Las opciones de respuesta también se han reducido por espacio (por ejemplo: carreras).

Edad: _____ años
Género: 1) Masculino _____ 2) Femenino_____

Indica la carrera que estudias actualmente:

Psicología ( )	Turismo ( )	Comunicación ( )
Medicina ( )	Administración ( )	Mercadotecnia ( )
Arquitectura ( )	Contaduría Pública ( )	Derecho ( )
Ing. Industrial ( )	Ing. en Sistemas Computacionales ( )	Comercio Internacional ( )
Otra (mencionar) _____		

1. Para ti, ¿qué es un novio(a)? Un novio(a) es:_____
_____
2. Para ti, ¿qué es una relación de noviazgo? Un noviazgo es:
_____
_____

Pasado:

3. ¿Has tenido novio(a)? 1) Sí _____ 2) No _____
4. ¿Con cuántos(as) novios(as) has durado más de un mes? _____
5. Las cualidades que más te gustaban del novio(a) más importante que has tenido en el pasado son:
Anota de la más importante (1) a la menos importante (5).
1) _____, 2) _____, 3) _____,
4) _____, 5) _____
6. Pensando en tu relación pasada más importante, las características que más te gustaban de la relación de pareja eran (*no hablamos de tu pareja, sino de la relación de noviazgo*):
Anota de la más importante (1) a la menos importante (5).
1) _____, 2) _____, 3) _____,
4) _____, 5) _____

Actualmente:

7. ¿Tienes novio(a)? 1 Sí _____ 2 No _____
8. Las cualidades que más te gustan de tu novio(a) son:
Anota de la más importante (1) a la menos importante (5).
1) _____, 2) _____, 3) _____,
4) _____, 5) _____
9. ¿Cuántos meses llevas con tu novio(a) actual? _____
10. Pensando en tu relación actual, las características que más te gustan de la relación de pareja (*no hablamos de tu pareja, sino de la relación de noviazgo*):
Anota de la más importante (1) a la menos importante (5).
1) _____, 2) _____, 3) _____,
4) _____, 5) _____
11. ¿Qué tan importante es en tu vida tu pareja actual?
5) Sumamente importante 4) Muy importante 3) Importante 2) Poco importante 1) No tiene importancia

Ideal:

12. Piensa en tu novio(a) ideal y menciona las cualidades que te gustaría que tuviera:
Anota de la más importante (1) a la menos importante (5).
1) _____, 2) _____, 3) _____,
4) _____, 5) _____
13. Pensando en tu relación ideal, las características que más te gustaría que tuviera esa relación (*no hablamos de tu pareja, sino de la relación de noviazgo*) serían:
Anota de la más importante (1) a la menos importante (5).
1) _____, 2) _____, 3) _____,
4) _____, 5) _____

Futuro:

14. En tu futuro, ¿te gustaría o no tener una relación de pareja para toda la vida?
1. Sí _____ 2. No _____ 3. No sé _____
15. ¿Por qué?_____
16. En tu futuro, ¿qué tipo de relación de pareja duradera a largo plazo te gustaría establecer, tener o formar?
(*Marca una opción*)
    1. Matrimonio civil
    2. Matrimonio religioso
    3. Matrimonio religioso y civil
    4. Unión libre (vivir juntos sin estar casados)
    5. Llevar una relación de pareja sin vivir juntos
    6. Otra: _____.

Gracias por tu colaboración.

El abuso sexual infantil

Escala cognitiva

El instrumento Children's Knowledge of Abuse Questionnaire-Revised (CKAQ-R), fue traducido al español y adaptado para preescolares. En esta escala modificada, se eliminaron los elementos redundantes y los que evaluaban las actitudes ante los desconocidos, con la tesis que quienes agreden sexualmente a los menores son en su gran mayoría personas cercanas. Además, se simplificaron las preguntas formuladas negativamente, como "¿algunas veces está bien no hacer lo que nos pide un adulto?", que tienden a ser confusas para los preescolares. El CKAQ-Español puede tener un puntaje máximo de 22 y cada reactivo posee evaluación dicotómica, dando un punto por cada respuesta correcta. Sigue el mismo esquema y protocolo que el CKAQ original. Cada pregunta puede ser contestada como "sí", "no", o "no sé" y su evaluación es dicotómica (correcto o incorrecto). Incluye cuestiones para medir el desarrollo cognitivo y actitudes asertivas ante contactos positivos y negativos, chantaje emocional, disociación de los contactos con la afectividad y pedir ayuda ante el abuso.

El estudio de la confiabilidad interna se efectuó con el modelo Kurder Richardson 20 (KR-20), en la versión adaptada de Cron-

banch para reactivos dicotómicos. Tal estudio se realizó con el total de casos ($n = 150$). Se obtuvo un alfa de 0.69, lo que representa un nivel moderadamente aceptable.

Escala conductual

Después del estudio de diversas escalas, se decidió partir del RPP para el desarrollo del instrumento conductual. Las razones de esta decisión se basaron en que el RPP se ha aplicado a muestras grandes ($n = 670$). Por otro lado, evalúa en acción los patrones seguidos por los agresores, así da la oportunidad de analizar las reacciones de los niños y sus habilidades de protección "en vivo". Además, no aborda al niño o niña de manera burda o aterradora, se enfoca en los preámbulos del abuso, en donde se censa la posibilidad. Por estas razones, este instrumento nos parece de los más acertados por su evaluación conductual, su aproximación a lo que un(a) niño(a) puede vivir en su cotidianidad en cuanto a sus acercamientos incómodos y evaluar sus recursos asertivos, seguridad emocional y habilidades de autoprotección.

Uno de los inconvenientes de este protocolo es que no se disponen de valores psicométricos que lo avalen. Por lo que no hay comparativos para los resultados que de esta investigación se obtengan.

Partiendo del RPP original, se le hizo una adaptación mediante la traducción y adecuación al contexto mexicano. A esta escala le llamaremos Role Play-México. Uno de los inconvenientes que se le cuestiona al RPP es que sólo puede aplicarse uno a uno. Es decir, no se puede aplicar a grupos de infantes en conjunto. Sin embargo, en el caso de preescolares esto no aplica, porque en general las pruebas administradas a grupos, requieren del desarrollo de las habilidades lectoescritoras, un estado no dominado en la etapa preescolar. Por tanto, tal inconveniente es intrascendente en el caso de estudio. Otra desventaja que se le atribuye, es que la escala no incluye elementos que evalúen la actitud de los menores ante los contactos positivos, para determinar si los PPASI (programas de prevención del abuso sexual infantil) generan un efecto nocivo de suspicacia indiscriminada ante cualquier contacto. Por lo cual, se decidió incluir un par de reactivos para evaluar esta posibilidad en el Role Play-México (RP-México). Estos reactivos incluyen por ejemplo, abrazos por los padres o felicitaciones. Se desarrolló, también, una prueba paralela a dicha adaptación, a la que llamamos Evaluación de la Prevención del Abuso (EPA).

En la escala RPP se tiene un puntaje máximo de 14 puntos, evalúa la negación verbal y no verbal de seis escenas "en vivo". Es decir, donde el evaluador actúa y se le pide al niño que responda a la pregunta: ¿qué diría y haría? en una situación planteada. Además, en los tres reactivos donde se aborda el chantaje emocional y la coerción, se otorga un punto extra si el participante muestra intención de denunciar el evento. En el caso de la evaluación del RP-México y de la EPA se considera un total de ocho escenarios "en vivo", seis de tipo abusivo y dos de contactos no abusivos. El puntaje de ambas escalas (RP-México y EPA) tiene un máximo de 40 puntos. Al igual que el RPP, evalúa la asertividad verbal y conductual, pero se amplía la evaluación con la intención de denuncia del evento abusivo, cubriendo la necesidad de mejorar el sistema de medición con la persistencia de los infantes de pedir ayuda hasta obtenerla. Mide además las siguientes subescalas: 1) reconocimiento de contactos, tanto positivos como negativos, y 2) las habilidades de asertividad verbal (*qué decir*), no verbal (*qué hacer*) y la persistencia en la intención de denuncia ante algún incidente abusivo (*denuncia*). Los 40 puntos se derivan de la suma de un punto por cada acierto en la asertividad verbal (ocho máximo), un punto por cada asertividad conductual (máximo ocho), un punto por cada intención de denuncia de los contactos inapropiados (seis máximo) y un punto por cada persona a quién denunciarían, hasta un máximo de tres por cada escenario de contacto inapropiado (18 puntos máximo).

Se desarrolló el análisis de confiabilidad tanto temporal como interno. Se aplicó *test-retest* de acuerdo con un método de formas paralelas al administrarse el RP-México y el EPA. La correlación entre ambas pruebas alcanzó un buen nivel y fue significativo ($r = 0.75$, $p < 0.01$), lo que avala la utilización de estos instrumentos de forma paralela. El *test-retest* se aplicó en un subgrupo ($n = 44$) del grupo de control ($n = 79$). Este estudio confirma que hay correlación *test* y *retest* entre cada instrumento RPP, RP-México y en todas las subescalas, los índices van de 0.59 a 0.78, todas con $p < 0.01$. El instrumento RP-México tiene una correlación ($r = 0.75$) equivalente a la reportada en otros instrumentos similares (WIST, PSQ). Este índice muestra un grado de estabilidad temporal aceptable, dado el tamaño de la muestra.

Los investigadores opinan

Recolección de datos cuantitativos

Dentro del modelo de investigación cuantitativa, la etapa de recolección de los datos resulta de vital importancia para el estudio, de ella dependen tanto la validez interna como externa.

La validez interna de una investigación depende de una adecuada selección o construcción del instrumento con el cual se va a recolectar la información deseada, la teoría que enmarca el estudio tiene que conjugar perfectamente con las características teóricas y empíricas del instrumento; si esto no ocurre, se corre el riesgo de recolectar datos que a la postre pueden ser imposibles de ser interpretados o discutidos, la teoría y los datos pueden caminar por distintas direcciones. Un ejemplo muy sencillo para graficar este problema sería hacer hipótesis y teorizar en torno a la personalidad sobre la base de una de las teorías de los rasgos y usar un instrumento proyectivo para recolectar los datos. Lo correcto sería que la misma teoría sustente los planteamientos hipotéticos y teóricos, así como fundamente el instrumento. Si bien el ejemplo puede resultar un tanto simple y grosero, en el

nivel de las investigaciones de pregrado, este problema resulta bastante común y le es muy difícil manejarlo al estudiante promedio.

Del mismo modo, la recolección de los datos se relaciona con la validez externa del estudio, por cuanto la generalización depende de la calidad y cantidad de los datos que recolectamos. Por ello, en estudios cuantitativos resulta importante determinar una muestra adecuada, que tenga representatividad en el tamaño y que a la vez refleje la misma estructura existente en la población. Sin una buena muestra de datos, no se puede generalizar; y si se corre este riesgo, el investigador podría llevar sus conclusiones más allá de la realidad, cuando lo que se desea es reflejar la realidad.

Una idea clave, para no tropezar con asuntos insalvables en este momento de la investigación o para no tomar decisiones que conduzcan al error, es hacer un buen proyecto de investigación. En la etapa de la planificación debe quedar claramente establecido y justificado qué instrumento se va a utilizar; cómo, dónde y a quiénes se les aplicará; qué instrucciones se les va a brindar a los sujetos o participantes; qué datos son los que se someterán a tratamiento y cuáles otros no serán tomados en cuenta; cómo se van a tratar los mismos y cómo se llegará desde los datos a la teoría.

Edwin Salustio Salas Blas
Universidad de Lima
Perú

capítulo

10 Análisis de datos cuantitativos

Al analizar los datos cuantitativos debemos recordar dos cuestiones: primero, que los modelos estadísticos son representaciones de la realidad, no la realidad misma; y segundo, los resultados numéricos siempre se interpretan en contexto, por ejemplo, un mismo valor de presión arterial no es igual en un bebé que en una persona de la tercera edad.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 9 Analizar los datos

- Decidir el programa de análisis de datos que se utilizará.
- Explorar los datos obtenidos en la recolección.
- Analizar descriptivamente los datos por variable.
- Visualizar los datos por variable.
- Evaluar la confiabilidad, validez y objetividad de los instrumentos de medición utilizados.
- Analizar e interpretar mediante pruebas estadísticas las hipótesis planteadas (análisis estadístico inferencial).
- Realizar análisis adicionales.
- Preparar los resultados para presentarlos.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Revisar el proceso para analizar los datos cuantitativos.
2. Reforzar los conocimientos estadísticos fundamentales.
3. Comprender las principales pruebas o métodos estadísticos desarrollados, así como sus aplicaciones y la forma de interpretar sus resultados.
4. Diferenciar la estadística descriptiva y la inferencial, la paramétrica y la no paramétrica.
5. Analizar la interrelación entre distintas pruebas estadísticas.

Síntesis

En el capítulo se presentan brevemente los principales programas computacionales de análisis estadístico que emplea la mayoría de los investigadores, así como el proceso fundamental para efectuar análisis cuantitativo. Asimismo, se comentan, analizan y ejemplifican las pruebas estadísticas más utilizadas. Se muestra la secuencia de análisis más común, con estadísticas descriptivas, análisis paramétricos, no paramétricos y multivariados. En la mayoría de estos análisis, el enfoque del capítulo se centra en los usos y la interpretación de los métodos, más que en los procedimientos de cálculo, debido a que los análisis se realizan con ayuda de una computadora.

Se realiza mediante programas computacionales como:

- SPSS®
- Minitab
- SAS
- STATS

Análisis de datos cuantitativos

Cuyo procedimiento es:

Fases

1. Seleccionar el programa estadístico para el análisis de datos
2. Ejecutar el programa
3. Explorar los datos: analizarlos y visualizarlos por variable del estudio
4. Se evalúa la confiabilidad y validez del o de los instrumentos escogidos
5. Se lleva a cabo análisis estadístico descriptivo de cada variable del estudio
6. Se realizan análisis estadísticos inferenciales respecto a las hipótesis planteadas
7. Se efectúan análisis adicionales
8. Se preparan los resultados para presentarlos

El análisis se realiza tomando en cuenta los niveles de medición de las variables y mediante la estadística, que puede ser

Descriptiva

- Distribución de frecuencias
- Medidas de tendencia central
  - Media
  - Mediana
  - Moda
- Medidas de variabilidad
  - Rango
  - Desviación estándar
  - Varianza
- Gráficas
- Puntuaciones *z* (en centro de recursos en línea)

Inferencia

- Sirve para estimar parámetros y probar hipótesis
- Se basa en la distribución muestral

- Análisis paramétrico
  - Coeficientes de correlación
  - Regresión lineal
  - Prueba *t*
  - Prueba de la diferencia de proporciones
  - Análisis de varianza
  - Análisis de covarianza (en centro de recursos en línea)
- Análisis no paramétrico
  - *Chi* cuadrada
  - Coeficientes de Spearman y Kendall
  - Coeficientes para tabulaciones cruzadas
- Análisis multivariados (centro de recursos en línea)

Nota: Este capítulo se complementa con uno adicional que se puede descargar del centro de recursos en línea, en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte"; junto con el documento 2, "Fórmulas y procedimientos estadísticos" y el apéndice 4 "Tablas anexas", que también pueden descargarse del mismo sitio .

Centro de recursos en línea

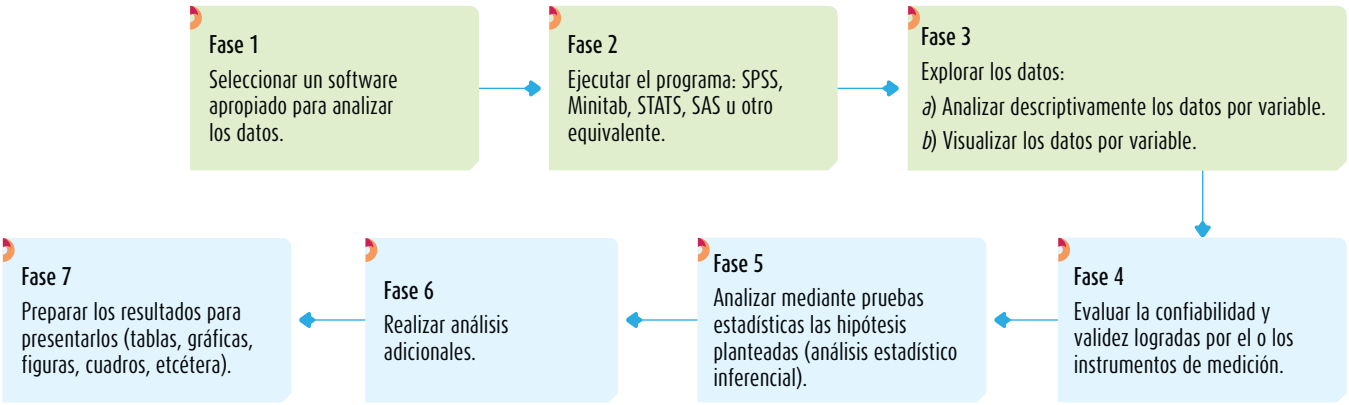
¿Qué procedimiento se sigue para analizar cuantitativamente los datos?

1 Una vez que los datos se han codificado, transferido a una matriz, guardado en un archivo y "limpiado" los errores, el investigador procede a analizarlos.

En la actualidad, el análisis cuantitativo de los datos se lleva a cabo *por computadora u ordenador*. Ya casi nadie lo hace de forma manual ni aplicando fórmulas, en especial si hay un volumen considerable de datos. Por otra parte, en la mayoría de las instituciones de educación media y superior, centros de investigación, empresas y sindicatos se dispone de sistemas de cómputo para archivar y analizar datos. De esta suposición parte el presente capítulo. Por ello, se centra en la *interpretación de los resultados de los métodos de análisis cuantitativo* y no en los procedimientos de cálculo.

El análisis de los datos se efectúa sobre la *matriz de datos* utilizando un *programa computacional*. El proceso de análisis se esquematiza en la figura 10.1. Posteriormente lo veremos paso a paso.

Figura 10.1 Proceso para efectuar análisis estadístico.



Paso 1: seleccionar un programa de análisis

Hay diversos programas para analizar datos. En esencia su funcionamiento es muy similar e incluyen las dos partes o segmentos que se mencionaron en el capítulo anterior: una parte de definiciones de las variables, que a su vez explican los datos (los elementos de la codificación ítem por ítem o indicador por indicador), y la otra parte, la matriz de datos. La primera parte es para que se comprenda la segunda. Las definiciones, desde luego, las prepara el investigador. Lo que éste hace, una vez recolectados los datos, es precisar los parámetros de la matriz de datos en el programa (nombre de cada variable en la matriz —que equivale a un ítem, reactivo, indicador, categoría o subcategoría de contenido u observación—, tipo de variable o ítem, ancho en dígitos, etc.) e introducir o capturar los datos en la matriz, la cual es como cualquier hoja de cálculo. Asimismo, recordemos que la matriz de datos tiene columnas (variables, ítems o indicadores), filas o renglones (casos) y celdas (intersecciones entre una columna y un renglón). Cada celda contiene un dato (que significa un valor de un caso en una variable). Supongamos que tenemos cuatro casos o personas y tres variables (género, color de cabello y edad); la matriz se vería como se muestra en la tabla 10.1.

Tabla 10.1 Ejemplo de matriz de datos con tres variables y cuatro casos

Caso	Columna 1 (género)	Columna 2 (color de pelo)	Columna 3 (edad)
1	1	1	35
2	1	1	29
3	2	1	28
4	2	4	33

La codificación (especificada en la parte de las definiciones de las variables o columnas que corresponden a ítems) sería:

- Género (1 = masculino y 2 = femenino).
- Color de cabello (1 = negro, 2 = castaño, 3 = pelirrojo, 4 = rubio).
- Edad (dato "bruto o crudo" en años).

De esta forma, si se lee por renglón o fila (caso), de izquierda a derecha, la primera celda indica un hombre (1); la segunda, de cabello negro (1); y la tercera, de 35 años (35). En el segundo renglón, un hombre de cabello negro y 29 años. La tercera fila, una mujer de cabello color negro, con 28 años. La cuarta fila (caso número cuatro) nos señala una mujer (2), rubia (4) y de 33 años (33). Pero, si leemos por columna o variable de arriba hacia abajo, tendríamos en la primera (género) dos hombres y dos mujeres (1, 1, 2, 2).

Por lo general, en la parte superior de la matriz de datos aparecen las opciones de los comandos para operar el programa de análisis estadístico como cualquier otro software (Archivo, Edición o Editar datos, etc.). Una vez que estamos seguros que no hay errores en la matriz, procedemos a realizar el análisis de la misma, el análisis estadístico. En cada programa tales opciones varían, pero en cuestiones mínimas.

Ahora, comentaremos brevemente los programas más importantes y de dos de ellos señalaremos sus comandos generales.

Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (IBM® SPSS)

El SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), desarrollado en la Universidad de Chicago, es uno de los más difundidos y actualmente es propiedad de IBM®. Contiene todos los análisis estadísticos que se describirán en este capítulo. En Iberoamérica, algunas instituciones educativas tienen versiones antiguas del SPSS; otras, versiones más recientes, ya sea en español o inglés y en los distintos sistemas operativos como Windows, Macintosh y UNIX.

Centro de recursos en línea

Como ocurre con otros programas, el IBM® SPSS se actualiza constantemente con versiones nuevas en varios idiomas.[1]

Asimismo, cada año surgen textos o manuales acordes con estas nuevas versiones. Sin embargo, en el centro de recursos el lector encontrará un manual que abarca las cuestiones esenciales de este paquete de análisis. Lo mejor para mantenerse al día en materia de SPSS® es consultar el sitio de IBM®que corresponda a su país (con las palabras clave: "IBM SPSS" puede encontrarlo mediante cualquier motor de búsqueda como Google). Asimismo, se puede "bajar" o "descargar" a la computadora una demostración del programa por tiempo limitado. Para la actualización de manuales, las palabras clave serían: "SPSS manuals" o "SPSS manuales".

La empresa IBM® afirma que se pueden solucionar diversos problemas de investigación con la suite de software IBM® SPSS Statistics, de la cual la versión "Base" contiene alrededor de 80% de los análisis. Para cuestiones más específicas se pueden adquirir diversos módulos que la compañía vende por separado, los cuales se integran a la versión *Base* con otros títulos o nombres.

Hasta agosto de 2013, las versiones más recientes tenían mejoras como mayor facilidad de uso, nuevas técnicas de análisis, mayor rendimiento y mejor integración con los demás productos IBM® (IBM SPSS®, 2013)

Como dijimos, el IBM® SPSS contiene las dos partes citadas que se denominan: *a*) vista de variables (para definiciones de las variables y consecuentemente, de los datos) y *b*) vista de los datos (matriz de datos). En ambas vistas se observan los comandos para operar en la parte superior.

[1] En el otoño de 2013, la familia de IBM SPSS Statistics contaba con alrededor de 30 productos con diferentes grados de complejidad. A éstos habría que añadirles los productos de las familias Collaboration and Deployment Services, Analytical Decision Management, Data Collection y Modeler.

El paquete IBM® SPSS trabaja de una manera muy sencilla: éste abre la matriz de datos y el investigador usuario selecciona las opciones más apropiadas para su análisis, tal como se hace en otros programas.

A continuación se describen de manera general algunas funciones principales del programa. Para profundizar y aprender su uso recomendamos revisar el manual de IBM SPSS®, que puede encontrar en el centro de recursos en línea (en el apartado de "Manuales auxiliares").

File (archivo): este botón tiene las siguientes funciones:

- Nuevo. Sirve para construir un archivo nuevo.
- Abrir. Se utiliza para abrir un archivo de datos previamente generado, de sintaxis, resultados o de proceso.
- Abrir base de datos. Tiene la función de generar, editar y ejecutar consultas en bases de datos previamente creadas.
- Leer datos de texto. Se usa para abrir archivos de texto.
- Cerrar. Como es común, sirve para cerrar el archivo en el que se está trabajando.
- Guardar. De igual forma, su función es guardar el archivo que se encuentra en uso.
- Guardar como. Se utiliza para guardar el archivo en el que se está trabajando con un nombre distinto al que ya tiene.
- Mostrar información del archivo de datos. Se trata de un archivo de trabajo o archivo externo.
- Caché de los datos. Es una copia temporal de los datos, la cual ayuda a mejorar el rendimiento cuando los archivos grandes de datos se leen desde una fuente externa. Si bien el archivo activo virtual puede ayudar a disminuir la cantidad de espacio en disco temporal, el no tener una copia temporal del archivo en activo provoca que la fuente de datos original se tenga que leer en cada procedimiento.
- Repositorio. Sirve para conectar, almacenar desde SPSS Statistics, publicar en la web, añadir un archivo, recuperar en SPSS Statistics o descargar un archivo.
- Presentación preliminar. Muestra en pantalla completa la tarea que se está llevando a cabo.
- Imprimir. Se utiliza para imprimir la tarea actual.
- Datos usados recientemente. Indica los datos que se ocuparon recientemente.
- Archivos usados recientemente. Muestra los últimos archivos utilizados.
- Salir. Cierra el programa IBM SPSS®.

Edit (edición): se emplea para modificar archivos, manipular la matriz (deshacer y rehacer acciones; cortar, copiar y pegar datos; pegar, borrar e insertar variables o casos), buscar y reemplazar datos e ir a casos o variables particulares entre otras acciones de edición.

View (ver): como su nombre lo dice es para visualizar la barra de estado, editor de menús, fuentes, cuadrícula, etiquetas de valor, marcar datos imputados, personalizar la vista de variables, etcétera.

Data (datos): en este menú se pueden definir las propiedades de las variables así como el nivel de medición, copiar propiedades de datos, establecer un nuevo atributo personalizado, definir fechas y conjuntos de respuestas múltiples, validación, identificación de casos duplicados y atípicos, ordenar casos y variables, trasponer, fundir archivos, reestructurar, agregar, diseño ortogonal, copiar conjunto de datos, segmentar archivos, seleccionar y ponderar casos.

Transform (transformar): con este botón se despliegan las opciones de calcular variable (crear variables compuestas por varios ítems o indicadores), contar valores dentro de los casos, valores de cambio, recodificar en las mismas o en distintas variables de manera personalizada o automática, agrupación visual, intervalos óptimos, preparar datos para modelado, asignar rangos a casos, asistente para fecha y hora, crear serie temporal, reemplazar valores perdidos y generar números aleatorios.

Analyze (analizar): por medio de esta opción se pueden solicitar análisis estadísticos que básicamente serían:

1. Informes (resúmenes de casos, información de columnas y renglones)
2. Estadísticos descriptivos (tablas de frecuencias, medidas de tendencia central y dispersión, razones, tablas de contingencia)

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

3. Tablas (personalización de las tablas)
4. Comparar medias (prueba *t* y análisis de varianza —ANOVA— unidireccional)
5. Modelo lineal general (independiente o factor y dependiente, con covariable)
6. Modelos lineales generalizados
7. Modelos mixtos
8. Correlaciones (bivariada —dos— y multivariadas —tres o más—) para cualquier nivel de medición de las variables
9. Regresión (lineal, curvilineal y múltiple)
10. Loglineal
11. Redes neuronales
12. Clasificación (conglomerados y análisis discriminante)
13. Reducción de dimensiones (análisis de factores)
14. Escala (fiabilidad y escalamiento multidimensional)
15. Pruebas no paramétricas
16. Predicciones
17. Supervivencia
18. Respuesta múltiple (escalas)
19. Análisis de valores perdidos
20. Imputación múltiple
21. Muestras complejas
22. Control de calidad
23. Curva COR

Direct marketing (marketing directo): mediante esta nueva función se pueden clasificar y agrupar los datos de, en el caso de las empresas, sus clientes para obtener una comprensión más profunda de éstos.

Graphs (gráficos): con esta función se solicitan gráficos (barras en formato unidimensional y 3D, líneas, áreas, de sectores o pastel, máximos y mínimos, diagramas de caja, barras de error, pirámide de población, dispersión, histograma, etcétera).

Utilities (utilidades o herramientas): se definen ambientes, conjuntos, información sobre variables, etcétera.

Window (ventana): sirve para moverse a través de archivos y hacia otros programas.

Help (ayuda): cuenta con contenidos de ayuda, cómo utilizar SPSS, comandos, guías, "asesor estadístico" y demás elementos aplicados al paquete (con índice).

Minitab®

Minitab es un paquete que goza de popularidad por su relativo bajo costo. Incluye un considerable número de pruebas estadísticas y cuenta con un tutorial para aprender a utilizarlo y practicar; además, es muy sencillo de manejar.

Minitab tiene un sitio web (http://www.minitab.com/) en el cual se puede descargar una versión de prueba gratuita por tiempo limitado.

Para comenzar a utilizar Minitab, se abre una sesión (la cual se define con nombre y fecha) y se abre una matriz u hoja de trabajo (en la parte superior de la pantalla aparece la sesión y en la parte inferior se presenta la matriz). Se definen las variables (*C* —columnas—): nombre, formato (numérico, texto, fecha/tiempo), ancho (en dígitos), su descripción y orden de los valores. Los renglones o filas son casos. Los análisis realizados aparecen en la sesión (parte o pantalla superior) y las gráficas se reproducen en recuadros.

Entre sus comandos están los siguientes:

Archivo: sirve para construir un nuevo archivo, localizar uno ya construido, guardar o abrir archivos, abrir una gráfica de Minitab, especificar impresora, imprimir, cerrar, entre otras funciones.

Editar: útil para modificar archivos, buscar datos, copiar, cortar y eliminar celdas, conectar Minitab con otras aplicaciones, etcétera.

Datos: Se utiliza para ajustar o combinar columnas, incluye dividir la matriz, copiar o eliminar columnas y renglones o filas, establecer rangos, recodificar, cambiar el tipo de datos, desplegar datos, mostrar los datos de la hoja de trabajo en la ventana de sesión, entre otros.

Calcular: calcula las estadísticas de columnas y filas, distribuciones de probabilidad, matrices, estandarizaciones, operaciones aritméticas, etcétera.

Estadísticas: de manera fundamental, ejecuta los siguientes tipos de estadísticas:

1. Básicas: descriptiva e inferencial como distribución normal, prueba *t*, prueba de hipótesis acerca de la media poblacional, correlación, covarianza y *Chi* cuadrada.
2. Regresión lineal y múltiple.
3. Análisis de varianza (ANOVA) unidireccional y factorial.
4. DOE (análisis para diseños experimentales, análisis de respuestas).
5. Gráficas de control: de atributos, multivariados, de tiempo, individuales y grupales.
6. Herramientas de calidad: diagramas de dispersión, Pareto, causa-efecto, entre otros.
7. Confiabilidad: análisis de distribución, planes de prueba, análisis de garantía, prueba acelerada de vida útil, etcétera.
8. Análisis multivariado: conglomerados, análisis de factores (validación), análisis discriminante, análisis de conglomerados, de correspondencia simple o múltiple.
9. Series de tiempos: autocorrelación, correlación parcial, correlación cruzada, entre otras.
10. Tablas: tabulación cruzada, C*hi* cuadrada.
11. Estadística no paramétrica.
12. EDA (análisis exploratorio de datos, diagramas de caja, fotograma, etcétera).
13. Poder y tamaño de muestra (1-muestra *z*, 1-muestra-*t*, 2-muestra-*t*, ANOVA y otras. Sirve para determinar si el tamaño de muestra es apropiado para varias pruebas estadísticas).

Gráfica: sirve para solicitar gráficos, histogramas, barras de pastel, diagramas de dispersión, Pareto, series de tiempos, etcétera.

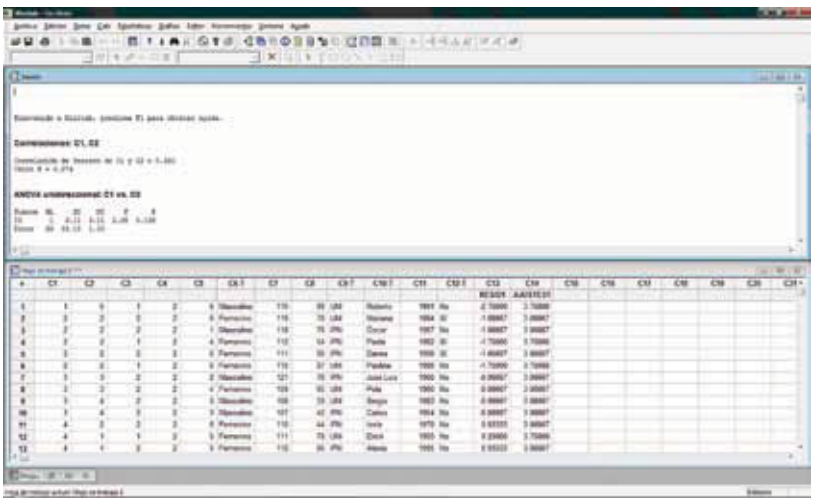
Editor: Se usa para mover, redefinir e insertar columnas, buscar o ir a un caso particular, entre otras acciones.

Herramientas: es útil para definir ambientes, conjuntos, información sobre variables, conexión a internet, consultas, etcétera.

Ventana: sirve para moverse a través de archivos y hacia otros programas, minimizar ventanas y demás funciones similares a otros programas.

Ayuda: cuenta con contenidos de ayuda, cómo utilizar Minitab, comandos, guías y demás elementos de Windows aplicados al paquete. En la figura 10.2 se muestra una vista de la pantalla de Minitab.

Figura 10.2 Pantalla de Minitab.



Otro programa de análisis sumamente difundido es el SAS (Sistema de Análisis Estadístico), que fue diseñado en la Universidad de Carolina del Norte. Es muy poderoso y su utilización se ha incrementado notablemente. Es un paquete muy completo para computadoras personales que contiene una variedad considerable de pruebas estadísticas (análisis de varianza, regresión, análisis de datos categóricos, análisis no paramétricos, etc.). Su página es: http://www.sas.com/technologies/analytics/statistics/stat/.

En el centro de recursos en línea se incluye un vínculo al sitio de Decision Analyst, donde se puede descargar una versión de prueba del software STATS®, el cual ha sido incluido desde la segunda edición de esta obra y contiene los análisis bivariados más elementales para comenzar a comprenderlos y practicarlos. Por otro lado, en internet se encuentran diversos programas gratuitos de análisis estadístico para cualquier ciencia o disciplina.

Centro de recursos en línea

Por lo general se elige el programa de análisis que está disponible en nuestra institución educativa, centro de investigación u organización de trabajo, o el que podamos comprar u obtener en internet. Todos los programas mencionados son excelentes opciones. Cualquiera nos sirve, solamente que debemos seleccionar uno. Recomendamos que en el centro de cómputo de su institución soliciten información respecto de los programas disponibles.

Paso 2: ejecutar el programa

La mayoría de los programas son fáciles de usar, pues lo único que hay que hacer es solicitar los análisis requeridos seleccionando las opciones apropiadas.

Paso 3: explorar los datos

En esta etapa, inmediata a la ejecución del programa, se inicia el análisis. Cabe señalar que si hemos llevado a cabo la investigación reflexionando paso a paso, la fase analítica es relativamente sencilla, porque: 1) formulamos las preguntas de investigación que pretendemos contestar, 2) visualizamos un alcance (exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo), 3) establecimos nuestras hipótesis (o estamos conscientes de que no las tenemos), 4) definimos las variables, 5) elaboramos un instrumento (conocemos qué ítems o indicadores miden qué variables y qué nivel de medición tiene cada variable: nominal, ordinal, de intervalos o razón) y 6) recolectamos los datos. Sabemos qué deseamos hacer, es decir, tenemos claridad.

La exploración típica se muestra en la figura 10.3 (que se hizo con base en el programa SPSS, pues, insistimos, puede variar de programa a programa en cuanto a comandos o instrucciones, pero no en lo referente a las funciones implementadas). Algunos conceptos pueden, por ahora, no significar nada para el lector que se inicia en los menesteres de la investigación, pero se irán explicando a lo largo del capítulo.

Veamos ahora los conceptos estadísticos que se aplican a la exploración de datos, pero antes es necesario realizar un par de apuntes, uno sobre las *variables del estudio* y las *variables de la matriz de datos*, y el otro sobre los factores de los que depende el análisis.

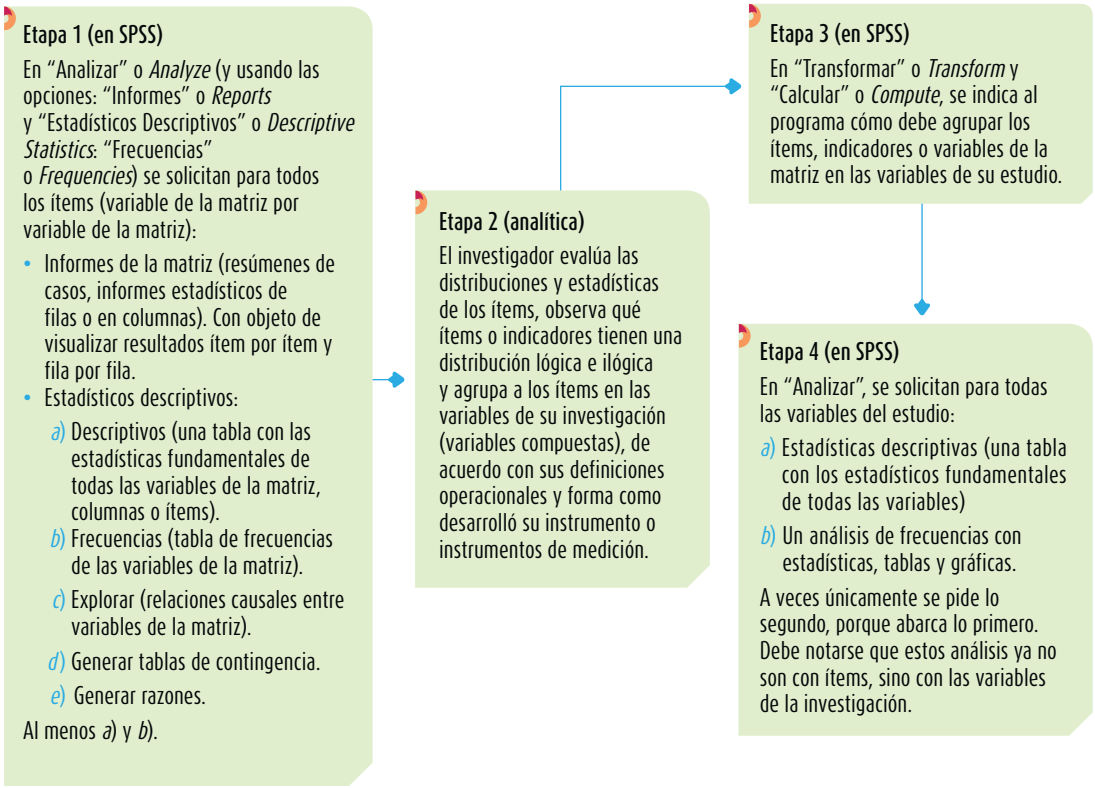
Apunte 1

Al final del capítulo anterior se introdujo el concepto de **variable de la matriz de datos**, que es distinto del concepto **variable de la investigación**. Las variables de la matriz de datos son columnas que constituyen indicadores o ítems. Las variables de la investigación son las propiedades medidas y que forman parte de las hipótesis o que se pretenden describir (género, edad, actitud hacia el presidente municipal, inteligencia, duración de un material, presión arterial, etc.). En ocasiones, las *variables de la investigación* requieren un único ítem, lectura o indicador para ser medidas (como en la tabla 10.2 con la variable "tipo de escuela a la que asiste"), pero en otras se necesitan varios ítems para tal finalidad. Cuando sólo se precisa de un ítem o indicador, las variables de la investigación

Variables de la matriz de datos Son columnas constituidas por ítems.

Variables de la investigación Son las propiedades medidas y que forman parte de las hipótesis o que se pretenden describir.

Figura 10.3 Secuencia más común para explorar datos en SPSS.



ocupan una columna de la matriz (una variable de la matriz). Pero si están compuestas de varios ítems, ocuparán tantas columnas como ítems (o variables en la matriz) las conformen. Esto se ejemplifica en la tabla 10.2 con los casos de las variables "presión arterial", "satisfacción respecto al superior" y "moral de los empleados".

Y cuando las *variables de la investigación* se integran de varios ítems o variables en la matriz, las columnas pueden ser continuas o no (estar ubicadas de manera seguida o en distintas partes de la matriz). En el cuarto ejemplo (variable "moral de los empleados"), las preguntas podrían ser las número 1, 2, 3, 4 y 5 del cuestionario; entonces, las primeras cinco columnas de la matriz representarán a estos ítems. Pero pueden ubicarse en distintos segmentos del cuestionario (por ejemplo, ser las preguntas 1, 5, 17, 22 y 38); entonces, las columnas que las representen se ubicarán de forma discontinua (serán las columnas o variables de la matriz 1, 5, 17, 22 y 38); porque regularmente la secuencia de las columnas corresponde a la secuencia de los ítems en el instrumento de medición.

Esta explicación se hace porque hemos visto estudiantes que confunden las variables de la matriz de datos con las variables del estudio. Son cuestiones vinculadas pero distintas.

Cuando una variable de la investigación está integrada por diversas variables de la matriz o ítems, suele llamarse *variable compuesta* y su puntuación total es el resultado de adicionar los valores de los reactivos que la conforman. Tal vez el caso más claro es la escala de Likert, en la que se suman las puntuaciones de cada ítem y se logra la calificación final. A veces la adición es una sumatoria, otras ocasiones es multiplicativa, un promedio o de otras formas, según se haya desarrollado el instrumento. Al ejecutar el programa y durante la fase exploratoria, se toman en cuenta todas las *variables de la investigación* e *ítems* y se considera a las *variables compuestas*, entonces se indica en el programa cómo están constituidas, mediante algunas instrucciones (en cada programa son distintas en cuanto al nombre, pero su función es similar). Por ejemplo, en SPSS se crean nuevas variables compuestas en la matriz de datos con el comando "Transformar" y luego con el comando "Calcular variable", de este modo, se construye la variable compuesta mediante una expresión numérica. Revisemos un ejemplo.

Tabla 10.2 Ejemplos de variables de investigación y formulación de ítems

Variable: tipo de escuela a la que asiste (con un ítem)	Variable: presión arterial (con dos indicadores)	Variable: satisfacción respecto al superior (con tres ítems)	Variable: moral del departamento donde se trabaja (con cinco ítems)
¿Asiste a una escuela pública o privada? [1] Escuela pública [2] Escuela privada	Lectura de la presión arterial sistólica:	1. ¿En qué medida está usted satisfecho con su superior inmediato? [1] Sumamente insatisfecho [2] Más bien insatisfecho [3] Ni insatisfecho ni satisfecho [4] Más bien satisfecho [5] Sumamente satisfecho	1. "En el departamento donde trabajo nos mantenemos unidos". [5] Totalmente de acuerdo [4] De acuerdo [3] Ni de acuerdo ni en desacuerdo [2] En desacuerdo [1] Totalmente en desacuerdo
	Lectura de la presión arterial diastólica:	2. ¿Qué tan satisfecho está usted con el trato que recibe de parte de su superior inmediato? [1] Sumamente insatisfecho [2] Más bien insatisfecho [3] Ni insatisfecho ni satisfecho [4] Más bien satisfecho [5] Sumamente satisfecho	2. "La mayoría de las veces en mi departamento compartimos la información más que guardarla para nosotros". [5] Totalmente de acuerdo [4] De acuerdo [3] Ni de acuerdo ni en desacuerdo [2] En desacuerdo [1] Totalmente en desacuerdo
		3. ¿Qué tan satisfecho está con la orientación que le proporciona su superior inmediato para que usted realice su trabajo? [1] Sumamente insatisfecho [2] Más bien insatisfecho [3] Ni insatisfecho ni satisfecho [4] Más bien satisfecho [5] Sumamente satisfecho	3. "En mi departamento nos mantenemos en contacto permanentemente". [5] Totalmente de acuerdo [4] De acuerdo [3] Ni de acuerdo ni en desacuerdo [2] En desacuerdo [1] Totalmente en desacuerdo
			4. "En mi departamento nos reunimos con frecuencia para hablar tanto de asuntos de trabajo como de cuestiones personales". [5] Totalmente de acuerdo [4] De acuerdo [3] Ni de acuerdo ni en desacuerdo [2] En desacuerdo [1] Totalmente en desacuerdo
			5. "En mi trabajo todos nos llevamos bien". [5] Totalmente de acuerdo [4] De acuerdo [3] Ni de acuerdo ni en desacuerdo [2] En desacuerdo [1] Totalmente en desacuerdo
Esta variable es medida por una sola pregunta y ocupa una columna o variable de la matriz.	Esta variable es medida por dos indicadores o lecturas y ocupa dos columnas o variables de la matriz.	Esta variable es medida por tres preguntas y ocupa tres columnas o variables de la matriz.	Esta variable es medida por cinco preguntas y ocupa cinco columnas o variables de la matriz.

En el caso de la variable "moral en el departamento donde se trabaja", podríamos asignar las siguientes columnas (en el supuesto de que fueran continuas) a los cinco ítems, tal como se muestra en la tabla 10.3.

Y tener la siguiente matriz (ejemplo):

Ejemplo

Tabla 10.3 Ejemplo con la variable moral

Variable de la investigación: moral	Variable de la matriz que corresponde a la variable de la investigación	Ubicación en la matriz
1. "En el departamento donde trabajo nos mantenemos unidos" 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo	Frase 1 (fr1)	Columna 1
2. "La mayoría de las veces en mi departamento compartimos la información más que guardarla para nosotros" 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo	Frase 2 (fr2)	Columna 2
3. "En mi departamento nos mantenemos en contacto permanentemente" 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo	Frase 3 (fr3)	Columna 3
4. "En mi departamento nos reunimos con frecuencia para hablar tanto de asuntos de trabajo como de cuestiones personales" 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo	Frase 4 (fr4)	Columna 4
5. "En mi trabajo todos nos llevamos muy bien" 5 Totalmente de acuerdo 4 De acuerdo 3 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 2 En desacuerdo 1 Totalmente en desacuerdo	Frase 5 (fr5)	Columna 5

Casos	fr1	fr2	fr3	fr4	fr5
1	1	2	2	4	3
2	2	2	2	2	2
K	2	3	2	2	3

En las opciones "Transformar" y "Calcular" o "Computar" el programa nos pide que indiquemos el nombre de la nueva variable (en este caso la compuesta por cinco frases): *moral*. Y nos solicita que desarrollemos la expresión numérica que corresponda a esta variable compuesta: *fr1+fr2+fr3+fr4+fr5* (automáticamente el programa realiza la operación y agrega la nueva variable compuesta "moral" a la matriz de datos y realiza los cálculos, y ahora sí, la *variable del estudio* es una variable más de la matriz de datos). La matriz se modificaría de la siguiente manera:

Ejemplo

Casos	fr1	fr2	fr3	fr4	fr5	Moral
1	1	2	2	4	3	12
2	2	2	2	2	2	10
K	2	3	2	2	3	12

Desde luego, para mantener esta variable debemos demostrar que fue medida de forma confiable y válida, así como evaluar si todos los ítems aportan favorablemente a ambos elementos o algunos no. Y en lugar de una suma, la variable *moral* podría ser un promedio de las cinco frases o variables de la matriz (como ya se mencionó en el tema de la escala de Likert). Entonces, la expresión en "Calcular" es: (*fr1+fr2+fr3+fr4+fr5*)/*5*, y los valores en "moral" serían:

Ejemplo

Casos	fr1	fr2	fr3	fr4	fr5	Moral
1	1	2	2	4	3	2.4
2	2	2	2	2	2	2.0
K	2	3	2	2	3	2.4

Por último, las variables de la investigación son las que nos interesan, ya sea que estén compuestas por uno, dos, diez, 50 o más ítems. El primer análisis es sobre los ítems, únicamente para explorar; el análisis descriptivo final es sobre las *variables del estudio*.

Apunte 2

Los análisis de los datos dependen de tres factores:[2]

- ***a)*** El *nivel de medición* de las variables.
- ***b)*** La manera como se hayan formulado las *hipótesis*.
- ***c)*** El *interés analítico del investigador* (que depende del planteamiento del problema).

[2] Babbie (2014), O'Leary (2014), Hollander, Wolfe y Chicken (2013); Jarman (2013), Kon y Rai (2013), Hernández-Sampieri *et al.* (2013), Collier, LaPorte y Seawright (2012); Martin y Bridgmon (2012), Garson (2012), Howell (2011), Mertens (2010), Gershkoff (2008), Scott y Albaum (2006), Reynolds (1984) y Hildebbrand, Laing y Rosenthal (1977).

Por ejemplo, los análisis que se aplican a una variable nominal son distintos a los de una variable por intervalos. Se sugiere repasar los niveles de medición vistos en el capítulo anterior.

El investigador busca, en primer término, describir sus datos y posteriormente efectuar análisis estadísticos para relacionar sus variables. Es decir, realiza análisis de estadística descriptiva para cada una de las variables de la matriz (ítems o indicadores) y luego para cada una de las variables del estudio, finalmente aplica cálculos estadísticos para probar sus hipótesis. Los tipos o métodos de análisis cuantitativo o estadístico son variados y se comentarán a continuación; pero cabe señalar que el análisis no es indiscriminado, sino que cada método tiene su razón de ser y un propósito específico; por ello, no deben hacerse más análisis de los necesarios. La estadística no es un fin en sí misma, sino una herramienta para evaluar los datos.

Estadística descriptiva para cada variable

2 La primera tarea es describir los datos, los valores o las puntuaciones obtenidas para cada variable. Por ejemplo, si aplicamos a 2 112 niños el cuestionario sobre los usos y las gratificaciones que la televisión tiene para ellos, ¿cómo pueden describirse estos datos? Esto se logra al describir la distribución de las puntuaciones o frecuencias de cada variable.

¿Qué es una distribución de frecuencias?

Distribución de frecuencias Conjunto de puntuaciones de una variable ordenadas en sus respectivas categorías.

Una **distribución de frecuencias** es un conjunto de puntuaciones respecto de una variable ordenadas en sus respectivas categorías y generalmente se presenta como una tabla (O'Leary, 2014 y Nicol, 2006).

La tabla 10.4 muestra un ejemplo de una distribución de frecuencias.

Ejemplo

En un estudio entre 200 personas latinas que viven en el estado de California, Estados Unidos,[3] se les preguntó: ¿cómo prefiere que se refieran a usted en cuanto a su origen étnico? Las respuestas fueron:

Tabla 10.4 Ejemplo de una distribución de frecuencias

Variable: preferencias al referir el origen étnico (nombrada en SPSS: prefoe)		
Categorías	**Códigos (valores)**	**Frecuencias**
Hispano	1	52
Latino	2	88
Latinoamericano	3	6
Americano	4	22
Otros	5	20
No respondieron	6	12
Total		200

A veces, las *categorías* de las distribuciones de frecuencias son tantas que es necesario resumirlas. Por ejemplo, examinemos detenidamente la distribución de la tabla 10.5. Esta distribución podría compendiarse como en la tabla 10.6.

[3] Encuesta con 7% de margen de error (University of Southern California y Bendixen and Associates, 2002).

Tabla 10.5 Ejemplo de una distribución que necesita resumirse

Variable: calificación en la prueba de motivación			
Categorías	Frecuencias	Categorías	Frecuencias
48	1	74	1
55	2	75	4
56	3	76	3
57	5	78	2
58	7	80	4
60	1	82	2
61	1	83	1
62	2	84	1
63	3	86	5
64	2	87	2
65	1	89	1
66	1	90	3
68	1	92	1
69	1	**Total**	63
73	2		

Tabla 10.6 Ejemplo de una distribución resumida

Variable: calificación en la prueba de motivación	
Categorías	Frecuencias
55 o menos	3
56-60	16
61-65	9
66-70	3
71-75	7
76-80	9
81-85	4
86-90	11
91-96	1
Total	63

¿Qué otros elementos contiene una distribución de frecuencias?

Las distribuciones de frecuencias pueden completarse agregando los porcentajes de casos en cada categoría, los porcentajes válidos (excluyendo los valores perdidos) y los porcentajes acumulados (porcentaje de lo que se va acumulando en cada categoría, desde la más baja hasta la más alta).

La tabla 10.7 muestra un ejemplo con las frecuencias y porcentajes en sí, los porcentajes válidos y los acumulados. El *porcentaje acumulado* constituye lo que aumenta en cada categoría de manera porcentual y progresiva (en orden de aparición de las categorías), tomando en cuenta los *porcentajes válidos*. En la categoría "sí se ha obtenido la cooperación", se ha acumulado 74.6%. En la categoría "no se ha obtenido la cooperación", se acumula 78.7% (74.6% de la categoría anterior y 4.1% de la categoría en cuestión). En la última categoría siempre se acumula el total (100%).[4]

Tabla 10.7 Ejemplo de una distribución de frecuencias con todos sus elementos

Variable: cooperación del personal con el proyecto de calidad de la empresa				
Categorías	Códigos	Frecuencias	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sí se ha obtenido la cooperación	1	91	74.6	74.6
No se ha obtenido la cooperación	2	5	4.1	78.7
No respondieron	3	26	21.3	100.0
Total		**122**	**100.0**	

Las columnas *porcentaje* y *porcentaje válido* son iguales (mismas cifras o valores) cuando *no* hay valores perdidos; pero si tenemos valores perdidos, la columna *porcentaje válido* presenta los cálculos sobre el total menos tales valores. En la tabla 10.8 se muestra un ejemplo con valores perdidos en el caso de un estudio exploratorio sobre los motivos de los niños celayenses para elegir su personaje televisivo favorito (García y Hernández-Sampieri, 2005).

[4] En variables nominales el porcentaje acumulado es relativo porque no hay orden o jerarquía entre categorías, pero se buscó un ejemplo simple para entender más fácilmente el concepto.

Al elaborar el informe de resultados, una distribución se presenta con los elementos más informativos para el lector y la descripción de los resultados o un comentario, tal como se muestra en la tabla 10.9.

Tabla 10.8 Ejemplo de tabla con valores perdidos (en SPSS)[5]

Motivos de la preferencia de su personaje favorito					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Divertidos	142	72.1	73.2	73.2
	Buenos	10	5.1	5.2	78.4
	Tienen poderes	23	11.7	11.9	90.2
	Son fuertes	19	9.6	9.8	100.0
	Total	194	98.5	100.0	
Perdidos	No contestaron	3	1.5		
Total		**197**	**100.0**		

Tabla 10.9 Ejemplo de una distribución de frecuencias para presentar a un usuario

¿Se ha obtenido la cooperación del personal para el proyecto de calidad?		
Obtención	**Núm. de organizaciones**	**Porcentajes**
Sí	91	74.6
No	5	4.1
No respondieron	26	21.3
Total	122	100.0
COMENTARIO: Prácticamente tres cuartas partes de las organizaciones sí han obtenido la cooperación del personal. Llama la atención que poco más de una quinta parte no quiso comprometerse con su respuesta. Las empresas que no han logrado la cooperación del personal mencionaron como factores el absentismo, rechazo al cambio y conformismo.		

En los programas de análisis se solicita la distribución de frecuencias de cada variable de la investigación (por ejemplo, en SPSS: Analizar → Estadísticos descriptivos → Frecuencias).[6]

¿De qué otra manera pueden presentarse las distribuciones de frecuencias?

3 Las distribuciones de frecuencias, especialmente cuando utilizamos los porcentajes, pueden presentarse en forma de histogramas o gráficas de otro tipo (por ejemplo: de pastel). Algunos ejemplos se muestran en la figura 10.4.

SPSS, Minitab y SAS producen tales gráficas, o bien, los datos pueden exportarse a otros programas o paquetes que las generan (de cualquier tipo, a colores, utilizando efectos de movimiento y en tercera dimensión, como por ejemplo: Power Point).

Centro de recursos en línea

Para obtener las gráficas en SPSS no olvide consultar el centro de recursos en línea de esta obra el *manual* "Introducción al IBM SPSS®".

Polígonos de frecuencias Relacionan las puntuaciones con sus respectivas frecuencias por medio de gráficas útiles para describir los datos.

Las distribuciones de frecuencias también se pueden graficar como polígonos de frecuencias

Los **polígonos de frecuencias** relacionan las puntuaciones con sus respectivas frecuencias. Es más bien propio de un nivel de medición por intervalos o razón. Los

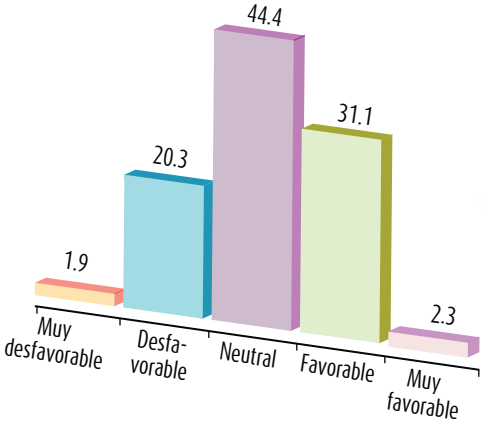
[5] En todos los casos, cifras redondeadas por el programa.

[6] Esta secuencia en SPSS para obtener los análisis de frecuencias requeridos, al igual que el resto de análisis (valores, tablas y gráficas), se incluyen en el manual "Introducción al IBM SPSS®", que puede descargarse del centro de recursos en línea.

Figura 10.4 Ejemplos de gráficas para presentar distribuciones.

Histogramas

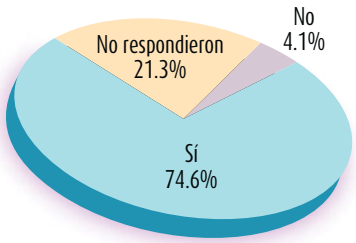
Opinión acerca del actual alcalde del municipio de San Martín Aurelio



Solamente la tercera parte de los ciudadanos expresa una opinión positiva respecto al alcalde (favorable o muy favorable).

Gráficas circulares

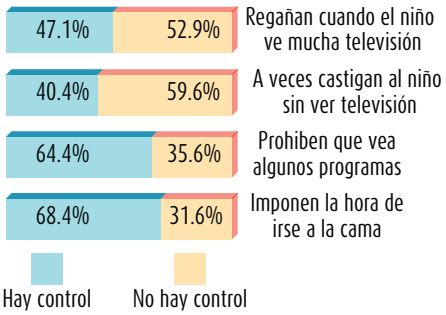
Cooperación de todo el personal (o la mayoría) para el proyecto de calidad (122 = 100%)



Prácticamente tres cuartas partes han obtenido la cooperación de todo el personal para el proyecto de la empresa. Pero llama la atención que poco más de una quinta parte no quiso comprometerse con su respuesta. Los cinco motivos de no cooperación con dicho proyecto fueron: absentismo, falta de interés, rechazo al cambio, falta de concientización y conformismo.

Otros tipos de gráficas

Control paterno sobre el uso que los niños hacen de la televisión.



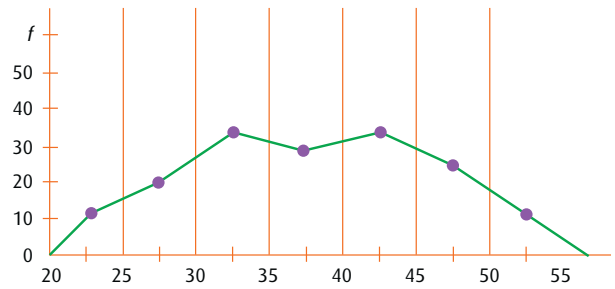
polígonos se construyen sobre los puntos medios de los intervalos. Por ejemplo, si los intervalos fueran 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, y siguientes; los puntos medios serían 22, 27, 32, 37, etc. SPSS o Minitab realizan esta labor en forma automática. Un ejemplo de un polígono de frecuencias se muestra en la figura 10.5.

El polígono de frecuencias obedece a la siguiente distribución:

Categorías/intervalos	Frecuencias absolutas
20-24.9	10
25-29.9	20
30-34.9	35
35-39.9	33
40-44.9	36
45-49.9	27
50-54.9	8
TOTAL	169

Figura 10.5 Ejemplo de un polígono de frecuencias.

Variable: satisfacción en el trabajo



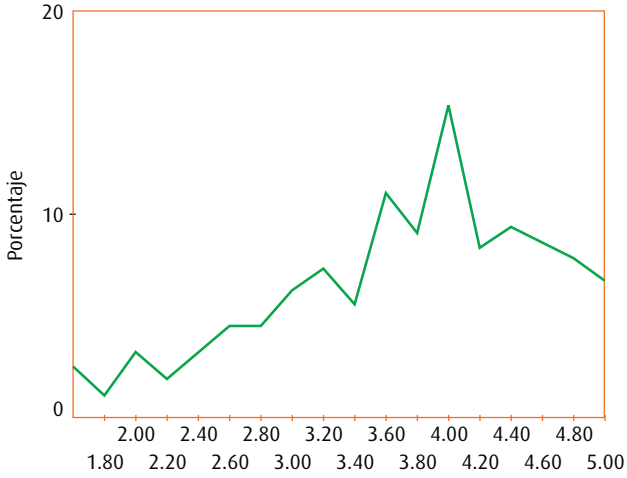
Los polígonos de frecuencias representan curvas útiles para describir los datos. Nos indican hacia dónde se concentran los casos (personas, organizaciones, segmentos de contenido, mediciones de polución, datos de presión arterial, etc.) en la escala de la variable; más adelante se hablará de ello.

En resumen, para cada una de las variables de la investigación se obtiene su distribución de frecuencias y se grafica (histograma, gráfica de barras, gráfica circular o polígono de frecuencias) (Huck, 2006).

En la figura 10.6 se muestra otro ejemplo.

Figura 10.6 Ejemplo de un polígono de frecuencias con la variable innovación.

Variable: innovación
Con respecto a la innovación en la empresa, que es la percepción del apoyo a las iniciativas tendientes a introducir mejoras en la manera como se realiza el trabajo, a nivel organizacional y departamental, la mayoría de los individuos tienden a estar en altos niveles de la escala.



El polígono puede presentarse con frecuencias como en la figura 10.5 o con porcentajes como con este segundo ejemplo. Pero además de la distribución o polígono de frecuencias, deben calcularse las *medidas de tendencia central* y de *variabilidad o dispersión.*

¿Cuáles son las medidas de tendencia central?

Medidas de tendencia central Valores medios o centrales de una distribución que sirven para ubicarla dentro de la escala de medición de la variable.

Las **medidas de tendencia central** son puntos en una distribución obtenida, los valores medios o centrales de ésta, y nos ayudan a ubicarla dentro de la escala de medición de la variable analizada. Las principales medidas de tendencia central son tres: *moda, mediana* y *media*. El nivel de medición de la variable determina cuál es la medida de tendencia central apropiada para interpretar (Graham, 2013, Kwok, 2008a y Platt, 2003a).

Moda Categoría o puntuación que se presenta con mayor frecuencia.

La **moda** es la categoría o puntuación que ocurre con mayor frecuencia. En la tabla 10.7, la moda es "1" (sí se ha obtenido la cooperación). Se utiliza con cualquier nivel de medición.

La mediana es el valor que divide la distribución por la mitad. Esto es, la mitad de los casos caen por debajo de la mediana y la otra mitad se ubica por encima de ésta. La mediana refleja la posición intermedia de la distribución (Hempel, 2006). Por ejemplo, si los datos obtenidos fueran:

24 31 35 35 38 43 45 50 57

La mediana es 38, porque deja cuatro casos por encima (43, 45, 50 y 57) y cuatro casos por debajo (35, 35, 31 y 24). Parte a la distribución en dos mitades. En general, para descubrir la puntuación que constituye la mediana de una distribución, simplemente se aplica la fórmula:

$$\frac{N+1}{2}$$

Si tenemos nueve casos, $\frac{9+1}{2}$ entonces buscamos el quinto valor y éste es la mediana. Note que la mediana es el valor observado que se localiza a la mitad de la distribución, no el valor de cinco. La fórmula no nos proporciona directamente el valor de la mediana, sino el número de caso en donde está la mediana.

La mediana es una medida de tendencia central propia de los niveles de medición ordinal, por intervalos y de razón. No tiene sentido con variables nominales, porque en este nivel no hay jerarquías ni noción de encima o debajo. Asimismo, la mediana es particularmente útil cuando hay valores extremos en la distribución. No es sensible a éstos. Si tuviéramos los siguientes datos:

24 31 35 35 38 43 45 50 248

la mediana seguiría siendo 38.

Para la interpretación de la media y la mediana, se incluye un comentario al respecto en el siguiente ejemplo.[7]

Ejemplo

¿Qué edad tiene? Si teme contestar no se preocupe, los perfiles de edad difieren de un país a otro.[8]

A mediados de 2013, la población mundial superó los 7 100 millones de habitantes y se espera que en 2015 seamos más de 7 300 millones de humanos y en 2050 pasemos de 9 000 millones (United States Census Bureau, 2013, Alberich, 2013 y Organización de las Naciones Unidas, 2011).

En 2012, la mediana de edad mundial fue de 29 años, lo que significa que la mitad de los habitantes del globo terrestre sobrepasa esta edad y el otro medio es más joven. Cabe señalar que la mediana varía de un lugar a otro. Por ejemplo, en 2012 por bloque de países fue de 28.1 años en Asia, 39.9 en Europa, 26.9 en Oceanía, 27.8 en Sudamérica, 30.2 en América Central y El Caribe (incluyendo México), 20.1 en África y 38.4 en Norteamérica (Canadá y Estados Unidos). Actualmente, países con población muy joven son Uganda y Níger, con una edad mediana de prácticamente 15 años, y entre los más viejos podemos incluir a Japón (44.8), Alemania (45.3) y Mónaco (49.9). En América Latina tenemos algunos ejemplos como: Perú (26.5), México (27.4), Colombia (28.3), Chile (32.8), República Dominicana (26.5), Brasil (29.6), Costa Rica (29.2), Panamá (27.8), Ecuador (26), Paraguay (25.9), Uruguay (33.8), Honduras (21.3), El Salvador (24.7), Argentina (30.7) y Bolivia (22.8).

La mediana de edad ha ido en constante ascenso durante el siglo pasado y el actual. Se estima que para 2050 la edad mediana mundial habrá aumentado a más de 36 años. Buena noticia para el actual ciudadano global medio, porque parece ser que se encuentra en la situación de "envejecer más lentamente".

Media Promedio aritmético de una distribución. Es la medida de tendencia central más utilizada.

La **media** es tal vez la medida de tendencia central más utilizada (Graham, 2013, Kwok, 2008b y Leech, Onwuegbuzie y Daniel, 2006) y puede definirse como el promedio aritmético de una distribución. Se simboliza como $\overline{X}$, y es la suma de todos los valores dividida entre el número de casos. Es una medida solamente aplicable a mediciones por intervalos o de razón. Carece de sentido para variables medidas en un nivel nominal u ordinal. Resulta sensible a valores extremos. Si tuviéramos las siguientes puntuaciones:

8 7 6 4 3 2 6 9 8

El promedio sería igual a 5.88. Pero bastaría una puntuación extrema para alterarlo de manera notoria:

8 7 6 4 3 2 6 9 **20** (promedio igual a 7.22).

La mediana puede ser una medida de interpretación más útil que la media si la distribución está más cargada hacia puntuaciones extremas (Kwok, 2008a y Hempel, 2006).

El cálculo de la media lo podrá encontrar el lector en el centro de recursos en línea de la obra: Material complementario → Documentos → Documento 2, "Fórmulas y procedimientos estadísticos".

Centro de recursos en línea

¿Cuáles son las medidas de la variabilidad?

Medidas de la variabilidad Intervalos que indican la dispersión de los datos en la escala de medición de la variable.

Las **medidas de la variabilidad** indican la dispersión de los datos en la escala de medición de la variable considerada y responden a la pregunta: ¿dónde están diseminadas las puntuaciones o los valores obtenidos? Las medidas de tendencia central son valores en una distribución y las medidas de la variabilidad son intervalos que designan distancias o un número de unidades en la escala de medición (Kon y Rai, 2013 y O'Brien, 2007). Las medidas de la variabilidad más utilizadas son *rango*, *desviación estándar* y *varianza*.

[7] Basado en una idea de Leguizamo (1987).

[8] Datos obtenidos de Getamap (2013), Kaiser Family Foundation (2013) y Worldstat (2013). Son estimaciones con un margen de error de 1% y se basan en información de 2010-2011 y proyecciones a 2012.

Rango Extensión total de los datos en la escala.

El **rango**, también llamado *recorrido*, es la diferencia entre la puntuación mayor y la puntuación menor, e indica el número de unidades en la escala de medición que se necesitan para incluir los valores máximo y mínimo. Se calcula así: $X_M - X_m$ (puntuación mayor menos puntuación menor). Si tenemos los siguientes valores:

17 18 20 20 24 28 28 30 33

El rango será: 33 – 17 = 16.

Cuanto *más grande* sea el *rango*, *mayor* será la *dispersión de los datos* de una distribución.

Desviación estándar Promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media que se expresa en las unidades originales de medición de la distribución.

La **desviación estándar** o característica es el promedio de desviación de las puntuaciones con respecto a la media (Jarman, 2013 y Levin, 2003). Esta medida se expresa en las unidades originales de medición de la distribución. Se interpreta en relación con la media. Cuanto mayor sea la dispersión de los datos alrededor de la media, mayor será la desviación estándar. Se simboliza como: *s* o la sigma minúscula σ, o bien mediante la abreviatura DE. Su cálculo lo podrá encontrar el lector en el centro de recursos, en: Material complementario → Documentos → Documento 2, "Fórmulas y procedimientos estadísticos".

Centro de recursos en línea

La desviación estándar se interpreta como *cuánto se desvía, en promedio, de la media un conjunto de puntuaciones*.

Supongamos que un investigador obtuvo para su muestra una media (promedio) de ingreso familiar anual de 6 000 unidades monetarias y una desviación estándar de 1 000. La interpretación es que los ingresos familiares de la muestra se desvían, en promedio, mil unidades monetarias respecto a la media.

La desviación estándar sólo se utiliza en variables medidas por intervalos o de razón.

La varianza

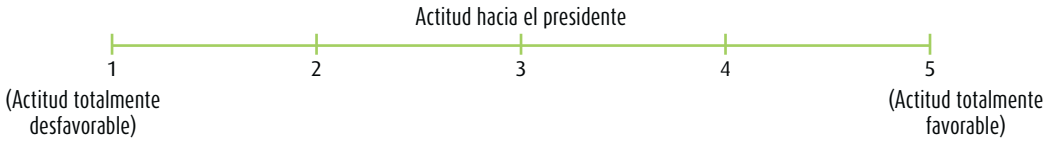
Varianza Desviación estándar elevada al cuadrado.

La **varianza** es la desviación estándar elevada al cuadrado y se simboliza como s^2. Es un concepto estadístico muy importante, ya que la mayoría de las pruebas cuantitativas se fundamentan en él. Diversos métodos estadísticos parten de la descomposición de la varianza (Zhang, 2013; Beins y McCarthy, 2009; Wilcox, 2008; y Jackson, 2008). Sin embargo, con fines descriptivos se utiliza preferentemente la desviación estándar.

¿Cómo se interpretan las medidas de tendencia central y de la variabilidad?

Cabe destacar que al describir nuestros datos, respecto a cada *variable del estudio*, interpretamos las medidas de tendencia central y de la variabilidad en conjunto, no aisladamente. Consideramos todos los valores. Para interpretarlos, lo primero que hacemos es tomar en cuenta el rango potencial de la escala. Supongamos que aplicamos una escala de actitudes del tipo Likert para medir la "actitud hacia el presidente" de una nación (digamos que la escala tuviera 18 ítems y se promediaran sus valores). El rango potencial es de uno a cinco (véase la figura 10.7).

Figura 10.7 Ejemplo de escala con rango potencial.



Si obtuviéramos los siguientes resultados:

Variable: actitud hacia el presidente
Moda: 4.0

Mediana: 3.9
Media ($\overline{X}$): 4.2
Desviación estándar: 0.7
Puntuación más alta observada (máximo): 5.0
Puntuación más baja observada (mínimo): 2.0
Rango: 3

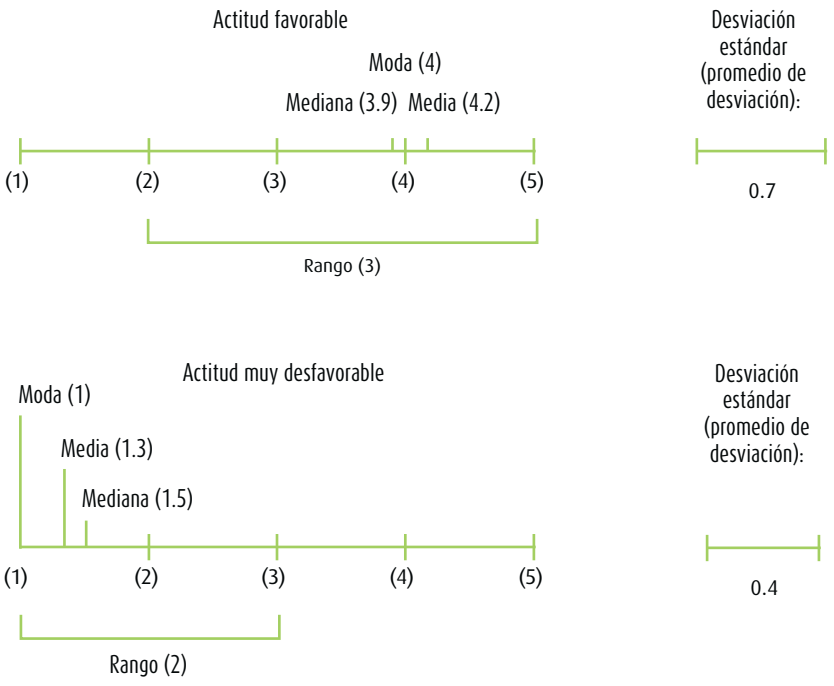
podríamos hacer la siguiente interpretación descriptiva: la actitud hacia el presidente es favorable. La categoría que más se repitió fue 4 (favorable). Cincuenta por ciento de los individuos está por encima del valor 3.9 y el restante 50% se sitúa por debajo de este valor (mediana). En promedio, los participantes se ubican en 4.2 (favorable). Asimismo, se desvían de 4.2, en promedio, 0.7 unidades de la escala. Ninguna persona calificó al presidente de manera muy desfavorable (no hay "1"). Las puntuaciones tienden a ubicarse en valores medios o elevados.

En cambio, si los resultados fueran:

Variable: actitud hacia el presidente
Moda: 1
Mediana: 1.5
Media ($\overline{X}$): 1.3
Desviación estándar: 0.4
Máximo: 3.0
Mínimo: 1.0
Rango: 2.0

La interpretación es que la actitud hacia el presidente es muy desfavorable. En la figura 10.8 vemos gráficamente la comparación de resultados. La variabilidad también es menor en el caso de la actitud muy desfavorable (los datos se encuentran menos dispersos).

Figura 10.8 Ejemplo de interpretación gráfica de las estadísticas descriptivas.



Otro ejemplo de interpretación de los resultados de una medición respecto a una variable es el que ahora se presenta.

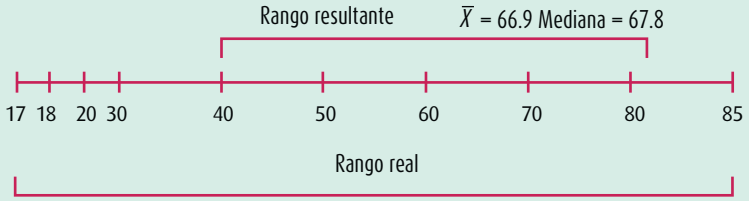
Ejemplo

Hernández-Sampieri y Cortés (1982) aplicaron una prueba de motivación intrínseca sobre la ejecución de una tarea a 60 participantes de un experimento. La escala contenía 17 ítems (con cinco opciones cada uno, uno a cinco) y los resultados fueron los siguientes:[9]

n: 60	Rango: 41	Mínimo: 40	Máximo: 81
Media: 66.9	Mediana: 67.8	Moda: 61	DE: 9.1
Varianza: 83	Curtosis: 0.6	Asimetría: −0.8	EE: 1.18
Sumatoria: 4 013			

¿Qué podríamos decir sobre la motivación intrínseca de los participantes?

El nivel de motivación intrínseca exhibido por los participantes tiende a ser elevado, como lo indican los resultados. El rango real de la escala iba de 17 a 85. El rango resultante para esta investigación varió de 40 a 81. Por tanto, es evidente que los individuos se inclinaron hacia valores elevados en la medida de motivación intrínseca. Además, la media de los participantes es de 66.9 y la mediana de 67.8, lo cual confirma la tendencia de la muestra hacia valores altos de la escala. A pesar de que la dispersión de las puntuaciones de los sujetos es considerable (la desviación estándar es igual a 9.1 y el rango es de 41), esta dispersión se manifiesta en el área más elevada de la escala. Veámoslo gráficamente.



Escala de motivación intrínseca (datos ordinales, supuestos como datos en nivel de intervalo).

En resumen, la tarea resultó intrínsecamente motivante para la mayoría de los participantes; sólo que para algunos resultó muy motivante, para otros, relativamente motivante, y para los demás, medianamente motivante. Esto es, que la tendencia general es hacia valores superiores.

Ahora bien, ¿qué significa un alto nivel de motivación intrínseca exhibido con respecto a una tarea? Implica que la tarea fue percibida como atractiva, interesante, divertida y categorizada como una experiencia agradable. Asimismo, involucra que los individuos, al ejecutarla, derivaron de ella sentimientos de satisfacción, goce y realización personal. Por lo general, quien se encuentra intrínsecamente motivado hacia una labor, disfrutará la ejecución de ésta, ya que obtendrá de la labor *per se* recompensas internas, como sentimientos de logro y autorrealización. Además de ser absorbido por el desarrollo de la tarea y, al tener un buen desempeño, la opinión de sí mismo mejorará o se verá reforzada.

¿Hay alguna otra estadística descriptiva?

Sí, *la asimetría y la curtosis.* Los *polígonos de frecuencia* son *curvas*, por ello se representan como tales (figura 10.9), para que puedan analizarse en términos de probabilidad y visualizar su grado de dispersión. Estos dos elementos resultan esenciales para analizar estas curvas o polígonos de frecuencias.

Asimetría y **curtosis** Estadísticas que se usan para conocer cuánto se parece una distribución a la distribución teórica llamada *curva normal* o campana de Gauss y dónde se concentran las puntuaciones.

La **asimetría** es una estadística necesaria para conocer cuánto se parece nuestra distribución a una distribución teórica llamada *curva normal* (la cual se representa también en la figura 10.9) y constituye un indicador del lado de la curva donde se agrupan las frecuencias. Si es cero (asimetría = 0), la curva o distribución es simétrica. Cuando es positiva, quiere decir que hay más valores agrupados hacia la izquierda de la curva (por debajo de la media). Cuando es negativa, significa que los valores tienden a agruparse hacia la derecha de la curva (por encima de la media) (Hume, 2011; Taylor, 2007a; Salkind, 2006; y Burkhart, 2003).

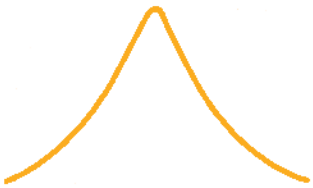
La **curtosis** es un indicador de lo plana o "picuda" que es una curva. Cuando es cero (curtosis = 0), significa que puede tratarse de una *curva normal*. Si es positiva, quiere decir que la curva, la distri-

[9] EE significa "error estándar".

bución o el polígono es más "picudo" o elevado. Si la curtosis es negativa, indica que es más plana la curva (Hume, 2011, Taylor, 2007b, Field, 2006 y Cameron, 2003).

La asimetría y la curtosis requieren al menos un nivel de medición por intervalos. En la figura 10.9 se muestran ejemplos de curvas con su interpretación.

Figura 10.9 Ejemplos de curvas o distribuciones y su interpretación.



Distribución simétrica (asimetría = 0), con curtosis positiva, y una desviación estándar y varianza medias.

Distribución con asimetría negativa, curtosis positiva, y desviación estándar y varianza mayores.

Distribución con asimetría positiva, curtosis negativa, y desviación estándar y varianza considerables.

Distribución con asimetría negativa, curtosis positiva, y desviación estándar y varianza menores.

Distribución simétrica, curtosis positiva, y una desviación estándar y varianza bajas.

Curva normal, curtosis = 0, asimetría = 0, y desviación estándar y varianza promedios.

¿Cómo se traducen las estadísticas descriptivas al inglés?

Algunos programas y paquetes estadísticos computacionales pueden realizar el cálculo de las estadísticas descriptivas, cuyos resultados aparecen junto al nombre respectivo de éstas, muchas veces en inglés.

A continuación se indican las diferentes estadísticas y su equivalente en inglés.

Estadística	Equivalente en inglés
• Moda	• *Mode*
• Mediana	• *Median*
• Media	• *Mean*
• Desviación estándar	• *Standard deviation*
• Varianza	• *Variance*
• Máximo	• *Maximum*
• Mínimo	• *Minimum*
• Rango	• *Range*
• Asimetría	• *Skewness*
• Curtosis	• *Kurtosis*

Nota final

Debe recordarse que en una investigación se obtiene una distribución de frecuencias y se calculan las estadísticas descriptivas para cada *variable*, las que se necesiten de acuerdo con los propósitos de la investigación y los niveles de medición.

Ejemplo

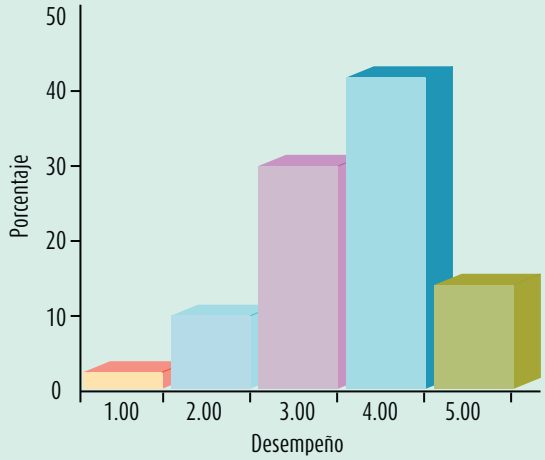
Hernández-Sampieri (2005), en su investigación sobre el clima organizacional, obtuvo las siguientes estadísticas fundamentales de sus variables en una de las muestras:

Variable	*n*	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Moral	390	1.00	5.00	3.3818	0.91905
Dirección	393	1.00	5.00	2.7904	1.08775
Innovación	396	1.00	5.00	3.4621	0.91185
Identificación	383	1.00	5.00	3.6584	0.91283
Comunicación	397	1.00	5.00	3.2519	0.87446
Desempeño	403	1.00	5.00	3.6402	0.86793
Motivación intrínseca	401	2.00	5.00	3.9111	0.73900
Autonomía	395	1.00	5.00	3.2025	0.85466
Satisfacción	399	1.00	5.00	3.7249	0.90591
Liderazgo	392	1.00	5.00	3.4532	1.10019
Visión	391	1.00	5.00	3.7341	0.89206
Recompensas	381	1.00	5.00	2.4528	1.14364

Notas: Todas las variables son compuestas (integradas de varios ítems). La columna *n* representa el número de casos válidos para cada variable. El *n* total de la muestra es de 420, pero como podemos ver en la tabla, el número de casos es distinto en las diferentes variables, porque SPSS elimina de toda la variable los casos que no hayan respondido a un ítem o más reactivos. La variable con mayor promedio es la *motivación intrínseca* y la más baja es *recompensas*.

Posteriormente, obtuvo las tablas y distribuciones de frecuencias de todas sus 12 variables, de las cuales solamente incluimos la variable "desempeño" por cuestiones de espacio.

Desempeño				
	Valores	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	1	2	0.5	0.5
	2	35	8.7	9.2
	3	133	33.0	42.2
	4	169	41.9	84.1
	5	64	15.9	100.0
Total *n* = 420 Perdidos = 17		403	100.0	



Para el cálculo de estadísticas descriptivas (tendencia central y dispersión) en SPSS, se sugiere descargar la versión de prueba del sitio de SPSS y consultar el manual respectivo.

Puntuaciones *z*

Las puntuaciones *z* son transformaciones que se pueden hacer a los valores o las puntuaciones obtenidas, con el propósito de analizar su distancia respecto a la media, en unidades de desviación estándar. Una puntuación *z* nos indica la dirección y el grado en que un valor individual obtenido se aleja de la media, en una escala de unidades de desviación estándar. El lector puede conocer más sobre las puntuaciones *z* en el capítulo 8 adicional que puede descargarse del centro de recursos en línea, en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte".

Centro de recursos en línea

Razones y tasas

Una razón es la relación entre dos categorías. Por ejemplo:

Categorías	Frecuencia
Masculino	60
Femenino	30

La razón de hombres a mujeres es de $\frac{60}{30} = 2$. Es decir, por cada dos hombres hay una mujer.

Una **tasa** es la relación entre el número de casos, frecuencias o eventos de una categoría y el número total de observaciones, multiplicada por un múltiplo de 10, generalmente 100 o 1 000. La fórmula es:

Tasa Relación entre el número de casos de una categoría y el número total de observaciones.

$$\text{Tasa} = \frac{\text{Número de eventos}}{\text{Número total de eventos posibles}} \times 100 \text{ o } 1\,000$$

$$\text{Ejemplo} \quad \frac{\text{Número de nacidos vivos en la ciudad}}{\text{Número de habitantes en la ciudad}} \quad 1\,000$$

$$\text{Tasa de nacidos vivos en Santa Lucía: } \frac{10\,000}{300\,000} \times 1\,000 = 33.33$$

Es decir, hay 33.33 nacidos vivos por cada 1 000 habitantes en Santa Lucía.

Corolario

Hemos analizado descriptivamente los datos por *variable del estudio* y los visualizamos gráficamente. En caso de que alguna distribución resulte ilógica, debemos cuestionarnos si la variable debe ser excluida, sea por errores del instrumento de medición o en la recolección de los datos, ya que la codificación puede ser verificada. Supongamos que en una investigación en empresas, al medir la satisfacción laboral, resulta que 90% se encuentra "sumamente satisfecho" (¿es lógico?); u otro caso sería que, en ingresos anuales el promedio fuera de 15 000 dólares por familia (¿resulta creíble en tal municipio?). La tarea es revisar la información descriptiva de todas las variables y verificar su veracidad.

Asimismo, si nos encontramos un porcentaje alto de valores perdidos (por ejemplo, de 20%),[10] debemos preguntarnos: ¿por qué tantos participantes no respondieron o contestaron erróneamente?, ¿por qué no se tienen registros completos de todos los casos, eventos o unidades de análisis? (como datos de laboratorio en un estudio clínico, mediciones de ciertas reacciones químicas, etcétera).

Ahora, debemos demostrar la confiabilidad y validez de nuestro instrumento, sobre la base de los datos recolectados.

Paso 4: evaluar la confiabilidad o fiabilidad y validez lograda por el instrumento de medición

La confiabilidad se calcula y evalúa para todo el instrumento de medición utilizado, o bien, si se administraron varios instrumentos, se determina para cada uno de ellos. Asimismo, es común que el instrumento contenga varias escalas para diferentes variables o dimensiones, entonces la fiabilidad se establece para cada escala y para el total de escalas (si se pueden sumar, si son aditivas).[11]

Tal como se mencionó en el capítulo 9, existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento conformado por una o varias escalas que miden las variables de la investigación; cuyos ítems, variables de la matriz o indicadores pueden sumarse, promediarse o correlacionarse. Todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de fiabilidad que pueden oscilar entre cero y uno, donde recordemos que un coeficiente de cero significa nula confiabilidad y uno representa un máximo de fiabilidad. Cuanto más se acerque el coeficiente a cero (0), mayor error habrá en la medición (Garson, 2013; Franzen, Robbins y Sawicki, 2010; así como Lauriola, 2003). Los coeficientes expresan la intercorrelación (consistencia) entre los distintos ítems, indicadores o componentes de la prueba (Knapp, 2013; Cervantes, 2005; Cortina, 1993; y Carmines y Zeller, 1991).

Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad mediante un coeficiente son:[12]

1. *Medida de estabilidad* (confiabilidad por test-retest). En este procedimiento un mismo instrumento de medición se aplica dos o más veces a un mismo grupo de personas o casos, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es muy positiva, el instrumento se considera confiable (Rodríguez, 2006a y Krauss y Chen, 2003). Se trata de una especie de diseño de panel. Desde luego, el periodo entre las mediciones es un factor que hay que considerar. Si el periodo es largo y la variable o el contexto son susceptibles de cambios, ello suele confundir la interpretación del coeficiente de fiabilidad obtenido por este procedimiento. Y si

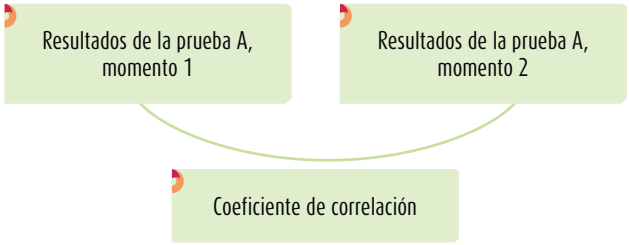
[10] Un porcentaje de valores perdidos (*missing data*) no debe ser mayor de 15%, no es razonable (Creswell, 2005). Cuando tenemos valores perdidos, podemos ignorarlos o sustituirlos por el valor promedio obtenido del total de puntuaciones válidas (esto lo hacen muchos programas de análisis) si así lo deseamos, y puede ser una solución (McKnight *et al.*, 2007). Para profundizar en el tema, véase Leeuw y Hox (2008), Allison (2001) y Enders (2010), en este orden. En las áreas de ingeniería a Latini y Passerini (2003) y en el caso de ciencias de la salud a Allison (2007) y a O'Kelly y Ratitch (2014).

[11] En aparatos o sistemas se verifica la calibración o consistencia entre diversas mediciones.

[12] Un coeficiente de fiabilidad es una medida de la proporción de varianza verdadera en relación con la varianza total observada a través de las puntuaciones o valores resultantes de la administración de un instrumento o protocolo de medición (prueba, escala, calificación de experto, etc.) a una muestra de individuos (Lauriola, 2003). Se aplican más bien a mediciones que involucran respuestas de personas, aunque pueden adaptarse a otros casos que impliquen correlacionar resultados (por ejemplo, a datos de organismos biológicos, protocolos de procesos o aparatos, etcétera).

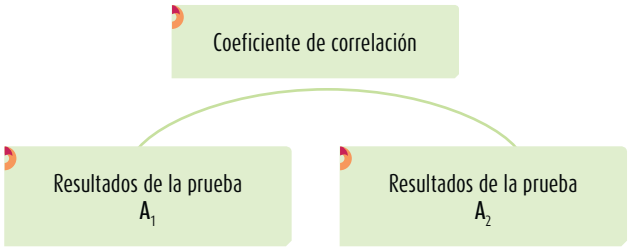
el periodo es corto las personas pueden recordar cómo respondieron en la primera aplicación del instrumento, para aparecer como más consistentes de lo que en realidad son (Bohrnstedt, 1976). El proceso de cálculo con dos aplicaciones se representa en la figura 10.10.

Figura 10.10 Medida de estabilidad.



2. *Método de formas alternativas o paralelas.* En este esquema no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste. Las versiones (casi siempre dos) son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características, y se administran a un mismo grupo de personas simultáneamente o dentro de un periodo corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es positiva de manera significativa (Rodríguez, 2006b). Los patrones de respuesta deben variar poco entre las aplicaciones. Una variación de este método es el de las formas alternas prueba-posprueba (Creswell, 2005), cuya diferencia reside en que el tiempo que transcurre entre la administración de las versiones es mucho más largo, que es el caso de algunos experimentos. El método se representa en la figura 10.11.

Figura 10.11 Método de formas alternativas o paralelas.



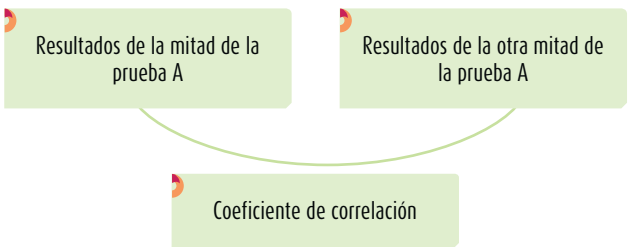
Estos dos métodos (estabilidad y formas alternas) también pueden aplicarse cuando utilizamos dos instrumentos distintos para medir las mismas variables en las unidades de análisis (por ejemplo, dos sistemas para medir propiedades eléctricas o dos protocolos para medir la presión arterial).

3. *Método de mitades partidas (split-halves).* Los procedimientos anteriores requieren cuando menos dos administraciones de la medición en la muestra. En cambio, el **método de mitades partidas** necesita sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems o reactivos se divide en dos mitades equivalentes y se comparan las puntuaciones o resultados de ambas. Si el instrumento es confiable, las puntuaciones de las dos mitades deben estar muy correlacionadas (Rodríguez, 2006c y McKelvie, 2003). Un individuo con baja puntuación en una mitad tenderá a mostrar también una baja puntuación en la otra mitad. El procedimiento se diagrama en la figura 10.12.

Métodos de mitades partidas y de consistencia interna Se aplican a instrumentos que implican medidas compuestas o escalas, es decir, están constituidas por varios ítems, indicadores o mediciones.

4. *Medidas de coherencia o consistencia interna*. Éstos son coeficientes que estiman la confiabilidad: *a*) *el alfa de Cronbach* (desarrollado por J.L. Cronbach) y *b*) *los coeficientes KR-20 y KR-21* de Kuder y Richardson (1937). El método de cálculo de éstos requiere una sola administración del instrumento de medición. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente. La mayoría de los programas estadísticos como SPSS y Minitab los determinan y solamente deben interpretarse.

Figura 10.12 Método de mitades partidas.



Respecto a la interpretación de los distintos coeficientes mencionados cabe señalar que no hay una regla que indique "a partir de este valor no hay fiabilidad del instrumento". Más bien, el investigador calcula su valor, lo declara y lo somete a escrutinio de los usuarios del estudio u otros investigadores, explicitando el método utilizado (Chen y Krauss, 2003; McKelvie, 2003; Lauriola, 2003; y Carmines y Zeller, 1991). Algunos autores consideran que el coeficiente debe estar entre 0.70 y 0.90 (Tavakol y Dennick, 2011; DeVellis, 2003; Streiner, 2003; Nunnally y Bernstein, 1994; Petterson, 1994). Nunnally (1987) por encima de 0.80. Lauriola (2003) sugiere un valor mínimo de 0.70 para la comparación entre grupos y 0.90 para escalas. Garson (2013) establece que 0.60 es aceptable para

propósitos exploratorios y 0.70 para fines confirmatorios, resultando 0.80 "bueno" en un alcance explicativo. Ahora bien, también un coeficiente mayor de 0.90 puede implicar redundancia de ítems o indicadores y la necesidad de reducir el instrumento (Tavakol y Dennick, 2011).

Con respecto a los métodos basados en coeficientes de correlación, usted se formará una idea más clara después de revisar el apartado de correlación que se presenta más adelante en este capítulo. Pero hay una consideración importante que hacer ahora. El coeficiente que elijamos para determinar la confiabilidad debe ser apropiado al nivel de medición de la escala de nuestra variable (por ejemplo, si la escala de mi variable es por intervalos, puedo utilizar el coeficiente de correlación de Pearson; pero si es ordinal podré usar el coeficiente de Spearman o de Kendall; y si es nominal, otros coeficientes). El *alfa* de *Cronbach* trabaja con variables de intervalos o de razón, KR-20 y KR-21 con ítems dicotómicos (por ejemplo: sí-no)[13] y $\rho xx'$ con reactivos tricotómicos (Knapp, 2013; Alkharusi, 2010; Vittengl, White, McGovern y Morton, 2006; y Feldt, 2005). Además, existen otros coeficientes como el alfa estratificado, la confiabilidad máxima, los coeficientes de Raju, Kristof, Angoff-Feldt, Feldt-Gilmer, Guttman λ_2, λ_4 maximizado y el análisis de Hoyt.

El cálculo del coeficiente *alfa* y algunas consideraciones sobre los factores que lo afectan se incluyen en el capítulo 8 adicional: "Análisis estadístico: segunda parte", que se encuentra en "Material complementario".

Centro de recursos en línea

Con la finalidad de comprender mejor los métodos para determinar la confiabilidad, véase la tabla 10.10.

Tabla 10.10 Aspectos básicos de los métodos para determinar la confiabilidad de instrumentos aplicados a personas

Método	Número de veces en que el instrumento es administrado	Número de versiones diferentes del instrumento	Número de participantes que proveen los datos	Inquietud o pregunta que contesta
Estabilidad (*test-retest*)	Dos veces en tiempos distintos	Una versión	Cada participante responde al instrumento dos veces.	¿Responden los individuos de una manera similar a un instrumento si se les administra dos veces?
Formas alternas	Dos veces al mismo tiempo o con una diferencia de tiempo muy corta	Dos versiones diferentes, pero equivalentes	Cada participante responde a cada versión del instrumento.	Cuando dos versiones de un instrumento son similares, ¿hay convergencia o divergencia en las respuestas a ambas versiones?
Formas alternas y prueba-posprueba	Dos veces en tiempos distintos	Dos versiones diferentes, pero equivalentes	Cada participante responde a cada versión del instrumento.	Cuando dos versiones de un instrumento son similares, ¿hay convergencia o divergencia en las respuestas a ambas versiones?
Mitades partidas	Una vez	Una fragmentada en dos partes equivalentes	Cada participante responde a la única versión.	¿Son las puntuaciones de una mitad del instrumento similares a las obtenidas en la otra mitad?
Medidas de consistencia interna (alfa y KR-20 y 21)	Una vez	Una versión	Cada participante responde a la única versión.	¿Las respuestas a los ítems del instrumento son coherentes?

[13] Estos dos coeficientes se usan en el método de "mitades partidas", aunque —como señalan Babbie (2012) y Creswell (2005)— se confía en la mitad de la información del instrumento, por lo que conviene agregar el cálculo de "profecía" Spearman-Brown.

Asimismo, en la tabla 10.11 se presentan ejemplos de estudios con su respectiva confiabilidad.

Tabla 10.11 Ejemplos de confiabilidad

Investigación	Instrumento	Métodos de cálculo y resultados	Comentario
Evaluación de los conocimientos, opiniones, experiencias y acciones en torno al abuso sexual infantil (Kolko *et al.*, 1987).	Escala cognitiva de nueve ítems para infantes en edades preescolares y primeros grados básicos.	Coherencia interna alfa = 0.34.	Confiabilidad extremadamente baja que demuestra incongruencia, atribuida por los autores a lo corto de la escala (pocos ítems).
Desarrollo y validación de una escala autoaplicable para medir la satisfacción sexual en adultos varones y mujeres de México (Álvarez Gayou, Honold y Millán, 2005).	Un inventario para medir la satisfacción sexual que está integrado por 29 reactivos y fue administrado a una muestra de 760 personas, de ambos géneros, cuyas edades fluctuaron entre los 16 y 65 años.	La confiabilidad del inventario establecida por medio de una prueba alfa de Cronbach fue de 0.92.	El valor α indica una fiabilidad sumamente elevada.
Validación de un instrumento para medir la cultura empresarial en función del clima organizacional y vincular empíricamente ambos constructos (Hernández-Sampieri, Méndez y Contreras, 2013).	Cuestionario estandarizado que mide el clima organizacional en función del Modelo de los Valores en Competencia de Quinn y Rohrbaugh, a través de escalas tipo Likert con cuatro opciones de respuesta: dos positivas y dos negativas.	El coeficiente alfa-Cronbach obtenido resultó igual a 0.95 (con 95 ítems). La muestra estuvo conformada por 1 424 empleados de 12 empresas (972 casos válidos completos).	Confiabilidad muy elevada. No hay redundancia de ítems pues se midieron 17 variables del clima organizacional (asociadas entre sí). Los coeficientes para las escalas variaron entre 0.60 y 0.90 (y uno sólo de 0.53).
Actitudes hacia el matrimonio: integración y sus resultados en las relaciones personales (Riggio y Weiser, 2008).	Escalas del Modelo de Inversión (IMS), las cuales a partir de 37 reactivos (cada uno con 9 categorías) miden la entrega, la inversión psicológica y la satisfacción con respecto a una relación romántica actual.	Los coeficientes alfa resultantes de aplicar las escalas a 400 universitarios fueron: 0.94 para entrega y satisfacción, y 0.88 para inversión psicológica.	Coeficientes muy considerables para entrega y satisfacción, y bastante aceptable para inversión.
Fukuda, Saklofske, Tamaoka y Lim, 2012.	Prueba WLEIS de 16 reactivos que mide la inteligencia emocional en adultos jóvenes en cuatro dimensiones: valoración de las propias emociones, valoración de las emociones de los demás, uso de las emociones y control o regulación de las emociones.	Los coeficientes resultantes de aplicar el WLEIS (n=161) fueron por subescala o dimensión: valoración de las propias emociones: 0.80, valoración de las emociones de los demás: 0.74, uso de las emociones: 0.74 y regulación de las emociones: 0.83.	Coeficientes aceptables dentro de los parámetros normales, particularmente porque las escalas tienen pocos ítems.

Otro caso es el ya comentado de Núñez (2001) y su instrumento para medir el sentido de vida, cuya fiabilidad fue de 0.96 en su tercera versión con 99 ítems.

Como podemos observar en la tabla 10.11, cuanta más información se proporcione sobre la confiabilidad, el lector se forma una idea más clara sobre su cálculo y las condiciones en que se demostró. Es indispensable incluir las dimensiones de la variable medida, el tamaño de muestra y el método utilizado. Una cuestión importante es que los coeficientes son sensibles al número de ítems o reactivos: entre más agreguemos, el valor del coeficiente tenderá a ser más elevado.

Además de estimar un coeficiente de correlación o un coeficiente de coherencia entre los ítems del instrumento, es conveniente calcular la correlación ítem-escala completa. Ésta representa la vinculación de cada reactivo con toda la escala. Habrá tantas correlaciones como ítems contenga el instrumento. Corbetta (2003, p. 237) lo ejemplifica adecuadamente de la siguiente manera: si estamos midiendo el autoritarismo, es lógico pensar que quien alcanza altas puntuaciones en esta variable en toda la escala (es muy autoritaria), habrá de tener puntuaciones elevadas en todos los ítems que la conforman. Pero si uno de los reactivos sistemáticamente (en un número considerable de individuos) presenta valores contradictorios con respecto a la escala total, podemos concluir que ese ítem no fun-

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

ciona correctamente (contradice a los demás reactivos). Los ítems que alcancen coeficientes de correlación bajos con la escala tal vez deban analizarse y, eventualmente, eliminarse.

Asimismo, cada uno de los reactivos puede ser evaluado en su capacidad de discriminación mediante la prueba *t* de Student (paramétrica). Se consideran dos grupos, el primero integrado por 25% de los casos con los puntajes más altos obtenidos en el ítem y el otro grupo compuesto por 25% de los casos con los puntajes más bajos. Los ítems cuya prueba no resulte significativa serán reconsiderados.

Los conceptos estadísticos aquí vertidos (por ejemplo, correlación y prueba *t*) tendrán mayor sentido, una vez que se revisen más ampliamente, lo cual se hará más adelante en este capítulo.

Para determinar la confiabilidad usando los programas estadísticos no olvide consultar los respectivos manuales, descargándolos del centro de recursos en línea.

Validez

Vimos en el capítulo anterior que la evidencia sobre la validez del contenido se obtiene mediante las opiniones de expertos y al asegurarse de que las dimensiones medidas por el instrumento sean representativas del universo o dominio de dimensiones de las variables de interés (a veces mediante un muestreo aleatorio simple). La evidencia de la validez de criterio se produce al correlacionar las puntuaciones de los participantes, obtenidas por medio del instrumento, con sus valores logrados en el criterio. Recordemos que una correlación implica asociar puntuaciones obtenidas por la muestra en dos o más variables.

Por ejemplo, Núñez (2001), además de aplicar su instrumento sobre el sentido de vida, administró otras dos pruebas que teóricamente miden variables similares: el PIL (Propósito de Vida) y el Logo-test de Elizabeth Lukas. El coeficiente de correlación de Pearson entre el instrumento diseñado y el PIL fue de 0.541, valor que se considera moderado. El coeficiente de correlación *rho* de Spearman fue igual a 0.42 entre el Logo-test y su prueba, lo cual indica que los tres instrumentos no miden la misma variable, pero sí conceptos relacionados.

La evidencia de la validez de constructo se obtiene mediante el análisis de factores. Tal método nos indica cuántas dimensiones integran a una variable y qué ítems conforman cada dimensión. Los reactivos que no pertenezcan a una dimensión, quiere decir que están "aislados" y no miden lo mismo que los demás ítems, por tanto, deben eliminarse. Es un método que tradicionalmente se ha considerado complejo, por los cálculos estadísticos implicados, pero que es relativamente sencillo de interpretar y como los cálculos hoy en día los realiza la computadora, está al alcance de cualquier persona que se inicie dentro de la investigación. Este método se revisa —con ejemplos reales— en el capítulo 8 adicional del centro de recursos en línea: "Análisis estadístico: segunda parte".

Para cada escala, una vez que se determina la confiabilidad (de 0 a 1) y se muestra la evidencia sobre la validez, si algunos ítems son problemáticos (no discriminan, no se vinculan a otros ítems, van en sentido contrario a toda la escala, no miden lo mismo, etc.), se eliminan de los cálculos (pero en el reporte de la investigación, se indica cuáles fueron descartados, las razones de ello y cómo alteran los resultados); posteriormente se vuelve a realizar el análisis descriptivo (distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y de variabilidad, etcétera).

En el centro de recursos → Material complementario → Ejemplos → Ejemplo 4, "Diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual en hombres y mujeres mexicanos" (Álvarez Gayou, Honold y Millán, 2005), se presenta la validación de un instrumento que muestra todos los elementos para ello, paso por paso. Incluye la generación de redes semánticas. Su abordaje es desde el punto de vista de la salud y con propiedad científica. Se recomienda descargarlo y revisarlo.

¿Hasta aquí llegamos?

Cuando el estudio tiene una finalidad puramente exploratoria o descriptiva, debemos interrogarnos: ¿podemos establecer relaciones entre variables? En caso de una respuesta positiva, es factible seguir con la estadística inferencial; pero si dudamos o el alcance se limitó a explorar y describir, el trabajo de análisis concluye y debemos comenzar a preparar el reporte de la investigación.

Paso 5: analizar mediante pruebas estadísticas las hipótesis planteadas (análisis estadístico inferencial)

En este paso se analizan las hipótesis a la luz de pruebas estadísticas que a continuación detallamos.

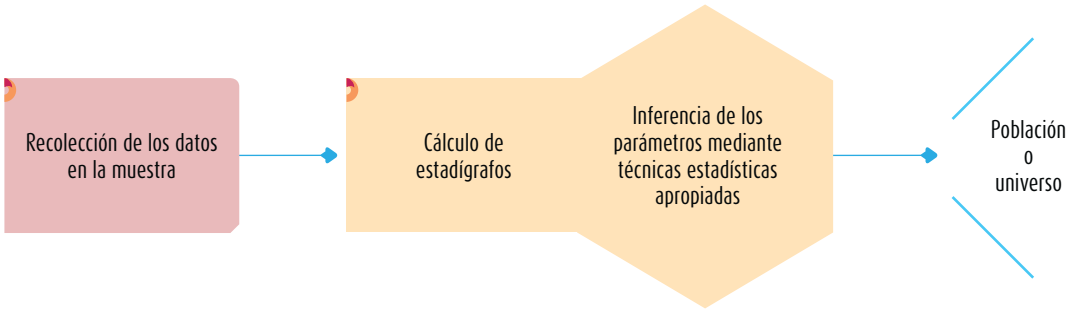
Estadística inferencial: de la muestra a la población

3 y 4

Con frecuencia, el propósito de la investigación va más allá de describir las distribuciones de las variables: se pretende probar hipótesis y generalizar los resultados obtenidos en la muestra a la población o universo. Los datos casi siempre se recolectan de una muestra y sus resultados estadísticos se denominan *estadígrafos*; la media o la desviación estándar de la distribución de una muestra son estadígrafos. A las estadísticas de la población se les conoce como *parámetros*. Éstos no son calculados, porque no se recolectan datos de toda la población, pero pueden ser inferidos de los estadígrafos, de ahí el nombre de **estadística inferencial**. El procedimiento de esta naturaleza de la estadística se esquematiza en la figura 10.13.

Estadística inferencial Estadística para probar hipótesis y estimar parámetros.

Figura 10.13 Procedimiento de la estadística inferencial.



Entonces, la estadística inferencial se utiliza fundamentalmente para dos procedimientos vinculados (O'Leary, 2014; Punch, 2014; Babbie, 2012; Wiersma y Jurs, 2008; Waterman, 2007; Kulikowich y Edwards, 2006; y Maxim, 2003):

a) *Probar hipótesis poblacionales*
b) *Estimar parámetros*

En este capítulo comentaremos la prueba de hipótesis, que se efectúa dependiendo del tipo de hipótesis de que se trate. Existen pruebas estadísticas para diferentes clases de hipótesis como iremos viendo.

La inferencia de los parámetros depende de que hayamos elegido una muestra probabilística con un tamaño que asegure un nivel de significancia o significación adecuado (Jarman, 2013; Lindsay, 2009; y Moriceau, 2009). En el centro de recursos encontrará un ejemplo de inferencia sobre la hipótesis de la media poblacional, en: Material Complementario → Capítulos → Capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte".

Centro de recursos en línea

¿En qué consiste la prueba de hipótesis?

3

Una hipótesis en el contexto de la estadística inferencial es una proposición respecto de uno o varios parámetros, y lo que el investigador hace por medio de la prueba de hipótesis es determinar si la hipótesis poblacional es congruente con los datos obtenidos en la muestra (Wilcox, 2012; Gordon, 2010; Wiersma y Jurs, 2008; y Stockburger, 2006).

Una hipótesis se retiene como un valor aceptable del parámetro, si es consistente con los datos. Si no lo es, se rechaza (pero los datos no se descartan). Para comprender lo que es la prueba de hipó-

tesis en la estadística inferencial es necesario revisar los conceptos de distribución muestral[14] y nivel de significancia.[15]

¿Qué es una distribución muestral?

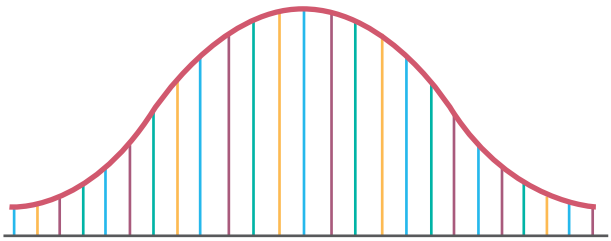
Distribución muestral Conjunto de valores sobre una estadística calculada de todas las muestras posibles de una población.

Una **distribución muestral** es un conjunto de valores sobre una estadística calculada de todas las muestras posibles de determinado tamaño de una población (Bond, 2007a). Las distribuciones muestrales de medias son probablemente las más conocidas. Expliquemos este concepto con un ejemplo. Supongamos que nuestro universo son los automovilistas de una ciudad y deseamos averiguar cuánto tiempo pasan diariamente manejando ("al volante"). De este universo podría extraerse una muestra representativa. Vamos a suponer que el tamaño adecuado de muestra es de 512 automovilistas ($n = 512$). Del mismo universo se podrían extraer diferentes muestras, cada una con 512 personas.

3

Teóricamente, incluso podría elegirse al azar una, dos, tres, cuatro muestras, y las veces que fuera necesario hacerlo, hasta agotar todas las muestras posibles de 512 automovilistas de esa ciudad (todos los individuos serían seleccionados en varias muestras). En cada muestra se obtendría una media del tiempo que pasan los automovilistas manejando. Tendríamos pues, una gran cantidad de medias, tantas como las muestras extraídas ($\overline{X}_1$, $\overline{X}_2$, $\overline{X}_3$, $\overline{X}_4$, $\overline{X}_5$, ... $\overline{X}_k$). Y con éstas elaboraríamos una distribución de medias. Habría muestras que, en promedio, pasaran más tiempo "al volante" que otras. Este concepto se representa en la figura 10.14.

Figura 10.14 Distribución muestral de medias.



Son medias ($\overline{X}$) no se trata de puntuaciones. Cada media representaría una muestra.

Si calculáramos la media de todas las medias de las muestras, prácticamente obtendríamos el valor de la media poblacional. De hecho, casi nunca se obtiene la distribución muestral (la distribución de las medias de todas las muestras posibles). Es más bien un concepto teórico definido por la estadística para los investigadores. Lo que comúnmente hacemos es extraer una sola muestra.

En el ejemplo de los automovilistas, sólo una de las líneas verticales de la distribución muestral presentada en la figura 10.14 es la media obtenida para nuestra única muestra seleccionada de 512 personas. Y la pregunta es: ¿nuestra media calculada se encuentra cerca de la media de la distribución muestral?, debido a que si está cerca podremos tener una estimación precisa de la media poblacional (el parámetro poblacional es prácticamente el mismo que el de la distribución muestral). Esto se expresa en el *teorema central del límite*:

> Si una población (no necesariamente normal) tiene de media m y de desviación estándar s, la distribución de las medias en el muestreo aleatorio realizado en esta población tiende, al aumentar n, a una distribución normal de media m y desviación estándar $\frac{s}{\sqrt{n}}$, donde n es el tamaño de muestra.

El teorema especifica que la distribución muestral tiene una media igual a la de la población, una varianza igual a la varianza de la población dividida entre el tamaño de muestra (su desviación estándar es $\frac{\sigma}{\sqrt{n}}$ y se distribuye normalmente). La desviación estándar (s) es un parámetro normalmente desconocido, aunque es posible estimarlo por la desviación estándar de la muestra. Asimismo, en el capítulo 8 se dijo que cuando las muestras están constituidas por 100 o más elementos tienden a presentar **distribuciones normales** y esto sirve para el propósito de hacer estadística inferencial. La "normalidad" de la distribución en muestras grandes no obedece a la normalidad de la distribución de una población. La distribución de diversas variables a veces es "normal" y en ocasiones está lejos de serlo. Sin embargo, la normalidad no debe confundirse con probabilidad. Mientras lo primero es necesario para efectuar ciertas pruebas estadísticas, lo segundo es requisito indispensable para

Distribución normal Distribución en forma de campana que se logra con muestras de 100 o más unidades muestrales y que es útil y necesaria cuando se hacen inferencias estadísticas.

[14] Distribución muestral y distribución de una muestra son conceptos diferentes: la última es resultado de los datos de nuestra investigación y es por variable.

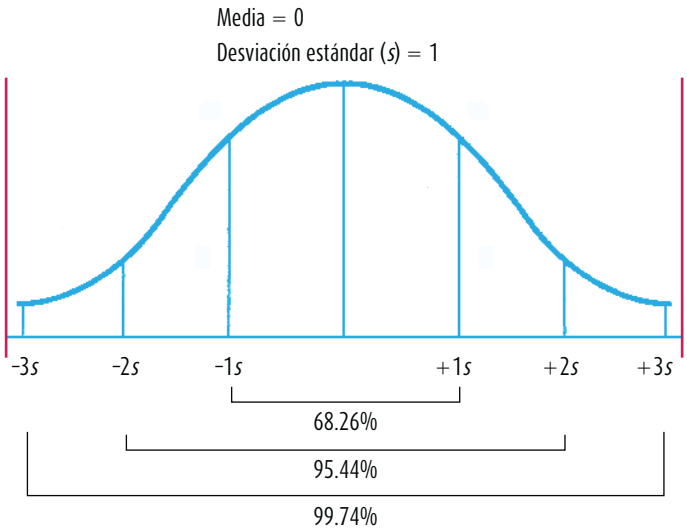
[15] El término *significancia* es un anglicismo, por lo que diversos autores sugieren mejor utilizar "significación" o "significatividad" (por ejemplo: Korniejczuk, 2012).

hacer inferencias correctas sobre una población. El concepto de *distribución normal* es importante otra vez y se ofrece una breve explicación en la figura 10.15.

Una gran cantidad de los fenómenos del comportamiento humano se manifiestan de la siguiente forma: la mayoría de las puntuaciones se concentran en el centro de la distribución, en tanto que en los extremos encontramos sólo algunas puntuaciones (Fu, 2007). Por ejemplo, la inteligencia: hay pocas personas muy inteligentes (genios), pero también hay pocas personas con muy baja inteligencia. La mayoría de los seres humanos somos medianamente inteligentes. Esto podría representarse así:

Figura 10.15 Concepto de curva o distribución normal.

Debido a ello, se creó un modelo de probabilidad llamado curva normal o distribución normal. Como todo modelo es una distribución conceptual que difícilmente se presenta en la realidad tal cual, pero sí se presentan aproximaciones a éste. La curva normal tiene la siguiente configuración:



68.26% del área de la curva normal es cubierta entre $-1s$ y $+1s$, 95.44% del área de esta curva es cubierta entre $-2s$ y $+2s$ y 99.74% se cubre con $-3s$ y $+3s$.

Las principales características de la distribución normal son:

1. Es *unimodal*, una sola moda.
2. La *asimetría es cero*. La mitad de la curva es exactamente igual a la otra mitad. La distancia entre la media y $-3s$ es la misma que la distancia entre la media y $+3s$.
3. *Es una función* particular entre desviaciones con respecto a la media de una distribución y la probabilidad de que éstas ocurran.
4. La base está dada en unidades de desviación estándar (puntuaciones z), destacando las puntuaciones $-1s$, $-2s$, $-3s$, $+1s$, $+2s$ y $+3s$ (que equivalen respectivamente a $-1.00z$, $-2.00z$, $-3.00z$, $+1.00z$, $+2.00z$, $+3.00z$). Las distancias entre puntuaciones z representan áreas bajo la curva. De hecho, la distribución de puntuaciones z es la curva normal.
5. Es *mesocúrtica* (curtosis de cero).
6. La *media*, la *mediana* y la *moda* coinciden en el mismo punto (el centro).

Nivel de significancia Nivel de la probabilidad de equivocarse y que fija de manera *a priori* el investigador.

¿Qué es el nivel de significancia o significación?

Wiersma y Jurs (2008) ofrecen una explicación sencilla del concepto, en la cual nos basaremos para analizar su significado. La probabilidad de que un evento ocurra oscila entre cero (0) y uno (1), donde cero implica la imposibilidad de ocurrencia y uno la certeza de que el fenómeno ocurra. Al lanzar al aire una moneda no cargada, la probabilidad de que salga "cruz" es de 0.50 y la probabilidad de que la moneda caiga en "cara" también es de 0.50. Con un dado, la probabilidad de obtener cualquiera de sus caras al lanzarlo es de 1/6 = 0.1667. La suma de posibilidades siempre es de uno.

Aplicando el concepto de probabilidad a la distribución muestral, tomaremos el área de ésta como 1.00; en consecuencia, cualquier área comprendida entre dos puntos de la distribución corresponderá a la probabilidad de la distribución. Para probar hipótesis inferenciales respecto a la media, el investigador debe evaluar si es alta o baja la probabilidad de que la media de la muestra esté cerca de la media de la distribución muestral. Si es baja, el investigador dudará de generalizar a la población. Si es alta, el investigador podrá hacer generalizaciones. Es aquí donde entra el nivel de significancia o nivel alfa (α),[16] el cual es un nivel de la probabilidad de equivocarse y se fija antes de probar hipótesis inferenciales.

Este concepto fue esbozado en el capítulo 8 con un ejemplo coloquial, pero lo volvemos a recordar: si fuera a apostar en las carreras de caballos y tuviera 95% de probabilidades de atinarle al ganador, contra sólo 5% de perder, ¿apostaría? Obviamente sí, siempre y cuando le aseguraran ese 95% en favor.

Pues bien, algo parecido hace el investigador. Obtiene una estadística en una muestra (por ejemplo, la media) y analiza qué porcentaje tiene de confianza en que dicha estadística se acerque al valor de la distribución muestral (que es el valor de la población o el parámetro). Busca un alto porcentaje de certeza, una probabilidad elevada para estar tranquilo, porque sabe que tal vez haya error de muestreo y, aunque la evidencia parece mostrar una aparente "cercanía" entre el valor calculado en la muestra y el parámetro, tal "cercanía" puede no ser real o deberse a errores en la selección de la muestra.

¿Con qué porcentaje de confianza el investigador generaliza, para suponer que tal cercanía es real y no por un error de muestreo? Existen dos niveles convenidos en las ciencias:

a) *El nivel de significancia de 0.05*, el cual implica que el investigador tiene 95% de seguridad para generalizar sin equivocarse y sólo 5% en contra. En términos de probabilidad, 0.95 y 0.05, respectivamente; ambos suman la unidad. Este nivel es el más común en ciencias sociales.
b) *El nivel de significancia de 0.01*, el cual implica que el investigador tiene 99% en su favor y 1% en contra (0.99 y 0.01 = 1.00) para generalizar sin temor. Muy utilizado cuando las generalizaciones implican riesgos vitales para las personas (pruebas de vacunas, medicamentos, arneses de aviones, resistencia de materiales de construcción al fuego o el peso, etcétera).

A veces el nivel de significancia o significación puede ser todavía más riguroso, por ejemplo, 0.001, 0.00001, 0.00000001 (Liao, 2003), pero al menos debe ser de 0.05. No se acepta un nivel de 0.06 (94% a favor de la generalización confiable), porque se busca hacer ciencia lo más exacta posible.[17]

Tal nivel es un valor de certeza que el investigador fija *a priori*, respecto a no equivocarse (Capraro, 2006). Cuando uno lee en un reporte de investigación que los resultados fueron significativos al nivel de 0.05 ($p < 0.05$), indica lo que se comentó: que existe 5% de posibilidad de error al aceptar la hipótesis, correlación o valor obtenido al aplicar una prueba estadística; o 5% de riesgo de que se rechace una hipótesis nula cuando era verdadera (Babbie, 2012 y Mertens, 2010). Volveremos más adelante sobre este punto.

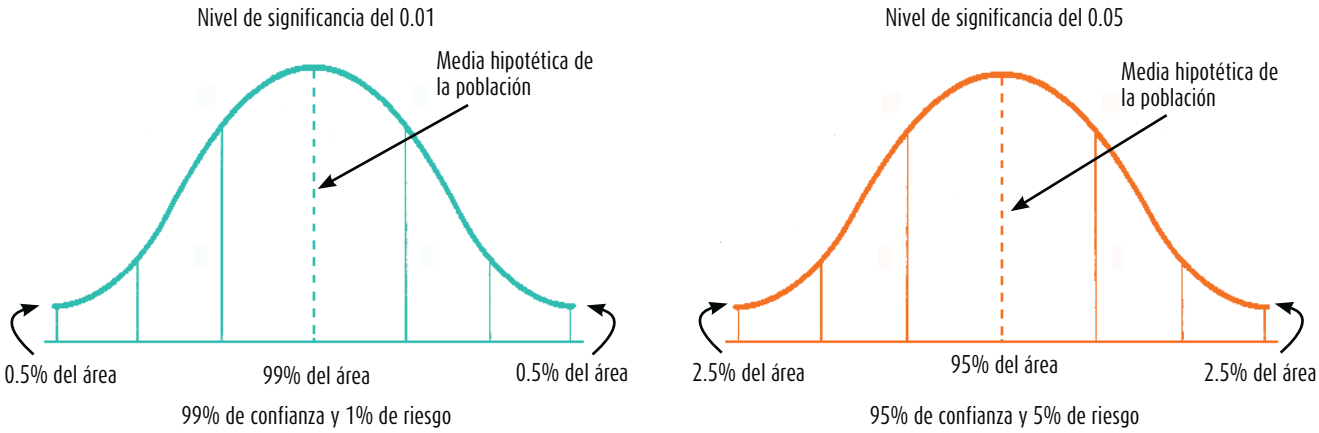
[16] No confundir con el coeficiente alfa de Cronbach, para determinar la confiabilidad.
[17] El nivel de significancia mínimo aceptable es definido por las asociaciones científicas correspondientes al ramo o área en la cual se investiga, incluyendo comités editoriales de revistas académicas.

¿Cómo se relacionan la distribución muestral y el nivel de significancia?

El *nivel de significancia o significación* se expresa en términos de probabilidad (0.05 y 0.01) y la *distribución muestral* también como probabilidad (el área total de ésta como 1.00). Pues bien, para ver si existe o no confianza al generalizar acudimos a la distribución muestral, con una probabilidad adecuada para la investigación. Dicho nivel lo tomamos como un área bajo la distribución muestral, como se observa en la figura 10.16, y depende de si elegimos un nivel de 0.05 o de 0.01. Es decir, que nuestro valor estimado en la muestra no se encuentre en el área de riesgo y estemos lejos del valor de la distribución muestral, que insistimos es muy cercano al de la población.

Así, el nivel de significación representa áreas de riesgo o confianza en la distribución muestral.

Figura 10.16 Niveles de significancia o significación en la distribución muestral.



Notas:

1. Podemos expresarlo en proporciones (0.025, 0.95 y 0.025, respectivamente) o porcentajes como está en la gráfica.
2. Tanto 99% como 95% representan las áreas de confianza de que nuestra estimación se localiza dentro de ellas. La primera al nivel del 0.01 y la segunda al nivel de 0.05. El área de riesgo en el primer caso es de 1% (0.5 + 0.5 = 1%) y en el segundo de 5% (2.5% + 2.5% = 5%) sumando ambos extremos, porque en nuestra estimación de la media poblacional podríamos pasarnos (error) hacia valores más altos o bajos.

¿Se pueden cometer errores al probar hipótesis y realizar estadística inferencial?

3 y 4

Nunca estaremos completamente seguros de nuestra estimación. Trabajamos con altos niveles de confianza o seguridad, pero, aunque el riesgo es mínimo, podría cometerse un error. *Los resultados posibles al probar hipótesis son*:[18]

1. Aceptar una hipótesis verdadera (decisión *correcta*).
2. Rechazar una hipótesis falsa (decisión *correcta*).
3. Aceptar una hipótesis falsa (conocido como *error* del *Tipo II o error beta*).
4. Rechazar una hipótesis verdadera (conocido como *error* del *Tipo I o error alfa*).

Ambos tipos de error son indeseables; sin embargo, puede *reducirse sustancialmente la posibilidad* de que se presenten mediante:

a) *Muestras probabilísticas representativas.*
b) *Inspección cuidadosa de los datos.*
c) *Selección de las pruebas estadísticas apropiadas.*
d) *Mayor conocimiento de la población.*

[18] Yaremko *et al.* (2013), Cozby y Bates (2012), Ravid (2011), Mertens (2010), Buskirk (2008) y Wiersma y Jurs (2008).

Prueba de hipótesis

4

Hay dos tipos de análisis estadísticos que pueden realizarse para probar hipótesis: los *análisis paramétricos* y los *no paramétricos.* Cada tipo posee sus características y presuposiciones que lo sustentan; la elección de qué clase de análisis efectuar depende de los supuestos. De igual forma, cabe destacar que en una misma investigación es posible llevar a cabo análisis paramétricos para algunas hipótesis y variables, y análisis no paramétricos para otras. Asimismo, como vimos, los análisis a realizar dependen del planteamiento, tipo de hipótesis y el nivel de medición de las variables que las conforman.

Análisis paramétricos

3 y 4

Para realizar análisis paramétricos debe partirse de los siguientes supuestos:[19]

1. La *distribución poblacional de la variable dependiente es normal*: el universo tiene una distribución normal.
2. El *nivel de medición* de las variables es *por intervalos o razón*.
3. Cuando *dos o más poblaciones son estudiadas, tienen una varianza homogénea*: las poblaciones en cuestión poseen una dispersión similar en sus distribuciones.

Ciertamente estos criterios son tal vez demasiado rigurosos y algunos investigadores sólo basan sus análisis en el tipo de hipótesis y los niveles de medición de las variables. Esto queda a juicio del lector. En la investigación académica y cuando quien la realiza es una persona experimentada, sí debe solicitársele tal rigor.

¿Cuáles son los métodos o las pruebas estadísticas paramétricas más utilizados?

Existen diversas pruebas paramétricas, pero las más utilizadas son:

- Coeficiente de correlación de Pearson y regresión lineal.
- Prueba *t*.
- Prueba de contraste de la diferencia de proporciones.
- Análisis de varianza unidireccional (ANOVA en un sentido).
- Análisis de varianza factorial (ANOVA).
- Análisis de covarianza (ANCOVA).

Centro de recursos en línea

Algunos de estos métodos se tratan aquí en este capítulo y otros se explican en el capítulo 8 adicional, "Análisis estadístico: segunda parte", que puede descargarse del centro de recursos en línea de la obra.

Cada prueba obedece a un tipo de hipótesis de investigación e hipótesis estadística distinta. Las hipótesis estadísticas se comentan en el capítulo 8 del centro de recursos en línea.

¿Qué es el coeficiente de correlación de Pearson?

Es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel por intervalos o de razón. Se le conoce también como "coeficiente producto-momento".

Se simboliza: *r*

Hipótesis a probar: correlacional, del tipo de "a mayor *X*, mayor *Y*", "a mayor *X*, menor *Y*", "altos valores en *X* están asociados con altos valores en *Y*", "altos valores en *X* se asocian con bajos valores de *Y*". La hipótesis de investigación señala que la correlación es significativa.

Variables: dos. La prueba en sí no considera a una como independiente y a otra como dependiente, ya que no evalúa la causalidad. La noción de causa-efecto (independiente-dependiente) es posible establecerla teóricamente, pero la prueba no asume dicha causalidad.

[19] O'Leary (2014), Ryan (2013), Babbie (2012), Martin y Bridgmon (2012), Kantor y Kershaw (2010), y Wiersma y Jurs (2008).

El coeficiente de correlación de Pearson se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra en dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009g; Bagiella, 2007; Onwuegbuzie, Daniel y Leech, 2006a).

Nivel de medición de las variables: intervalos o razón.

Interpretación: el coeficiente *r* de Pearson *puede variar de −1.00 a +1.00,* donde:

−1.00 = *correlación negativa perfecta*. ("A mayor *X*, menor *Y*", de manera proporcional. Es decir, cada vez que *X* aumenta una unidad, *Y* disminuye siempre una cantidad constante). Esto también se aplica "a menor *X*, mayor *Y*".

−0.90 = Correlación negativa muy fuerte.
−0.75 = Correlación negativa considerable.
−0.50 = Correlación negativa media.
−0.25 = Correlación negativa débil.
−0.10 = Correlación negativa muy débil.
0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.
+0.10 = Correlación positiva muy débil.
+0.25 = Correlación positiva débil.
+0.50 = Correlación positiva media.
+0.75 = Correlación positiva considerable.
+0.90 = Correlación positiva muy fuerte.
+1.00 = *Correlación positiva perfecta* ("A mayor *X*, mayor *Y*" o "a menor *X*, menor *Y*", de manera proporcional. Cada vez que *X* aumenta, *Y* aumenta siempre una cantidad constante).

El *signo indica la dirección de la correlación* (positiva o negativa); y *el valor numérico, la magnitud de la correlación.* Los principales programas computacionales de análisis estadístico indican si el coeficiente es o no significativo de la siguiente manera:

$r = 0.7831$	(valor del coeficiente)
s o $P = 0.001$	(significancia)
$N = 625$	(número de casos correlacionados)

Si *s* o *P* es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es *significativo* en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Si es menor a 0.01, el coeficiente es *significativo* al nivel de 0.01 (99% de confianza de que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error).

O bien, otros programas como IBM SPSS® presentan los coeficientes de correlación en una tabla, donde las filas o columnas son las variables asociadas y se señala con asterisco(s) el nivel de significancia: un asterisco (*) implica que el coeficiente es significativo al nivel del 0.05 y dos asteriscos (**) que es significativo al nivel del 0.01. Esto podemos verlo en el ejemplo de la tabla 10.12:

Tabla 10.12 Correlaciones entre moral y dirección

Correlaciones			
		Moral	**Dirección**
Moral	Correlación de Pearson	1	0.557**
	Sig. (bilateral)		0.000
	N	362	335
Dirección	Correlación de Pearson	0.557**	1
	Sig. (bilateral)	0.000	
	N	335	373

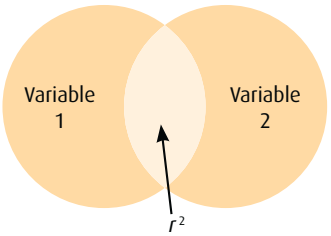
** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral, en ambos sentidos entre las variables).

Obsérvese que se correlacionan dos variables: "moral" y "dirección", aunque la correlación aparece dos veces, porque es una tabla que hace todas las comparaciones posibles entre las variables y al hacerlo, genera un eje diagonal (representado por las correlaciones de las variables contra ellas mismas —"moral" con "moral" y "dirección" con "dirección", que carece de sentido porque son las mismas puntuaciones, por eso es perfecta—), y por encima de ese eje aparecen todos los coeficientes, y se repiten por debajo del eje. La correlación es de 0.557 y es significativa en el nivel del 0.000 (menor del 0.01). *N* representa el número de casos correlacionados.

Una correlación de Pearson puede ser significativa, pero si es menor a 0.30 resulta débil, aunque de cualquier manera ayuda a explicar el vínculo entre las variables. Si queremos asociar la *presión arterial* y *el peso* de un grupo de pacientes, la *solubilidad del gas* con la *temperatura* (en ingeniería petrolera) y la *inversión en publicidad* y las *ventas*, es útil este coeficiente.

Consideraciones: cuando el coeficiente *r* de Pearson se eleva al cuadrado (r^2), se obtiene el coeficiente de determinación y el resultado indica la *varianza de factores comunes.* Esto es, el porcentaje de la variación de una variable debido a la variación de la otra variable y viceversa (o cuánto explica o determina una variable la variación de la otra). Veámoslo gráficamente en la figura 10.17.

Figura 10.17 Varianza de factores comunes.



Por ejemplo, si la correlación entre "productividad" y "asistencia al trabajo" es de 0.80.

$$r = 0.80$$
$$r^2 = 0.64$$

"La productividad" constituye a, o explica, 64% de la variación de "la asistencia al trabajo".

"La asistencia al trabajo" explica 64% de "la productividad".

Si *r* es 0.72 y consecuentemente $r^2 = 0.52$, quiere decir que poco más de la mitad de la variabilidad de un constructo o variable está explicada por la otra.

Ejemplo

Hi:	"A mayor motivación intrínseca, mayor productividad".
Resultado:	$r = 0.721$ s o $P = 0.0001$
Interpretación:	se acepta la hipótesis de investigación en el nivel de 0.01. La correlación entre la motivación intrínseca y la productividad es considerable y positiva.
Hi:	"a mayor ingreso, mayor motivación intrínseca".
Resultado:	$r = 0.214$ s o $P = 0.081$
Interpretación:	se acepta la hipótesis nula. El coeficiente no es significativo: 0.081 es mayor que 0.05; recordemos que 0.05 es el nivel mínimo para aceptar la hipótesis.

Nota precautoria: recuerde lo referente a correlaciones espurias que se comentaron en el capítulo 5, "Definición del alcance de la investigación por realizar".

Creswell (2005) señala que un coeficiente de determinación (r^2) entre 0.66 y 0.85 ofrece una buena predicción de una variable respecto de la otra variable; y por encima de 0.85 implica que ambas variables miden casi el mismo concepto subyacente, son "cercanamente" un constructo semejante.

El coeficiente de correlación de Pearson es útil para relaciones lineales, como lo veremos en la regresión lineal, pero no para relaciones curvilineales; en este caso o cuando las variables son ordinales, se suele usar la *rho* de Spearman (ρ) (Onwuegbuzie, Daniel y Leech, 2006b).

Cuando queremos correlacionar simultáneamente más de dos variables, por ejemplo: motivación, satisfacción en el trabajo, moral y autonomía; o como lo hicieron Wood *et al.* (2009) con productividad del médico (medida en unidades de valor relativo McGladrey, MRVU), tiempo médico/paciente, satisfacción y confianza del paciente, se utiliza el coeficiente de correlación múltiple o *R*, el cual se revisa en el capítulo adicional 8 "Análisis estadístico: segunda parte", del centro de recursos.

Centro de recursos en línea

Para el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson mediante IBM SPSS®, no olvide consultar el manual respectivo. En Minitab en Estadísticas → Estadísticas básicas.

¿Qué es la regresión lineal?

3

Es un modelo estadístico para estimar el efecto de una variable sobre otra. Está asociado con el coeficiente *r* de Pearson. Brinda la oportunidad de predecir las puntuaciones de una variable a partir de las puntuaciones de la otra variable. Entre mayor sea la correlación entre las variables (covariación), mayor capacidad de predicción.

Hipótesis: correlacionales y causales.

Variables: dos. Una se considera como independiente y otra como dependiente. Pero, para poder hacerlo, debe tenerse un sólido sustento teórico.

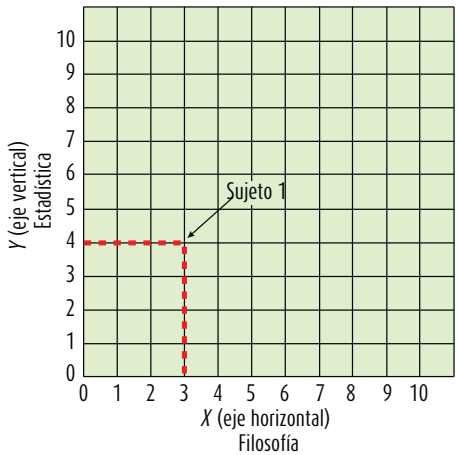
Nivel de medición de las variables: intervalos o razón.

Procedimiento e interpretación: la regresión lineal se determina con base en el diagrama de dispersión. Éste consiste en una gráfica donde se relacionan las puntuaciones de una muestra en dos variables (Martin y Bridgmon, 2012; Bednarczyk y McNutt, 2007; Harrington, 2007; Daniel, Onwuegbuzie y Leech, 2006; y Wood y Park, 2003). Veámoslo con un ejemplo sencillo de ocho casos. Una variable es la calificación en Filosofía y la otra variable es la calificación en Estadística; ambas medidas, hipotéticamente, de 0 a 10.

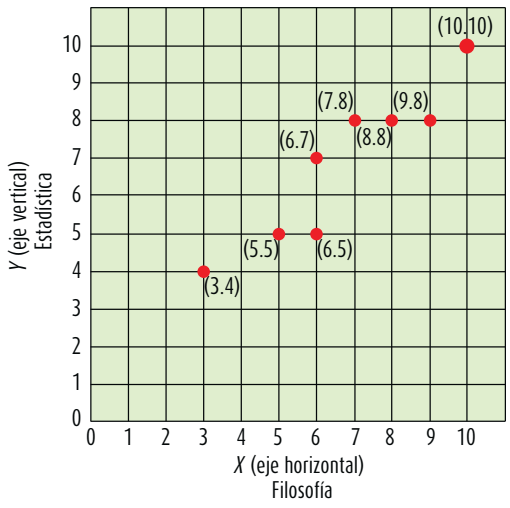
	Puntuaciones	
Sujetos	Filosofía (*X*)	Estadística (*Y*)
1	3	4
2	8	8
3	9	8
4	6	5
5	10	10
6	7	8
7	6	7
8	5	5

Figura 10.18 Ejemplo de gráficas de dispersión.

El *diagrama de dispersión* se construye graficando cada par de puntuaciones en un espacio o plano bidimensional. Sujeto "1" tuvo 3 en *X* (filosofía) y 4 en *Y* (estadística):

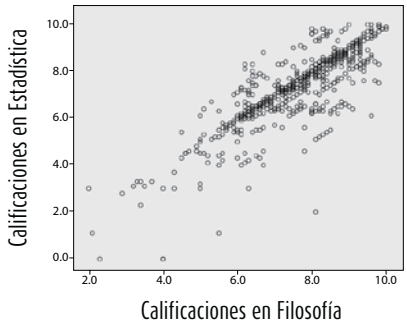


Así se grafican todos los pares:



(*continúa*)

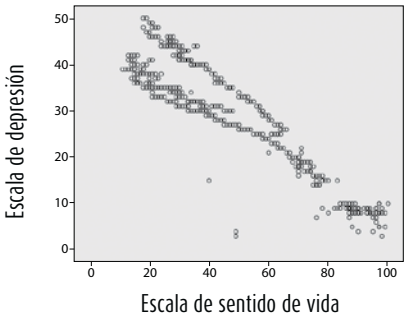
Figura 10.18 (*continuación*)



Los *diagramas de dispersión* son una manera de visualizar gráficamente una correlación. Por ejemplo:

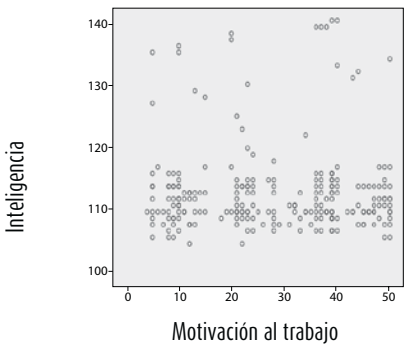
Si aplicáramos los exámenes de Filosofía y Estadística (escala de 0 a 10 en ambas mediciones) a 775 alumnos y obtuviéramos el siguiente resultado: $r = 0.814$** (significativa al nivel del .01). La correlación es considerablemente positiva y el diagrama de dispersión sería el siguiente:[20]

La tendencia es ascendente, altas puntuaciones en *Y*, altas puntuaciones en *X* (mejores calificaciones en Estadística están asociadas con mejores calificaciones en Filosofía).

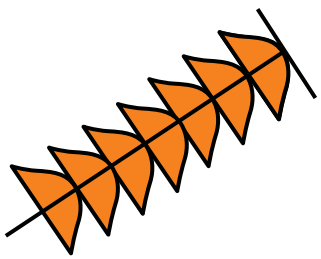


En cambio, si administráramos una prueba sobre la "depresión" (escala de 0 a 50) y una que mida el "sentido de vida" (0 a 100) y el resultado fuera: -0.926** (significativa al nivel del .01). La correlación es sumamente negativa y el diagrama de dispersión sería el siguiente:

La tendencia es descendente, altas puntuaciones en *depresión* se encuentran vinculadas con bajas en *sentido de vida*, y viceversa.



En el caso de que dos variables no estén correlacionadas, por ejemplo: $r = .006$ (no significativa) (digamos entre "inteligencia" −90 a 140− y "motivación al trabajo" −0 a 50−). El diagrama de dispersión no tiene ninguna tendencia:



Así, cada punto representa un caso y un resultado de la intersección de las puntuaciones en ambas variables. El diagrama de dispersión puede ser resumido a una línea, si hay tendencia.

Conociendo la línea y la tendencia, podemos predecir los valores de una variable conociendo los de la otra variable (Shapiro, 2008).

Esta línea es la recta de regresión y se expresa mediante la *ecuación de regresión lineal*:

$$Y = a + bX$$

en donde *Y* es un *valor de la variable dependiente* que se desea predecir, *a* es la *ordenada* en el origen (intersección) y *b* la *pendiente* o inclinación, *X* es el valor que fijamos en la variable independiente o *predictora*.

Los programas de análisis estadístico que incluyen la *regresión lineal*, proporcionan los datos de *a* y *b*.

a o intercepción (*intercept*) y *b* o pendiente (*slope)*

[20] Estos diagramas fueron visualizados a través de SPSS, versión 15.

Para predecir un valor de *Y*, se sustituyen los valores correspondientes en la ecuación.

Ejemplo

a (intercepción) = 1.2

b (pendiente) = 0.8

Entonces podemos hacer la predicción: ¿a un valor de 7 en Filosofía qué valor le corresponde en Estadística?

$$Y = \underset{a}{1.2} + \underset{b}{(0.8)}\,\underset{X}{(7)}$$

$$Y = 6.8$$

Predecimos que a un valor de 7 en *X* le corresponderá un valor de 6.8 en *Y*.

Ejemplo

Regresión lineal

Hi: "La autonomía laboral es una variable que predice la motivación intrínseca en el trabajo. Ambas variables están relacionadas".
Las dos variables fueron medidas en una escala de 1 a 5.

Resultado: a (intercepción) = 0.42
b (pendiente) = 0.65

Interpretación: cuando *X* (autonomía) es 1, la predicción estimada de *Y* es 1.07; cuando *X* es 2, la predicción estimada de *Y* es 1.72; cuando *X* es 3, *Y* será 2.37; cuando *X* es 4, *Y* será 3.02; y cuando *X* es 5, *Y* será 3.67.

$$Y = a + bX$$
$$1.07 = 0.42 + 0.65\ (1)$$
$$1.72 = 0.42 + 0.65\ (2)$$
$$2.37 = 0.42 + 0.65\ (3)$$
$$3.02 = 0.42 + 0.65\ (4)$$
$$3.67 = 0.42 + 0.65\ (5)$$

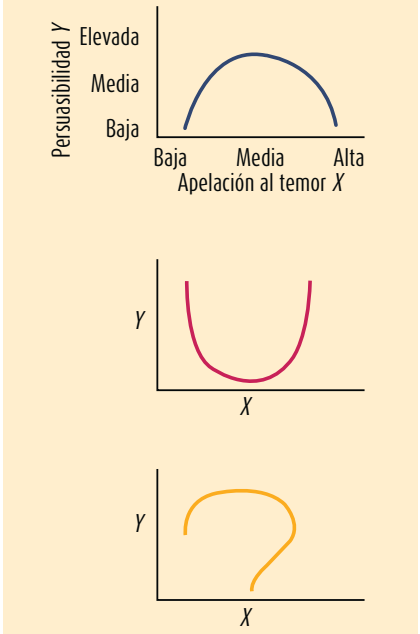
Consideraciones: la regresión lineal es útil con *relaciones lineales,* no con *relaciones curvilineales* (Graham, 2013; Bates y Watts, 2007; y Little, 2003). Porque como señalan León y Montero (2003, p. 191) es un error atribuir a la relación causal una covariación exclusivamente lineal: a mayores valores en la variable independiente, mayores valores en la dependiente. Existen muchas relaciones de causa-efecto que no son lineales, como por ejemplo: la vinculación entre ansiedad y rendimiento. Cierto grado de ansiedad ayuda a conseguir mejores resultados en un examen o la práctica de un deporte; pero, por encima de determinado nivel (nerviosismo extremo), la ejecución empeora. También, la dosis de un medicamento puede tener una relación no lineal con el efecto esperado (cierta dosis no lograrlo por insuficiente y demasiada dosis, provocar otros efectos indeseados con consecuencias muy negativas). Asimismo, determinadas reacciones químicas necesitan una temperatura específica (ni más, ni menos) y lo mismo con la cantidad de riego para una parcela donde se experimenta con cultivos específicos. En la figura 10.19 se muestran ejemplos de estas relaciones.

Las *relaciones curvilineales* son aquellas en las cuales la tendencia varía, por ejemplo: primero es ascendente y luego descendente, o viceversa.

Se ha demostrado que una estrategia persuasiva con niveles altos de apelación al temor, por ejemplo, un comercial televisivo muy dramático, provoca una escasa persuasión, lo mismo que una estrategia persuasiva con niveles muy bajos de apelación al temor.

La estrategia persuasiva más adecuada es la que utiliza niveles medios de apelación al temor. Esta relación es curvilineal; véase figura 10.19.

Figura 10.19 Ejemplos de relaciones curvilineales.



En la práctica, los estudiantes no deben preocuparse por graficar los diagramas de dispersión. Esto lo hace el programa respectivo (SPSS®, Minitab u otro).

¿Qué es la prueba *t*?

Es una prueba estadística para evaluar si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medias en una variable.

Se simboliza: *t*.

Hipótesis: de diferencia entre dos grupos. La hipótesis de investigación propone que los grupos difieren entre sí de manera significativa y la hipótesis nula plantea que los grupos no difieren significativamente.

Los grupos pueden ser dos plantas comparadas en su productividad, dos escuelas contrastadas en los resultados a un examen, dos clases de materiales de construcción cotejados en su rendimiento, dos medicamentos comparados en su efecto, etcétera.

Variables: la comparación se realiza sobre una variable (regularmente y de manera teórica: dependiente). Si hay diferentes variables, se efectuarán varias pruebas *t* (una por cada variable), y la razón que motiva la creación de los grupos puede ser una variable independiente. Por ejemplo, un experimento con dos grupos, donde a uno se le aplica el estímulo experimental y al otro no, es de control.

Nivel de medición de la variable de comparación: intervalos o razón.

Cálculo e interpretación: el valor *t* es calculado por el programa estadístico.[21] Los programas, por ejemplo SPSS, arrojan una tabla con varios resultados, de los cuales los más necesarios para interpretar son el valor *t* y su significancia. Veamos un ejemplo y la interpretación.[22]

Ejemplo

Hi: "Los varones le atribuyen mayor importancia al atractivo físico en sus relaciones heterosexuales que las mujeres".

Ho: "Los varones *no* le atribuyen mayor importancia al atractivo físico en sus relaciones heterosexuales que las mujeres".

La variable *atractivo físico* fue medida a través de una escala que varía de 0 a 18. El grupo de mujeres estuvo constituido por 119 personas y el de hombres por 128 (variable que origina el contraste: género). Los resultados fueron:

$\bar{X}_1$ (mujeres) = 12

$\bar{X}_2$ (hombres) = 15

Valor t = 6.698 (significancia menor de 0.01)

n_1 = 119 mujeres

n_2 = 128 hombres

Grados de libertad = 245

Conclusión: se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula.
Si el valor *t* hubiera sido de 1.05 y no significativo, se aceptaría la hipótesis nula.

La prueba *t* se basa en una distribución muestral o poblacional de diferencia de medias conocida como la distribución *t* de Student que se identifica por los grados de libertad, los cuales constituyen el número de maneras en que los datos pueden variar libremente. Son determinantes, ya que nos indican qué valor debemos esperar de *t*, dependiendo del tamaño de los grupos que se comparan. *Cuanto mayor número de grados de libertad se tengan, la distribución t de Student se acercará más a ser una distribución normal* y usualmente, si los grados de libertad exceden los 120, la distribución nor-

Centro de recursos en línea

[21] Para quienes se interesen en las fórmulas para calcular manualmente el valor de la prueba *t*, se encuentran en el capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte", en Material complementario → Capítulos.

[22] Se evita aquí la discusión sobre si las percepciones pueden medirse en un nivel de intervalos u ordinal. El ejemplo intenta atraer la atención de los alumnos. Desde luego, si el profesor las considera ordinales, puede cambiar el ejemplo por otro que considere pertinente en su campo.

mal se utiliza como una aproximación adecuada de la distribución *t* de Student (Babbie, 2012, Wiersma y Jurs, 2008; y Godby, 2007).

Los grados de libertad se calculan con la fórmula siguiente, en la que n_1 y n_2 son el tamaño de los grupos que se comparan:

$$gl = (n_1 + n_2) - 2$$

Vogt (1999) señala que los grados de libertad indican cuántos casos fueron usados para calcular un valor estadístico en particular.

Hernández-Sampieri *et al.* (2010) realizaron un análisis mediante la prueba *t* con poco menos de medio millón de alumnos de una institución pública, con la finalidad de comparar el desempeño entre mujeres y hombres respecto al promedio general de la carrera, el valor obtenido fue de 22.802, significancia = 0.000 (menor al 0.01). El promedio de los estudiantes fue de 6.58 ($n = 302\ 272$) y el de las estudiantes de 7.11 ($n = 193\ 436$). Ante la interrogante: ¿se observaron diferencias en el desempeño académico por género? Se puede decir que las mujeres obtienen mayor promedio que los hombres en una diferencia de 0.53 puntos, la cual es significativa al nivel del 0.01.

Así como el caso anterior, esta prueba se utiliza frecuentemente para hacer contrastes por género. Por ejemplo, los efectos de administrar un medicamento (digamos, en la presión arterial u otra variable) o seguir una dieta (en la disminución del peso corporal). Buunk, Castro, Zurriaga y González (2011) llevaron a cabo un estudio en España y Argentina para comparar si los hombres son más celosos que las mujeres ante la presencia de un *rival* en cuatro dimensiones o características: atractivo físico, dominación física, poder social y atributos sociales comunitarios. Resultaron significativos al nivel del 0.01, todos los valores "t"[23] de las dos primeras (77.98 en España y 121.89 en Argentina para el atractivo físico, siendo la media de celos mayor en las mujeres; y 21.67 en España y 42.38 en Argentina para dominación física, siendo la media de celos mayor en los hombres). Esto significa que los hombres experimentaron más celos que las mujeres cuando su rival es físicamente más dominante. En cambio, las mujeres experimentaron más celos que los hombres cuando su rival era más atractiva (a los hombres les preocupa la "musculatura de sus rivales" y a las mujeres "el atractivo físico"). La *n* fue de 388 españoles y 444 argentinos de ambos géneros.

Consideraciones: La prueba *t* se utiliza para comparar los resultados de una preprueba con los resultados de una posprueba en un contexto experimental. Se comparan las medias y las varianzas del grupo en dos momentos diferentes: $\bar{X}_1 \times \bar{X}_2$. O bien, para comparar las prepruebas o pospruebas de dos grupos que participan en un experimento:

G_1 $\bar{X}_1$

G_2 $\bar{X}_2$ $\overset{t}{\bigcirc}$ son las pospruebas

Cuando el valor *t* se calcula mediante un paquete estadístico computacional, la significancia se proporciona como parte de los resultados y debe ser menor a 0.05 o 0.01, lo cual depende del nivel de confianza seleccionado (regularmente se ofrece el resultado en dos versiones, según sea el caso, si se asumen o no varianzas iguales).[24] Lo más importante es visualizar el valor *t* y su significancia; véase la tabla 10.13.

Para solicitar en SPSS la prueba *t*, no olvide consultar el manual "Introducción al IBM SPSS®" que se puede descargar del centro de recursos. En Minitab este método se encuentra en: Estadísticas → Estadísticas básicas. En STATS® se denomina: diferencia de dos medias (Difference-Two Means) y simplemente se colocan número de casos o respuestas en cada grupo, medias y desviaciones estándar de los grupos, y automáticamente se calcula el valor *t* y el nivel de significancia expresado en porcentaje.

Centro de recursos en línea

[23] Ellos lo expresan como valores "F", que prácticamente es lo mismo, implicando también análisis de las varianzas.

[24] Cuando se incluyen participantes diferentes en los grupos del experimento, el diseño se considera de "grupos independientes" (León y Montero, 2003) y no se asumen varianzas iguales.

Tabla 10.13 Elementos fundamentales para interpretar los resultados de una prueba *t*

Estadísticos de grupo

F3	Género	N	Media	Desviación tip.		Error tip. de la media
	Masculino	86	3.69	1.043		0.113
	Femenino	88	3.84	1.071		0.114

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba *t* para la igualdad de medias						
									95% intervalo de confianza para la diferencia	
		F	Sig.	*t*	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	inferior	superior
F3	Se han asumido varianzas iguales	0.001	0.970	−0.966	172	0.335	−0.15	0.160	−0.471	0.162
	No se han asumido varianzas iguales			−0.966	171.98	0.335	−0.15	0.160	−0.471	0.162

Valor "F" diferencia entre las varianzas de los grupos (dispersión de los datos)

Valor "t"

Significancia: no es menor al 0.05, mucho menos al 0.01: No hay diferencias entre los grupos en la variable de contraste

¿Qué es el tamaño del efecto?

2 Al comparar grupos, en este caso con la prueba *t*, es importante determinar el tamaño del efecto, que es una medida de la "fuerza" de la diferencia de las medias u otros valores considerados (Creswell, 2013a; Alhija y Levy, 2009; y Cortina, 2003). Resulta ser una medida en unidades de desviación estándar.

¿Cómo se calcula? El tamaño del efecto es justo la diferencia estandarizada entre las medias de los dos grupos. En otras palabras:

$$\text{Tamaño total del efecto} = \frac{\text{Media del grupo 1} - \text{Media del grupo 2}}{\text{Desviación estándar sopesada}}$$

La desviación estándar sopesada es la estimación reunida de la desviación estándar de ambos grupos, basada en la premisa que cualquier diferencia entre sus desviaciones es solamente debida a la variación del muestreo (Rodríguez, 2006 y Creswell, 2005).

La desviación estándar sopesada (denominador en la fórmula) se calcula así:

$$\sqrt{\frac{(N_E - 1)SD_E^2 + (N_C - 1)SD_C^2}{N_E + N_C - 2}}$$

Donde N_E y N_C son el tamaño de los grupos (grados de libertad), respectivamente; en tanto que, SD_E y SD_C son sus desviaciones estándares.

Ejemplo

17.9 − 15.2/3.3 = 0.82 (interpretación: las medias varían menos de una desviación estándar, una respecto de la otra).

Ejemplo

28.5 − 37.5/4.1 = −2.19 (los promedios varían más de dos desviaciones estándar uno sobre otro).

¿Qué es la prueba de diferencia de proporciones?

Es una prueba estadística para analizar si dos proporciones o porcentajes difieren significativamente entre sí.

Hipótesis: de diferencia de proporciones en dos grupos.

Variable: la comparación se realiza sobre una variable. Si hay varias, se efectuará una prueba de diferencia de proporciones por variable.

Nivel de medición de la variable de comparación: cualquier nivel, incluso por intervalos o razón, pero siempre expresados en proporciones o porcentajes.

Procedimiento e interpretación: este análisis puede realizarse muy fácilmente en el programa STATS®, subprograma: Diferencia de dos proporciones (Difference-Two Percentages). Se colocan el número de casos y el porcentaje obtenido para cada grupo y se calcula. Eso es todo. No se necesita de fórmulas y tablas como se hacía anteriormente.

Ejemplo

Hi: "El porcentaje de liberales en la ciudad de Arualm es mayor que en Linderbuck".

En STATS® colocamos los datos que se nos requiere:

Inputs

Grupo uno

Número de respondientes en grupo uno

410

Porcentaje medido en grupo uno

55

Grupo dos

Número de respondientes en grupo uno

301

Porcentaje medido en grupo uno

48

Calculamos **Calculate** y se obtienen los resultados:

Results

Probabilidad de diferencia significativa

94.52%

Valor Z

1.92

Como no se alcanza una significancia de 95% (porque STATS®, al contrario de SPSS® o Minitab, proporciona el porcentaje de ésta a favor), aceptamos la hipótesis nula y rechazamos la de investigación.

Con esta prueba podemos analizar, por ejemplo, si el porcentaje de mujeres con cáncer de mama es significativamente diferente en dos comunidades, si el porcentaje de errores en la producción de arneses automotrices es significativamente distinto en dos plantas, si el porcentaje de reprobados es significativamente desigual entre los alumnos de bachillerato del turno matutino y del vespertino, etc. Desde luego, no es necesario que los grupos por comparar tengan el mismo número de unidades, casos, respondientes o equivalentes (n), salvo las consideraciones de muestreo hechas previamente (tamaño mínimo de grupos).

¿Qué es el análisis de varianza unidireccional o de un factor? (ANOVA *one-way*)

3 Es una prueba estadística para analizar si más de dos grupos difieren significativamente entre sí en cuanto a sus medias y varianzas. La *prueba t* se aplica para *dos grupos* y el *análisis de varianza unidireccional* se usa para *tres, cuatro o más grupos.* Aunque con dos grupos se puede utilizar también.

Hipótesis: de diferencia entre más de dos grupos. La hipótesis de investigación propone que los grupos difieren significativamente entre sí y la hipótesis nula propone que los grupos no difieren significativamente.

Variables: una variable independiente y una variable dependiente.

Nivel de medición de las variables: la variable independiente es categórica y la dependiente es por intervalos o razón.

El hecho de que la variable independiente sea categórica significa que es posible formar grupos diferentes (Martin y Bridgmon, 2012 y Lazar, 2006). Puede ser una variable nominal, ordinal, por intervalos o de razón (pero en estos últimos dos casos la variable debe reducirse a categorías).

Por ejemplo:[25]

- Religión (católica, cristiana, protestante, judía, musulmana, budista, etc.) (puede compararse la satisfacción de los grupos con su religión o el grado de espiritualidad: Soto, 2014).
- Nivel socioeconómico (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo) (contrastarse su lealtad a la marca).
- Antigüedad del empleado en la empresa (de cero a un año, más de un año a cinco años, más de cinco años a 10, más de 10 años a 20 y más de 20 años) (cotejarse su productividad).
- Estadios del cáncer de próstata (I, II, III y IV) (comparar su grado de depresión).
- Obesidad y peso: peso insuficiente, normopeso, sobrepeso, obesidad en grados (I, II, III y IV —extrema—) (cotejar sus niveles de glucosa y presión arterial).
- Giro de la empresa: comercial, industrial y de servicios (comparar los efectos de una medida fiscal en su nivel de tributación).
- Tipo de concreto premezclado (estándar, de fraguado rápido, reforzado con fibras, autocompactante, poroso, antibacteriano, etc.) (contrastar su resistencia).

Análisis de varianza Prueba estadística para analizar si más de dos grupos difieren entre sí de manera significativa en sus medias y varianzas.

Interpretación: el **análisis de varianza** unidireccional produce un valor conocido como *F* o *razón F*, que se basa en una distribución muestral, conocida como *distribución F*, la cual es otro miembro de la familia de distribuciones muestrales. La *razón F* compara las variaciones en las puntuaciones debidas a dos diferentes fuentes: variaciones entre los grupos que se comparan y variaciones dentro de los grupos. Si el valor *F* es significativo implica que los grupos difieren entre sí en sus promedios (Zhang, 2013; The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009h;, Klugkist, 2008; Field, 2006a y 2006b; y Norpoth, 2003). Entonces se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la nula.[26] A continuación se presenta un ejemplo de un estudio en el que el análisis apropiado es el de varianza.

Ejemplo

Hi: "Los niños que se expongan a contenidos de elevada violencia televisiva exhibirán una conducta más agresiva en sus juegos, respecto de los niños que se expongan a contenidos de mediana o baja violencia televisada".

Ho: "Los niños que se expongan a contenidos de elevada violencia televisiva no exhibirán una conducta más agresiva en sus juegos, respecto de los niños que se expongan a contenidos de mediana o baja violencia televisada".

[25] Ejemplos sencillos, simplemente para que el lector que comienza con estos temas tenga una idea de las múltiples aplicaciones del ANOVA. Su profesor puede proporcionar diversas aplicaciones a su área.

[26] El sustento y explicación del análisis de varianza unidireccional que en las primeras cuatro ediciones se incluía en esta parte, ahora la puede encontrar el lector en el centro de recursos: Material Complementario → Capítulos → Capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte". Le recomiendo descargar y revisar este capítulo.

Centro de recursos en línea

La variable independiente es el grado de exposición a la violencia televisada y la variable dependiente es la agresividad exhibida en los juegos, medida por el número de conductas agresivas observadas (nivel de medición por intervalos).

Para probar la hipótesis se diseña un experimento con cuatro grupos:

G_1X_1 (elevada violencia)
G_2X_2 (mediana violencia)
G_3X_3 (baja violencia)
G_4 – (conducta prosocial)

Número de actos agresivos

En cada grupo hay 25 niños.

La razón *F* fue de 9.89 y resultó significativa en el nivel de 0.05: se acepta la hipótesis de investigación. La diferencia entre las medias de los grupos es admitida, el contenido sumamente violento tiene un efecto sobre la conducta agresiva de los niños en sus juegos. El estímulo experimental tuvo un impacto. Esto se corrobora comparando las medias de las pospruebas de los cuatro grupos, porque el análisis de varianza unidireccional sólo nos señala si la diferencia entre las medias y las distribuciones de los grupos es o no significativa; pero no nos indica en favor de qué grupos lo es. Es posible hacer esto último al visualizar los promedios y compararlos con las distribuciones de sus grupos. Y si adicionalmente queremos cotejar cada par de medias ($\bar{X}_1$ con $\bar{X}_2$, $\bar{X}_1$ con $\bar{X}_3$, $\bar{X}_2$ con $\bar{X}_3$, etc.) y determinar con exactitud dónde están las diferencias significativas, podemos aplicar un contraste posterior, con el cálculo de una prueba *t* para cada par de medias; o bien, por medio de algunas estadísticas que suelen ser parte de los análisis efectuados en los paquetes estadísticos computacionales.

Tales estadísticas se incluyen en la tabla 10.14.

Tabla 10.14 Principales estadísticas para comparaciones posteriores (*post hoc*) en el ANOVA unidireccional o de un factor[27]

Nombre	Siglas
• Diferencia menos significativa	DMS
• Prueba *F* de Ryan-Einot-Gabriel-Welsch	R-E-G-W F
• Prueba de rango de Ryan-Einot-Gabriel-Welsch	R-E-G-W Q
• Prueba de Tukey	
• Otras: Waller-Duncan, T2 de Tamhane, T3 de Dunnett, Games-Howell, *C* de Dunett, Bonferroni, Sidak, Gabriel, Hochberg, Scheffé...	

Ejemplo

Supongamos que por medio de una escala de Likert (1-5)[28] medimos la actitud que tienen hacia el entrenador del equipo de fútbol de una ciudad, las tres porras o grupos de aficionados permanentes: la Ultra, la Central y la de Veteranos. Y queremos analizar si difieren significativamente entre sí. Realizamos el análisis de varianza y los resultados son los que se muestran en la tabla 10.15 con los elementos que suelen incluir los programas de análisis estadístico como SPSS, nada más que éstos abrevian términos.

Tabla 10.15 Ejemplo de análisis de varianza

ANOVA Actitud hacia el entrenador del equipo de fútbol					
Fuente de variación	**Suma de cuadrados**	**Grados de libertad**	**Medias cuadráticas**	**Valor *F***	**Significancia**
Intergrupos	46 768	2	23 384	17.394	0.000
Intragrupos	793 175	590	1 344		
Total	839 943	592			

[27] Algunas pruebas son para cuando se asumen varianzas iguales y otras no, el programa indica cuáles se utilizan en cada caso.

[28] Una vez más, se elude a propósito la polémica de si la escala de Likert es de intervalos u ordinal. Si el profesor la considera ordinal, puede cambiar el ejemplo por el número de veces que han expresado públicamente su apoyo al entrenador o utilizar otro que considere pertinente en su área.

Descriptivos								
Actitud hacia el entrenador del equipo de fútbol								
					Intervalo de confianza para la media a 95%			
	N	Media	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Porra Ultra	195	3.61	1.046	0.075	3.46	3.76	1	5
Porra Central	208	3.72	1.090	0.076	3.57	3.87	1	5
Porra Veteranos	190	3.07	1.331	0.097	3.88	3.26	1	5
Total	593	3.48	1.191	0.049	3.38	3.57	1	5

Comentario: la actitud de las diferentes porras hacia el entrenador es significativamente distinta, la más desfavorable es la de los veteranos (su media es de 3.07, cerrando o redondeando a décimas: 3.1).

En el ejemplo tratado en capítulos previos, cuya hipótesis es: "el consumo diario y permanente de selenio como suplemento alimenticio reduce el crecimiento de los tumores cancerígenos en mujeres que se encuentran en la etapa inicial de la enfermedad" y teniendo los tres grupos experimentales: 1) participantes a las que se les suministra un complemento alimenticio de selenio en cápsulas de 200 mg diarios, 2) participantes a las que se les administra un complemento alimenticio de selenio en cápsulas de 100 mg diarios y 3) participantes a las que no se les suministra selenio (grupo de control), se podría hacer al final del periodo experimental un *análisis de varianza* para comparar las tasas de crecimiento de los tumores entre los grupos, así como una estimación de máxima probabilidad.

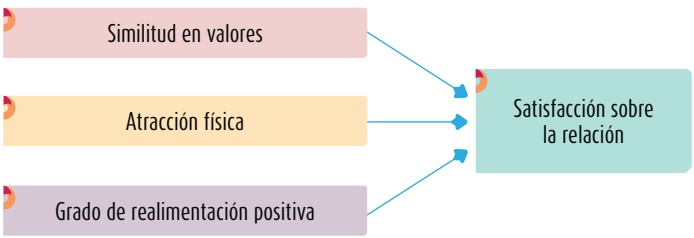
Asimismo, Lee y Guerin (2009) en su estudio para identificar si la satisfacción de la calidad del diseño ambiental del interior de áreas de trabajo u oficinas afecta significativamente la satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes y su desempeño laboral, podría efectuarse un análisis de varianza por grupo de edad [30 o menos (1), 31-40 (2), 41-50 (3) y más de 50 (4)] para evaluar si difieren en cuanto a la satisfacción general sobre el espacio de trabajo.

Estadística multivariada

3 y 4 Hasta aquí hemos visto pruebas paramétricas con una sola variable independiente y una dependiente. ¿Pero qué ocurre cuando tenemos diversas variables independientes y una dependiente, varias independientes y dependientes? Se forman esquemas del tipo que se muestra en la figura 10.20.

Figura 10.20 Ejemplos de esquemas con diversas variables tanto dependientes como independientes.

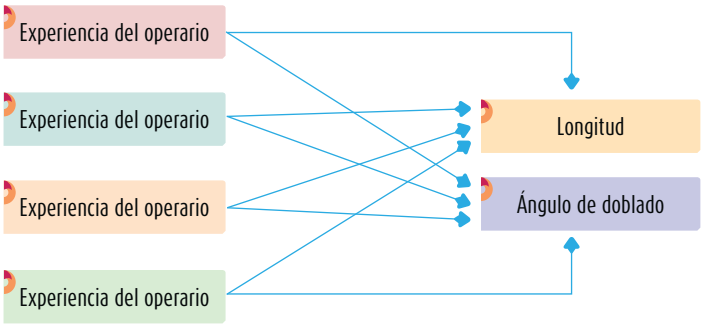
Si queremos probar la hipótesis: "la *similitud en valores*, la *atracción física* y el *grado de realimentación positiva* son factores que inciden en la *satisfacción sobre la relación* en parejas de novios cuyas edades oscilan entre los 24 y los 32 años".



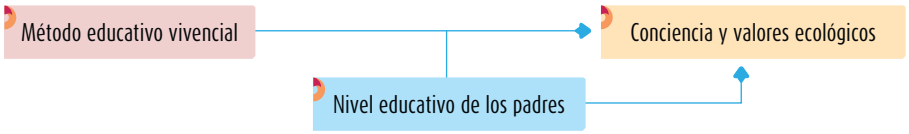
O en el estudio de Pérez, Arango y Agudelo (2009) para determinar el efecto que tienen los factores *experiencia del operario, tipo de dobladora, clase de material* utilizado y su *grosor* sobre la *longitud* y el *ángulo* de *doblado* de las piezas de metal producidas.

(*continúa*)

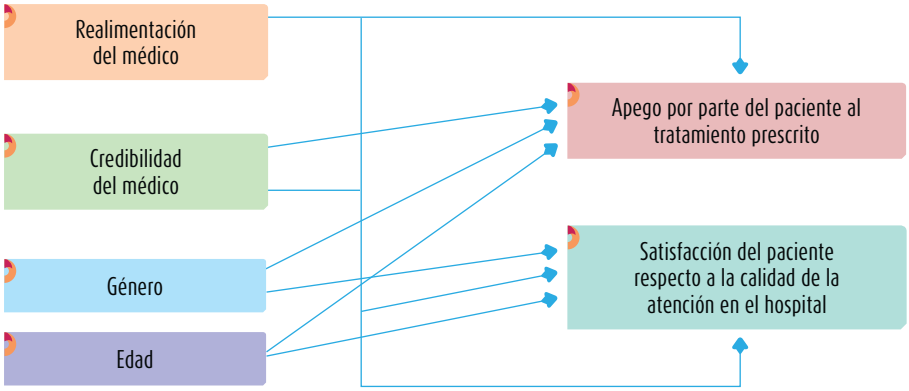
Figura 10.20 (*continuación*)



Asimismo, si pretendemos evaluar si un *método educativo* incrementa la *conciencia* y *valores ecológicos* de los estudiantes de bachillerato, controlando y analizando la influencia de la variable *nivel educativo de los padres*.



Si buscamos conocer la influencia de cuatro variables de los médicos sobre el apego al tratamiento y la satisfacción en torno a la atención por parte de sus pacientes.



Entonces, requerimos otros métodos estadísticos como los que se muestran en la tabla 10.16. Estos métodos se comentan en el capítulo 8 del centro de recursos, "Análisis estadístico: segunda parte", en análisis multivariado (Material Complementario → Capítulos → Capítulo 8).

Centro de recursos en línea

Tabla 10.16 Métodos estadísticos multivariados (se amplía en el capítulo 8 del centro de recursos en línea)

Método	Propósitos fundamentales
Análisis de varianza factorial (ANOVA de varios factores)	Evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente.
Análisis de covarianza (ANCOVA)	Analizar la relación entre una variable dependiente y dos o más independientes, al eliminar y controlar el efecto de al menos una de estas variables independientes.
Regresión múltiple	Evaluar el efecto de dos o más variables independientes sobre una variable dependiente, así como predecir el valor de la variable dependiente con una o más variables independientes, y estimar cuál es la independiente que mejor predice las puntuaciones de la dependiente. Se trata de una extensión de la regresión lineal.

(*continúa*)

Tabla 10.16 (*continuación*)

Método	Propósitos fundamentales
Análisis multivariado de varianza (MANOVA)	Analizar la relación entre dos o más variables independientes y dos o más variables dependientes.
Análisis lineal de patrones (PATH)	Determinar y representar interrelaciones entre variables a partir de regresiones, así como analizar la magnitud de la influencia de algunas variables sobre otras, influencia directa e indirecta. Es un modelo causal.
Análisis discriminante	Construir un modelo predictivo para pronosticar el grupo de pertenencia de un caso a partir de las características observadas de cada caso (predecir la pertenencia de un caso a una de las categorías de la variable dependiente, sobre la base de dos o más independientes).
Distancias euclidianas	Evaluar la similitud entre variables (en unidades de correlación).

Análisis no paramétricos

3 y 4

Para realizar los análisis no paramétricos debe partirse de las siguientes consideraciones:[29]

1. La mayoría de estos análisis no requieren de presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional. Aceptan distribuciones no normales (distribuciones "libres").
2. Las variables no necesariamente tienen que estar medidas en un nivel por intervalos o de razón; pueden analizar datos nominales u ordinales. De hecho, si se quieren aplicar análisis no paramétricos a datos por intervalos o razón, éstos necesitan resumirse a categorías discretas (a unas cuantas). Las variables deben ser categóricas.

¿Cuáles son los métodos o las pruebas estadísticas no paramétricas más utilizados?

Las *pruebas no paramétricas más utilizadas* son:[30]

1. La ***chi cuadrada*** o χ^2.
2. Los coeficientes de correlación e independencia para tabulaciones cruzadas.
3. Los coeficientes de correlación por rangos ordenados de Spearman y Kendall.

Chi cuadrada Prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

¿Qué es la *Chi* cuadrada o χ^2?

Es una prueba estadística para evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

Se simboliza: χ^2.

Hipótesis por probar: correlacionales.

Variables involucradas: dos. La prueba *Chi* cuadrada no considera relaciones causales.

Nivel de medición de las variables: nominal u ordinal (o intervalos o razón reducidos a ordinales).

Procedimiento: se calcula por medio de una *tabla de contingencia o tabulación cruzada*, que es un cuadro de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías.

Un ejemplo de una tabla de contingencia se presenta en la tabla 10.17.

Tabla 10.17 Ejemplo de una tabla de contingencia

		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Intención del voto	Candidata A Guadalupe Torres	40	58	98
	Candidata B Liz Almanza	32	130	162
Total		72	188	260

[29] Patrangenaru y Ellingson (2013), Chaubey (2013), Wiersma y Jurs (2008), Pett (2007), Sroka (2006) y Black (2003).
[30] Hollander, Wolfe y Chicken (2013); Howell (2011); Pett (2007), Sroka (2006); Chen y Popovich (2002); y Gibbons (1992).

Esta tabla demuestra el concepto de *tabla de contingencia* o *tabulación cruzada*. Las variables aparecen señaladas a los lados del cuadro (*intención del voto* y *género*), cada una con sus dos categorías. Se dice que se trata de una tabla 2 × 2, donde cada dígito significa una variable y el valor de éste indica el número de categorías de la variable:

2	×	2
↑		↑
Una variable con dos categorías		Otra variable con dos categorías

Un ejemplo de una tabla de contingencia 2 × 3 se muestra en la tabla 10.18. Las dos variables son: *tipo de tratamiento* contra el cáncer gástrico (tres categorías) y resultado final (dos categorías: sobrevivió o falleció). Los números que aparecen en las celdas son frecuencias. Por ejemplo: 20 pacientes que recibieron el tratamiento 1 sobrevivieron. Es necesario hacer notar que no importa cuál variable esté en la parte superior o a la izquierda, porque al final lo fundamental es que todas las categorías de una variable se crucen con todas las categorías de la otra.

Tabla 10.18 Ejemplo de una tabla de contingencia 3 × 2

		Resultado final		Total
		Sobrevivió	Falleció	
Tipo de tratamiento para el cáncer gástrico	Tratamiento 1	20	2	22
	Tratamiento 2	11	8	19
	Tratamiento 3	5	13	18
	Total	36	23	59

Otro ejemplo de relación que podrían analizarse con la *Chi* cuadrada es: *máquina utilizada* en la fabricación de tornillos (cuatro categorías: máquina 1, máquina 2, máquina 3 y máquina 4) y *calidad de la pieza* (dos categorías: defectuosa o sin defectos), para analizar diferencias por máquina.

En esencia, la *Chi* cuadrada es una *comparación* entre la *tabla de frecuencias observadas* y la denominada *tabla de frecuencias esperadas*, la cual constituye la tabla que esperaríamos encontrar si las variables fueran estadísticamente independientes o no estuvieran relacionadas (Wright, 1979). Es una prueba que parte del supuesto de "no relación entre variables" (hipótesis nula) y el investigador evalúa si en su caso esto es cierto o no, analiza si las frecuencias observadas son diferentes de lo que pudiera esperarse en caso de ausencia de correlación (Howell, 2011; Trobia, 2008; Bond, 2007b; Lane, 2006; y Platt, 2003b). La lógica es así: "si no hay relación entre las variables, debe tenerse una tabla así (la de las frecuencias esperadas). Si hay relación, la tabla que obtengamos como resultado en nuestra investigación tiene que ser muy diferente respecto de la tabla de frecuencias esperadas". Es decir, lo que se contó en comparación con lo que se esperaría del azar.

3

La *Chi* cuadrada se puede obtener a través de los programas estadísticos o mediante STATS®.

En SPSS el programa produce un resumen de los casos válidos y perdidos para cada variable (N y porcentaje) y una tabla de contingencia sencilla, como la 10.17, o bien una tabla más compleja con diversos resultados por celda (frecuencias contadas u observadas, frecuencias esperadas, porcentajes respecto a marginales y totales, etc.). Este segundo caso se muestra en el capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte" (al final), en la parte sobre Chi cuadrada, que como se ha recomendado puede descargarse del centro de recursos.

El programa también proporciona el valor de *Chi* cuadrada junto con otras pruebas (pero recomendamos centrarse en el resultado de ésta), como se muestra en el siguiente ejemplo que corresponde a la tabla 10.17:

	Valor	Grados de libertad (gl)	Significancia
Chi cuadrada de Pearson	13.529	1	0.000

En este caso, el valor de *Chi* cuadrada es significativo al nivel del 0.01, es decir, se acepta la hipótesis de investigación de que existe relación entre las variables *intención del voto* y *género* (Liz Almanza gana, pero sobre todo por el voto femenino).

Algunas veces, solamente se utiliza el valor de *Chi* cuadrada simplemente para ver si hay o no relación entre las variables.

Ejemplo

Hi: "Los tres canales de televisión a nivel nacional difieren en la cantidad de programas de acción social, neutrales y antisociales que difunden". "Hay relación entre la variable *canal de televisión nacional* y la variable *emisión de programas* de acción social*, neutrales y antisociales*".

Resultados:

$$\chi^2 = 7.95$$
$$gl = 4$$

Significancia mayor de 0.05.
Conclusión: se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la nula. No hay relación entre las variables.

Centro de recursos en línea

El lector podrá encontrar el cálculo de la Chi cuadrada en STATS® al final del capítulo 8, "Análisis estadístico: segunda parte", del centro de recursos.

¿Qué son los coeficientes de correlación e independencia para tabulaciones cruzadas?

Además de la *Chi* cuadrada, hay *otros coeficientes* para evaluar si las variables incluidas en la tabla de contingencia o tabulación cruzada están correlacionadas. En la tabla 10.19 se describen los coeficientes más importantes para tal finalidad.[31]

Tabla 10.19 Principales coeficientes para tablas de contingencia

Coeficiente	Para cuadros de contingencia...	Nivel de medición de ambas variables	Interpretación
Phi (φ)	2 × 2	Nominal. Puede utilizarse con variables ordinales reducidas a dos categorías. SPSS lo muestra en cálculos para datos nominales.	En tablas 2 × 2 varía de 0 a 1, donde cero implica ausencia de correlación entre las variables; y uno, que hay correlación perfecta entre las variables. En tablas más grandes, *phi* puede ser mayor de 1.0, pero la interpretación es compleja. Por ello, se recomienda limitar su uso a las tablas 2 × 2.
Coeficiente de contingencia *C* de Pearson	Cualquier tamaño. De hecho es un ajuste de *phi* para tablas con más de dos categorías en las variables. Incluso funciona mejor con tablas de 5 × 5.	Nominal. Puede utilizarse con variables ordinales reducidas a dos categorías.	0 a 1, pero en tablas menores a 5 × 5, se acerca pero nunca alcanza el uno.
V de Cramer (*C*)	Cualquier tamaño.	Cualquier nivel de variables, pero siempre reducidas a categorías. SPSS lo muestra en cálculos para datos nominales.	0 a 1, pero el uno solamente se alcanza si ambas variables tienen el mismo número de categorías (o marginales).

(*continúa*)

[31] En SPSS encontrará otros que se incluyen por nivel de medición: Kappa, McNemar, Cochran, Riesgo, etcétera.

Tabla 10.19 (*continuación*)

Coeficiente	Para cuadros de contingencia...	Nivel de medición de ambas variables	Interpretación
Goodman-Kruskal *Lambda* o sólo *Lambda* (λ)	Cualquier tamaño.	Cualquier nivel de variables, pero siempre reducidas a categorías. SPSS lo muestra en cálculos para datos nominales.	Fluctúa entre 0 y 1, asume causalidad, lo que significa que puede predecirse a la variable dependiente definida en la tabla, sobre la base de la independiente. La versión usual de *Lambda* es asimétrica. Sin embargo, SPSS y otros programas presentan tres versiones: una simétrica y dos asimétricas (estas últimas representan a cada una de las variables considerada como dependiente). La versión simétrica es simplemente el promedio de las dos *Lambdas* asimétricas. Una prueba asimétrica presupone que el investigador puede designar cuál es la variable independiente y cuál la dependiente. En una simétrica no se asume tal causalidad.
Coeficiente de incertidumbre o entropía o *U* de Theil	Cualquier tamaño.	Cualquier nivel de variables, pero siempre reducidas a categorías. SPSS lo muestra en cálculos para datos nominales.	Fluctúa entre 0 y 1, asume causalidad, lo que significa que puede predecirse a la variable dependiente definida en la tabla, sobre la base de la independiente. Por razones históricas (de costumbre), el coeficiente se ha computado frecuentemente en términos de predecir la variable de las columnas, sobre la base de la variable de las filas.
Gamma de Goodman y Kruskal	Cualquier tamaño.	Ordinal.	Varía de −1 a +1 (−1 es una relación negativa perfecta, y +1 una relación positiva perfecta).
Tau-a, Tau-b y *Tau-c* (τa, τb, τc)	Cualquier tamaño.	Ordinal.	Varían de −1 a +1. *Tau-a* y *Tau-b* son asimétricas y *Tau-c* es simétrica.
D de Somers	Cualquier tamaño.	Ordinal.	Varía de −1 a +1.
Kappa	Cualquier tamaño.	Datos categorizados por intervalo.	Regularmente de 0 a 1.

Para profundizar en las fórmulas y premisas de estos análisis, véase Chaubey (2013), Hollander *et al.* (2013), Black (2003), Gibbons (1992) y Nie, Hull, Jenkins, Steinbrenner y Bent (1975).

¿Qué otra aplicación tienen las tablas de contingencia?

Las tablas de contingencia, además de servir para el cálculo de *Chi* cuadrada y otros coeficientes, son útiles para describir conjuntamente dos o más variables. Esto se efectúa al convertir las frecuencias observadas en frecuencias relativas o porcentajes. En una tabulación cruzada puede haber tres tipos de porcentajes respecto de cada celda.

- *Porcentaje en relación con el total de frecuencias observadas* ("*N*" *o* "*n*" *de muestra*).
- *Porcentaje en relación con el total marginal de la columna.*
- *Porcentaje en relación con el total marginal del renglón.*

Veamos con un ejemplo hipotético de una tabla 2 × 2 con las variables género y preferencia por un conductor televisivo. Las frecuencias observadas serían:

Ejemplo

		Género		
		Masculino	Femenino	
Preferencia por el conductor	*A*	25	25	50
	B	40	10	50
		65	35	100

Las celdas podrían representarse así:

a	*c*
b	*d*

Tomemos el caso de *a* (celda superior izquierda). La celda *a* (25 frecuencias observadas) con respecto al total ($N = 100$) representa 25%. En relación con el total marginal de columna (cuyo total es 65) representa 38.46% y respecto del total marginal de renglón (cuyo total es 50) significa 50%. Esto puede expresarse así:

Ejemplo

	Frecuencias observadas		
	25		
En relación con *N*	25.00%		
En relación con "*a* + *b*"	38.46%	*c*	*a* + *c* = 50
En relación con "*a* + *c*"	50.00%		
	b	*d*	*b* + *d*
	a + *b* = 65	*c* + *d*	100 = *N*

Así procedemos con cada categoría, como ocurre en la tabla 10.20.

Tabla 10.20 Ejemplo de una tabla de contingencia para describir conjuntamente dos variables

		Género		
		Masculino	Femenino	
Preferencia por el conductor	*A*	25	25	50
		25.0%	25.0%	
		38.5%	71.4%	
		50.0%	50.0%	
	B	40	10	50
		40.0%	10.0%	
		61.5%	28.6%	
		80.0%	20.0%	
		65	35	100

Algunos programas ubican los porcentajes incluidos en las celdas en otro orden. Por ejemplo, el porcentaje respecto al total lo colocan al final, pero las interpretaciones son similares.

Otros coeficientes de correlación

El coeficiente de correlación de Pearson es una estadística apropiada para variables medidas por intervalos o razón y para relaciones lineales. La *Chi* cuadrada y demás coeficientes mencionados son estadísticas adecuadas para tablas de contingencia con variables nominales, ordinales y de intervalos, pero reducidas a categorías; ahora, ¿qué ocurre si las variables de nuestro estudio son ordinales, por intervalos y de razón? O bien, una mezcla de niveles de medición, o los datos no necesariamente los disponemos en una tabla de contingencia. Existen otros coeficientes que comentaremos brevemente.

¿Qué son los coeficientes y la correlación por rangos ordenados de Spearman y Kendall?

Coeficientes *rho* de Spearman y *tau* de Kendall Son medidas de correlación para variables en un nivel de medición ordinal; los individuos o unidades de la muestra pueden ordenarse por rangos.

Los **coeficientes rho de Spearman**, simbolizado como *rs*, y **tau de Kendall**, simbolizado como *t*, son medidas de correlación para variables en un nivel de medición ordinal (ambas), de tal modo que los individuos, casos o unidades de análisis de la muestra pueden ordenarse por rangos (jerarquías). Son coeficientes utilizados para relacionar

estadísticamente escalas tipo Likert por aquellos investigadores que las consideran ordinales. Por ejemplo, supongamos que tenemos para refrescos embotellados o sodas las variables "preferencia en el sabor" y "atractivo del envase", y queremos asociarlas estadísticamente, entonces pedimos a un grupo de personas representativas del mercado que evalúen conjuntamente 10 marcas específicas y las ordenen del 1 al 10; en tanto que, "1" es la categoría o el rango máximo en ambas variables. Finalmente se obtienen los siguientes resultados en la muestra:

Marca[32]	Variable 1 Preferencia en el sabor	Variable 2 Atractivo del envase
Loy	1	2
Wiz Cola	2	5
Fan	3	1
Energizador	4	3
Maron	5	4
Manzanol	6	6
Cold	7	8
Zoda II	8	7
Frutol	9	10
Sabrosol	10	9

Para analizar tales resultados, utilizaríamos los coeficientes *rs* y *t*. Ahora bien, debe observarse que todos los refrescos o sodas tienen que jerarquizarse por rangos que contienen las propiedades de una escala ordinal (se ordena de mayor a menor). Ambos coeficientes varían de –1.0 (correlación negativa perfecta) a +1.0 (correlación positiva perfecta), considerando el 0 como ausencia de correlación entre las variables jerarquizadas. Se trata de estadísticas sumamente eficientes para datos ordinales (Howell, 2011; Khamis, 2008; Abdi, 2006; y Kraemer, 2006). La diferencia entre ellos es explicada por Nie *et al.* (1975, p. 289) de la manera siguiente: el coeficiente de Kendall (*t*) resulta un poco más significativo cuando los datos contienen un número considerable de rangos empatados. El coeficiente de Spearman *rho* parece ser una aproximación cercana al coeficiente *r* de Pearson, cuando los datos son continuos (por ejemplo, no caracterizados por un número considerable de empates en cada rango). De acuerdo con Breen y Luijkx (2010) y Creswell (2005) sirve también para analizar relaciones curvilineales.

También se interpreta su significancia igual que Pearson y otros valores estadísticos.

Otros ejemplos serían: relacionar la opinión de dos médicos respecto a la jerarquización de un grupo de pacientes en cuanto al avance de una enfermedad terminal, a fin de decidir cuáles requieren atención más urgente, o bien, dos epidemiólogos que hicieran una evaluación ordinal de las siete amenazas en salud pública para una comunidad y si hay una asociación significativa entre los dos conjuntos de filas, los funcionarios de salud se sentirán más seguros del diagnóstico de vulnerabilidad y las acciones que deben adoptar (Haug, 2007). Onwuegbuzie *et al.* (2006b) correlacionaron mediante el coeficiente *rho* el porcentaje de juegos ganados con el número de puntos anotados en una temporada para jerarquizar el desempeño de los equipos de La Liga Nacional de Fútbol Americano (NFL). Sülar y Okur (2008) relacionaron evaluaciones subjetivas hechas por 18 expertos a telas sobre los atributos de suavidad, grosor y rugosidad con mediciones objetivas de la resistencia a la tensión, flexión, corte, compresión y las propiedades de la superficie (usando diversos aparatos, entre ellos, una boquilla de pruebas), calculando, entre otras estadísticas, coeficientes de concordancia de Kendall, con el propósito de generar modelos de producción.

[32] Nombres ficticios.

¿Qué otros coeficientes hay?

Un coeficiente muy importante es el *Eta*, que es similar al coeficiente *r de Pearson*, pero con relaciones no lineales, las cuales se comentaron anteriormente. Es decir, *Eta* define la "correlación perfecta" (1.00) como curvilineal y a la "relación nula" (0.0) como la independencia estadística de las variables. Este coeficiente es asimétrico (concepto explicado en la tabla 10.19, cuando se revisa Lambda), y a diferencia de Pearson, se puede obtener un valor diferente para el coeficiente al determinar cuál variable se considera independiente y cuál dependiente. Eta^2 es interpretada como el porcentaje de la varianza en la variable dependiente explicado por la independiente. El investigador puede calcular *Eta* de las dos maneras: al cambiar la definición de la independiente y dependiente, luego promediar los dos coeficientes y obtener uno simétrico. *Eta* puede trabajarse en tablas de contingencia. Otros coeficientes se describen en la tabla 10.21.

Tabla 10.21 Otros coeficientes de correlación

Coeficiente	Nivel de medición de las variables	Ejemplos	Interpretación
Biserial (r_b)	Una ordinal y la otra por intervalos o razón.	Jerarquía en la organización y motivación. Edad y nivel de depresión	−1.00 (correlación negativa perfecta). 0.0 (ausencia de relación). +1.00 (correlación positiva perfecta).
Biserial por rangos (r_{rb})	Una variable nominal y la otra ordinal.	Escuela de procedencia (pública-privada) y rango en una prueba de un idioma extranjero (alto, medio, bajo). Género y jerarquía laboral.	−1.00 (correlación negativa perfecta). 0.0 (ausencia de relación). +1.00 (correlación positiva perfecta).
Biserial puntual (r_{pb})	Una variable por inter-valos o razón y la otra nominal.	Motivación al estudio y licenciatura (Economía, Derecho, Administración, etcétera). Número de cigarrillos fumados diariamente y desarrollo de cáncer pulmonar (presencia-ausencia de la enfermedad).	−1.00 (correlación negativa perfecta). 0.0 (ausencia de relación). +1.00 (correlación positiva perfecta).
Tetracórico o *Tetrachoric*	Las dos dicotómicas, no necesariamente expresadas en tablas. Es utilizado sobre todo cuando las variables son de intervalo o razón y han sido dicotomizadas.	Género y afiliación/no afiliación a un partido político. Decisión de abortar y creencia-no creencia en un ser supremo.	−1.00 (correlación negativa perfecta). 0.0 (ausencia de relación). +1.00 (correlación positiva perfecta).

Existen muchos más coeficientes, pero tal vez los más importantes son los señalados. Lo mejor de todo es que los programas computacionales de análisis estadístico los calculan, lo único que tenemos que hacer es interpretarlos y verbalizar sus resultados con comentarios.

Una vista general a los procedimientos o pruebas estadísticas

3 Ahora, presentamos un par de tablas finales (10.22 y 10.23) sobre los principales métodos estadísticos. En la primera se considera: *a*) *el tipo de pregunta de investigación* (descriptiva, de diferencia de grupos, correlacional o causal), *b*) *el número de variables involucradas*, *c*) *nivel de medición de las variables* o *tipo de datos* y *d*) en comparación de grupos, si son *muestras independientes* o *correlacionadas*. En este último punto, las muestras independientes se seleccionan de manera que no exista ninguna relación entre los casos de las muestras; por ejemplo, un grupo experimental y uno de control en un experimento. No hay ningún emparejamiento de las observaciones entre las muestras. Mientras que en las correlacionadas sí existe una relación entre las unidades o participantes de las muestras; por ejemplo, el mismo grupo antes y después de un tratamiento experimental, preprueba y posprueba. La

segunda, tomando en cuenta la naturaleza de la pregunta de investigación, el número de variables independientes, dependientes y de control, el tipo de variable (categórica-continua) y la distribución. Con ellas, se pretende que el alumno, junto con su profesor o profesora, seleccione las pertinentes para efectuar sus análisis de los datos.

Algunas de las pruebas o métodos estadísticos no fueron desarrollados en el capítulo y varios se encuentran en el capítulo 8 del centro de recursos en línea ("Análisis estadístico: segunda parte"), el cual podrá encontrar en: Material Complementario → Capítulos.

Tabla 10.22 Elección de los procedimientos estadísticos o pruebas[33]

1. Pregunta de investigación: Descriptiva	**Procedimiento o prueba**
• Datos nominales	Moda
• Datos ordinales	Mediana, moda
• Datos por intervalos o razón	Media, mediana, moda, desviación estándar, varianza y rango
2. Pregunta de investigación: diferencias de grupos	
a) Dos variables o grupos	
a.1. Muestras correlacionadas	
• Datos nominales	Prueba de McNemar
• Datos ordinales	Prueba de Wilcoxon para pares de rangos
• Datos por intervalos o razón	Prueba *t* para muestras correlacionadas
a.2. Muestras independientes	
• Datos nominales	*Chi* cuadrada
• Datos ordinales	Prueba Mann-Whitney U o prueba Kolmogorov-Smirnov para dos muestras
• Datos por intervalos o razón	Prueba *t* para muestras no correlacionadas o independientes
b) Más de dos variables o grupos	
b.1. Muestras correlacionadas	
• Datos nominales	Prueba Q de Cochran
• Datos ordinales	Análisis de varianza de Friedman en dos vías
• Datos por intervalos o razón	Análisis de varianza (ANOVA)
• Datos por intervalos o razón, control de efectos de otra variable independiente	Análisis de covarianza (ANCOVA)
b.2. Muestras independientes	
• Datos nominales	*Chi* cuadrada para *k* muestras independientes
• Datos nominales u ordinales (categóricos) y de intervalos-razón	*Chi* cuadrada de Friedman
• Datos ordinales	Análisis de varianza en una vía de Kruskal-Wallis (ANOVA)
• Datos por intervalos o razón	Análisis de varianza (ANOVA)
3. Pregunta de investigación: correlacional	
a) Dos variables	
• Datos nominales	Coeficiente de contingencia o *Phi*
• Datos ordinales	Coeficiente de rangos ordenados de Spearman o coeficiente de rangos ordenados de Kendall
• Datos por intervalos o razón	Coeficiente de correlación de Pearson (producto-momento)
• Una variable independiente y una dependiente (ambas de intervalos o razón)	Regresión lineal
• Datos por intervalos y nominales u ordinales	Coeficiente biserial puntual
• Datos por intervalos y una dicotomía artificial en una escala ordinal (la dicotomía es artificial porque subyace una distribución continua)	Coeficiente biserial
b) Más de dos variables	Análisis discriminante
• Datos nominales	Análisis de correlación parcial por rangos de Kendall
• Datos ordinales	Coeficiente de correlación parcial o múltiple, R^2
• Datos por intervalos o razón	

(*continúa*)

[33] Adaptado de Mertens (2005).

Tabla 10.22 (*continuación*)

4. Pregunta de investigación: causal o predictiva • Diversas independientes y una dependiente (las independientes en cualquier nivel de medición, la dependiente en nivel por intervalos o razón). Cuando las independientes son nominales u ordinales se convierten en variables "dummy" • Diversas independientes y dependientes • Agrupamiento (membresía de todos los datos) • Estructuras y redes causales	Regresión múltiple Análisis multivariado de varianza (MANOVA) Análisis discriminante (en una vía, jerárquico o factorial, de acuerdo con el número de variables involucradas) Análisis de patrones o vías (*path analysis*)
5. Pregunta de investigación: estructura de variables o validación de constructo Las variables deben estar por intervalos o razón	Análisis de factores

Tabla 10.23 Criterios para elegir las pruebas estadísticas[34]

Naturaleza de la pregunta de investigación	Número de variables independientes	Número de variables dependientes	Número de variables de control (covariables)	Tipo de variable: independiente/ dependiente	Distribución	Prueba
Comparación de grupos	1	1	0	Categórica/ continua	Normal	Prueba *t*
Comparación de grupos	1 o más	1	0	Categórica/ continua	Normal	Análisis de varianza
Comparación de grupos	1 o más	1	1	Categórica/ continua	Normal	Análisis de covarianza
Comparación de grupos	1	1	0	Categórica/ continua	No normal	Prueba de Mann-Whitney U
Relación entre grupos o categorías	1	1	0	Categórica/ categórica	No normal	*Chi* cuadrada
Correlación entre variables	La prueba no considera a una variable como independiente y la otra como dependiente, sólo establece el grado de relación. La causalidad la establece el investigador			Continua/ continua	Normal	Correlación de Pearson
Correlación entre variables	La prueba no considera a una variable como independiente y la otra como dependiente, sólo establece el grado de relación. La causalidad la establece el investigador			Categórica/ categórica	No normal	Correlación de Kendall o Spearman
Correlación entre variables	3 o más. La causalidad la establece el investigador. En la regresión múltiple, el coeficiente representa el porcentaje de variabilidad de la variable dependiente que explica el modelo de regresión			Continuas	Normal	Coeficiente de correlación múltiple (R)
Relación causal entre variables	1	1	0	Continua/ continua	Normal	Regresión lineal
Relación causal entre variables	2 o más	1	0	Continua/ continua	Normal	Regresión múltiple

Paso 6: realizar análisis adicionales

5 Este paso implica simplemente que una vez realizados nuestros análisis, es posible que decidamos ejecutar otros análisis o pruebas extras para confirmar tendencias y evaluar los datos desde diferentes ángulos. Por ejemplo, podemos en una tabla de contingencia calcular primero *Chi* cuadrada y luego *Phi*, *Lambda*, *T* de Cramer (*C*) y el coeficiente de contingencia. O después de un ANOVA, efectuar

[34] Adaptado de Creswell (2009) y Pett (2007).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

los contrastes posteriores que consideremos apropiados. Resulta este paso un momento clave para verificar que no se nos haya olvidado un análisis pertinente. En esta etapa regularmente se eligen los análisis multivariados.

Paso 7: preparar los resultados para presentarlos

Se recomienda, una vez que se obtengan los resultados de los análisis estadísticos (tablas, gráficas, cuadros, etc.), las siguientes actividades, sobre todo para quienes se inician en la investigación:

1. Revisar cada resultado [análisis general → análisis específico → valores resultantes (incluida la significación) → tablas, diagramas, cuadros y gráficas].
2. Organizar los resultados (primero los descriptivos, por variable del estudio; luego los resultados relativos a la confiabilidad y la validez; posteriormente los inferenciales, que se pueden ordenar por hipótesis o de acuerdo con su desarrollo).
3. Cotejar diferentes resultados: su congruencia y en caso de inconsistencia lógica volverlos a revisar. Asimismo, se debe evitar la combinación de tablas, diagramas o gráficas que repitan datos. Por lo común, columnas o filas idénticas de datos no deben aparecer en dos o más tablas. Cuando éste es el caso, debemos elegir la tabla o elemento que ilustre o refleje mejor los resultados y sea la opción que presente mayor claridad. Una buena pregunta en este momento del proceso es: ¿qué valores, tablas, diagramas, cuadros o gráficas son necesarias?, ¿cuáles explican mejor los resultados?
4. Priorizar la información más valiosa (que es en gran parte resultado de la actividad anterior), sobre todo si se van a producir reportes ejecutivos y otros más extensos.
5. Copiar o "formatear" las tablas en el programa con el cual se elaborará el reporte de la investigación (procesador de textos —como Word— o uno para presentaciones, como Power Point, Flash, Prezi). Algunos programas como SPSS y Minitab permiten que se transfieran los resultados (tablas, por ejemplo) directamente a otro programa (copiar y pegar). Por ello, resulta conveniente usar una versión del programa de análisis que esté en el mismo idioma que se empleará para escribir el reporte o elaborar la presentación. Aunque, de no ser así, el texto de las tablas y gráficas puede modificarse, únicamente es más tardado.
6. Comentar o describir brevemente la esencia de los análisis, valores, tablas, diagramas, gráficas.
7. Volver a revisar los resultados.
8. Y, finalmente, elaborar el reporte de investigación.

En el centro de recursos se encuentran más ejemplos de estudios con diferentes análisis tratados en este capítulo y en el capítulo 8 adicional de la página, "Análisis estadístico: segunda parte". Se incluye al final del presente capítulo una secuencia de análisis en Minitab con la investigación de la televisión y el niño, y en el capítulo 8 adicional una secuencia de análisis en SPSS con un estudio del clima organizacional.

SPSS®
Centro de recursos en línea

Resumen

- El análisis cuantitativo de los datos se efectúa mediante la matriz de datos, la cual está guardada como archivo.
- Los pasos más importantes en el análisis de los datos son:
  - Decidir el programa de análisis de los datos por utilizar.
  - Explorar los datos obtenidos en la recolección:
    - *a*) Analizar descriptivamente los datos por variable del estudio.
    - *b*) Visualizar los datos por variable.
  - Evaluar la confiabilidad y validez del instrumento o instrumentos de medición utilizados.
  - Analizar e interpretar mediante pruebas estadísticas las hipótesis planteadas (análisis estadístico inferencial).
  - Realizar análisis adicionales.
  - Preparar los resultados para presentarlos.
- Los análisis estadísticos se llevan a cabo mediante programas computacionales, los más conocidos son: IBM SPSS, Minitab y SAS.
- El tipo de análisis o pruebas estadísticas depende del nivel de medición de las variables, las hipótesis y el interés del investigador.

- Centro de recursos en línea Los principales análisis estadísticos que pueden hacerse son: estadística descriptiva para cada variable (distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de la variabilidad), la transformación a puntuaciones *z*, razones y tasas, cálculos de estadística inferencial, pruebas paramétricas, pruebas no paramétricas y análisis multivariados. Algunos fueron tratados en este capítulo y otros se comentan en el capítulo 8 del centro de recursos.
- Las distribuciones de frecuencias contienen las categorías, los códigos, las frecuencias absolutas (número de casos), los porcentajes, los porcentajes válidos y los porcentajes acumulados.
- Las distribuciones de frecuencias pueden presentarse en forma gráfica.
- Una distribución de frecuencias puede representarse por medio del polígono de frecuencias o de la curva de frecuencias.
- Las medidas de tendencia central son la moda, la mediana y la media.
- Las medidas de la variabilidad son el rango (diferencia entre el máximo y el mínimo), la desviación estándar y la varianza.
- Otras estadísticas descriptivas de utilidad son la asimetría y la curtosis.
- Centro de recursos en línea Las puntuaciones *z* son transformaciones de los valores obtenidos a unidades de desviación estándar (su explicación se incluye en el capítulo 8 del centro de recursos).
- Una razón es la relación entre dos categorías; una tasa es la relación entre el número de casos de una categoría y el número total de casos, multiplicada por un múltiplo de diez.
- La confiabilidad se calcula mediante coeficientes: de correlación, *alfa* y KR-20 y 21.
- La validez de criterio se obtiene mediante coeficientes de correlación y la de constructo por medio del análisis de factores.
- La estadística inferencial sirve para efectuar generalizaciones de la muestra a la población. Se utiliza para probar hipótesis y estimar parámetros. Se basa en el concepto de distribución muestral.
- La curva o distribución normal es un modelo teórico sumamente útil; su media es cero (0) y su desviación estándar es uno (1).
- El nivel de significancia o significación y el intervalo de confianza son niveles de probabilidad de cometer un error, o de equivocarse en la prueba de hipótesis o la estimación de parámetros. Los niveles más comunes son 0.05 y 0.01.
- Los análisis o las pruebas estadísticas paramétricas más utilizadas son:

Prueba	Tipo de hipótesis
Coeficiente de correlación de Pearson	Correlacional
Regresión lineal	Correlacional/causal
Prueba *t*	Diferencia de grupos
Contraste de la diferencia de proporciones	Diferencia de grupos
Análisis de varianza (ANOVA): unidireccional con una variable independiente y factorial con dos o más variables independientes	Diferencia de grupos/causal
Análisis de covarianza (ANCOVA). Véalo en el centro de recursos en línea del libro	Correlacional/causal

- En todas las pruebas estadísticas paramétricas las variables están medidas en un nivel por intervalos o razón.
- Los análisis o las pruebas estadísticas no paramétricas más utilizadas son:

Prueba	Tipo de hipótesis
Chi cuadrada	Diferencias de grupos para establecer correlación
Coeficientes de correlación e independencia para tabulaciones cruzadas: *phi*, *C* de Pearson, *V* de Cramer, *Lambda*, *Gamma*, *Tau* (varios), Somers, etcétera	Correlacional
Coeficientes de correlación de Spearman y Kendall	Correlacional
Coeficiente *Eta* para relaciones no lineales (ejemplos: curvilineales)	Correlacional

- Las pruebas no paramétricas se utilizan con variables nominales u ordinales o relaciones no lineales.
- Centro de recursos en línea Los análisis multivariados trabajan con más de un par de variables de manera simultánea y se presentan en el capítulo 8 del centro de recursos.
- Una vez analizados los datos, los resultados se preparan para incluirse en el reporte de la investigación.

Conceptos básicos

- Análisis de datos
- Análisis de factores
- Análisis de varianza
- Análisis multivariados
- Asimetría
- Categoría
- *Chi* cuadrada
- Codificación
- Coeficiente de correlación de Pearson
- Coeficiente de Kendall

- Coeficiente de Spearman
- Coeficientes de correlación e independencia para tabulaciones cruzadas
- Contraste de diferencia de proporciones
- Curtosis
- Curva de frecuencias
- Curva o distribución normal
- Desviación estándar
- Distribución de frecuencias
- Estadística
- Estadística descriptiva
- Estadística inferencial
- Estadística no paramétrica
- Estadística paramétrica
- Eta
- Gráficas
- Intervalo de confianza
- Matriz de datos
- Media
- Mediana
- Medidas de tendencia central
- Medidas de variabilidad
- Métodos cuantitativos
- Minitab
- Moda
- Nivel de significación o significancia
- Paquetes estadísticos
- Polígono de frecuencias
- Prueba *t*
- Pruebas estadísticas
- Puntuación *z*
- Rango
- Razón
- Regresión lineal
- SPSS®/IBM
- STATS®
- Tabulación cruzada
- Tasa
- Variable de la matriz de datos
- Variable del estudio
- Varianza
- Vista de las variables
- Vista de los datos

Ejercicios

1. Construya una distribución de frecuencias hipotéticas, con todos sus elementos, e interprétela verbalmente.
2. Localice una investigación científica donde se reporte la estadística descriptiva de las variables y analice las propiedades de cada estadígrafo o información estadística proporcionada (distribución de frecuencias, medidas de tendencia central y medidas de la variabilidad).
3. Un investigador obtuvo, en una muestra, las siguientes frecuencias absolutas para la variable "actitud hacia el director de la escuela":

Categoría	Frecuencias absolutas
Totalmente desfavorable	69
Desfavorable	28
Ni favorable ni desfavorable	20
Favorable	13
Totalmente favorable	6

   a) Calcule las frecuencias relativas o porcentajes.
   b) Grafique los porcentajes mediante un histograma (barras).
   c) Explique los resultados para responder a la pregunta: ¿la actitud hacia el director de la escuela tiende a ser favorable o desfavorable?
4. Un investigador obtuvo, en una muestra de trabajadores, los siguientes resultados al medir el "orgullo por el trabajo realizado". La escala oscilaba entre 0 (nada de orgullo por el trabajo realizado) a 8 (orgullo total).
   Máximo = 5
   Mínimo = 0
   Media = 3.6
   Moda = 3.0
   Mediana = 3.2
   Desviación estándar = 0.6
   ¿Qué puede decirse en esta muestra acerca del orgullo por el trabajo realizado?
5. ¿Qué es la curva normal? ¿Qué son el nivel de significancia o significación y el intervalo de confianza? Responda a estas preguntas en equipo con sus compañeros y coméntelo con su profesor.
6. Dependiendo del campo de estudio que le sea más afín, elija una de las siguientes variables y responda las preguntas: 1) ¿cómo se podría medir?, 2) ¿qué nivel de medición se tendría? y 3) en la ciudad donde vive, ¿esta variable tendería a tener una distribución normal o no? (¿por qué?). Comente las respuestas con su profesor. Las variables serían: presión arterial, motivación de los obreros de las fábricas más grandes en cuanto a número, temperatura ambiental en los meses de noviembre y diciembre (tomando el promedio de cada día), tamaño de los edificios, corrupción de los policías de tránsito o vialidad durante un mes (número de actos de corrupción), peso de los adolescentes (12-15 años), nivel de desempleo en el último año, nivel de deserción escolar en primarias públicas en el semestre más reciente, piezas producidas (tornillos) con defectos durante un mes (mediciones diarias). Desde luego, puede pensar en alguna otra.
7. Centro de recursos en línea Relacione las columnas A y B. En la columna A se presentan hipótesis; y en la columna B, pruebas estadísticas apropiadas para las hipótesis. Se trata de encontrar la prueba que corresponde a cada hipótesis (las respuestas se localizan en el centro de recursos en línea: "Respuestas a los ejercicios").

Columna A	Columna B
Hi: "A mayor inteligencia, mayor capacidad de resolver problemas matemáticos" (medidas las variables por intervalos).	— Diferencias de proporciones
Hi: "Los hijos de padres alcohólicos muestran una menor autoestima con respecto a los hijos de padres no alcohólicos" (autoestima medida por intervalos).	— *Chi* cuadrada
Hi: "El porcentaje de delitos por asalto a mano armada, en relación con el total de crímenes cometidos, es mayor en la ciudad de México que en Caracas".	— Spearman
Hi: "El género está relacionado con la preferencia por telenovelas o espectáculos deportivos.	— Coeficiente de correlación de Pearson
Hi: "La intensidad del sabor de productos empacados de pescado está relacionada con la preferencia por la marca" (sabor intenso, sabor medianamente intenso, sabor poco intenso, sabor muy poco intenso) (preferencia = rangos a 12 marcas).	— ANOVA unidireccional
Hi: "Se presentarán diferencias en cuanto al aprovechamiento entre un grupo expuesto a un método de enseñanza novedoso, un grupo que recibe instrucción mediante un método tradicional y un grupo de control que no se expone a ningún método".	— Prueba *t*

8. Desarrolle una hipótesis que requiera analizarse con la prueba *t*, una hipótesis que requiera de analizarse con *Chi* cuadrada y otra con el coeficiente de Spearman o Kendall.
9. Suponga un estudio cuya variable independiente es: años de experiencia del docente, y la dependiente: satisfacción del grupo (ambas medidas por intervalos), ¿qué pruebas y modelo estadístico le servirían para analizar los datos y cómo podrá efectuarse el análisis?
10. ¿Recuerda el estudio de Lee y Guerin (2009)? El objetivo era identificar si la satisfacción de la calidad del diseño ambiental de las zonas de trabajo u oficinas afecta significativamente la satisfacción general del espacio de trabajo por parte de sus ocupantes y su desempeño laboral. A continuación se presentan los coeficientes de las correlaciones que obtuvieron entre cada criterio de la satisfacción de la calidad del diseño del área de trabajo y la satisfacción general sobre el espacio de trabajo y la productividad (p. 299).[35] Interprete y comente con su profesor.

Criterios de satisfacción del empleado (ocupante)	Satisfacción general sobre el espacio	Valor P (Sign.)	Productividad del empleado	Valor P (Sign.)
Diseño de la oficina	0.884	0.116	0.886	0.114
Mobiliario	0.994*	0.006	0.994*	0.006
Temperatura	0.549	0.451	0.083	0.917
Ventilación	0.628	0.372	0.976*	0.024
Iluminación	0.938	0.062	0.936	0.064
Acústica	0.928	0.072	0.784	0.216
Limpieza y mantenimiento	0.656	0.344	0.942	0.058

*Correlación significativa al nivel del 0.05 ($P < 0.05$) (dos colas).

11. Dé un ejemplo hipotético de una razón "*F*" significativa e interprétela.
12. Construya un ejemplo hipotético de una tabulación cruzada y utilícela para fines descriptivos.
13. Busque un artículo de investigación en revistas científicas que contengan resultados de pruebas *t*, ANOVA y χ^2 aplicadas; evalúe la interpretación de los autores.
14. Para interpretar una prueba se requiere evaluar el resultado (valor) y... (complete la frase).
15. Respecto al estudio que ha ido desarrollando a lo largo del proceso cuantitativo, ¿qué pruebas estadísticas le serán útiles para analizar los datos? y ¿qué secuencia de análisis habrá de seguir? (Discútalo con su profesor y sus compañeros).

Ejemplos desarrollados

Comentario: Por cuestiones de espacio, se incluyen unos cuantos resultados de cada ejemplo, con fines ilustrativos.

La relación entre la personalidad y las enfermedades

El promedio de edad de la muestra fue de 53.8 años para los hombres (s = 7.2) y 53 para las mujeres (s = 7.2). No hubo diferencia significativa por género en cuanto a la disposición a participar en el estudio.

Las 19 enfermedades se asociaron entre sí mediante coeficientes de correlación tetracórica (presencia-ausencia), siendo los más elevados los siguientes: infarto agudo de miocardio y angina de pecho (0.82), cardiomiopatía y angina de pecho (0.73), infarto agudo de miocardio y cardiomiopatía (0.71), bronquitis crónica y asma (0.68), cirrosis del hígado y hepatitis (0.82) y

[35] Los términos fueron adaptados.

gastritis crónica y úlcera gástrica duodenal (0.76). En cambio, entre hipertensión e infarto fue de 0.35, y gastritis crónica y angina de pecho de 0.23 (Yousfi *et al.,* 2004, p. 637). En pocas palabras: "estas enfermedades van de la mano".

Se presentaron diferencias de medias notables o muy significativas por género para accidente cerebrovascular, diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas.

Los investigadores efectuaron un análisis de factores para establecer qué dimensiones de la personalidad se agrupan entre sí. Los factores emergentes fueron cinco:

1. Los autores le denominaron "labilidad emocional" (que abarca inhibición, barreras, sentido de coherencia, depresión, neuroticismo, salud/autonomía, ira interna, optimismo, envidia, irritabilidad y psicopatología).
2. Nombrado como "personalidad/conducta del tipo A" (tendencias antisociales, urgencia de tiempo y activación perpetua, control social exagerado y extraversión).
3. Etiquetado como control conductual (racionalismo, deseabilidad social, control de la ira, ira externa y agresión).
4. Locus de control (interno y externo).
5. Psicoticismo (psicoticismo y soporte social).

Finalmente, en relación con el planteamiento del problema, se encontraron correlaciones muy moderadas, aunque estadísticamente significativas de la personalidad con algunas enfermedades, en particular: la urgencia de tiempo y activación perpetua, hostilidad, control social, labilidad emocional, locus de control y psicoticismo, los cuales fueron destacados factorialmente. La labilidad emocional (inhibición, barreras, sentido de coherencia, depresión, neuroticismo, salud/autonomía, ira interna, optimismo, envidia, irritabilidad y psicopatología) parece ser el predictor más sólido de la vulnerabilidad general hacia las enfermedades. También, se encontraron algunas asociaciones pequeñas pero significativas entre enfermedades específicas y el tipo A y el control conductual.

La adiposidad y enfermedades cardíacas presentaron los coeficientes de correlación más altos con la personalidad/conducta de tipo A. A excepción del cáncer, complicaciones de la tiroides y padecimientos urinarios, todas las otras enfermedades se asocian con tal variable, aunque débilmente. Asimismo, salvo el cáncer, lo referente al hígado, las enfermedades pulmonares y de la tiroides, el resto de los padecimientos se correlacionan, aunque mínimamente con el control conductual.

Sin embargo, no se demostró que la personalidad fuera una de las principales causas de las enfermedades crónicas. Solamente se encontraron algunos efectos y relaciones moderadas entre ciertos factores de la misma y los padecimientos. Las preguntas de investigación podrían responderse así: en el estudio se descubrió correlación moderada entre la personalidad y las enfermedades, pero no puede asumirse causalidad. Se requieren más estudios.

La televisión y el niño

El análisis se realizó utilizando el Minitab. Los resultados son diversos para incluirlos en este espacio, se muestra únicamente la secuencia de análisis (véase la figura 10.21) y cabe señalar que el promedio de horas que dedican diariamente a ver televisión es de 3.1. La prueba *t* no reveló diferencias por género en este sentido.

Los programas favoritos de los niños en 2005 fueron: Bob Esponja, las telenovelas infantiles y Los Simpson (vea figura 10.22).

Figura 10.22 Programas preferidos (agrupados aquellos con menos de 4%).

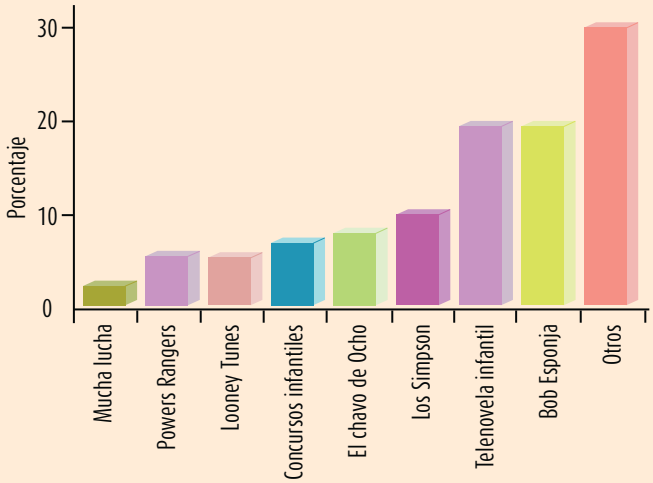
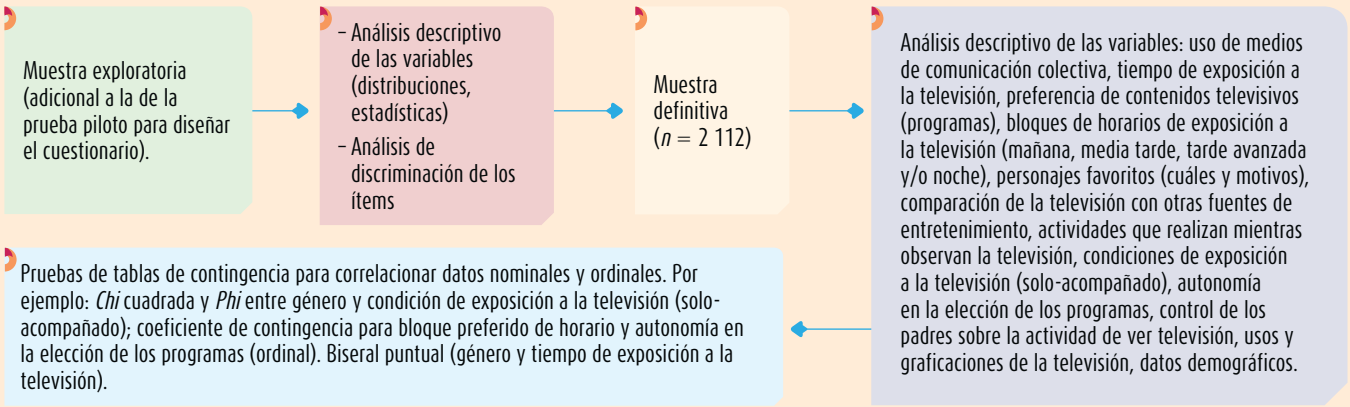


Figura 10.21 La secuencia de análisis con Minitab.

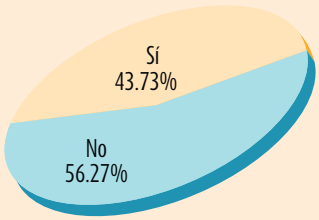


La pareja y relación ideales

Los análisis fueron realizados en el programa SPSS y las gráficas en un programa de ilustración. La $n = 725$ estudiantes. Se presentan únicamente las tablas y gráficas descriptivas de ciertas variables o preguntas en términos de porcentajes, con anotaciones muy breves, para que el lector, a manera de ejercicio —preferentemente grupal— amplíe los comentarios y desarrolle implicaciones de los resultados.

El promedio de edad de la muestra fue de 21 años y la mediana de 20. En cuanto al género: 46% mujeres y 54% hombres de una gran variedad de licenciaturas.

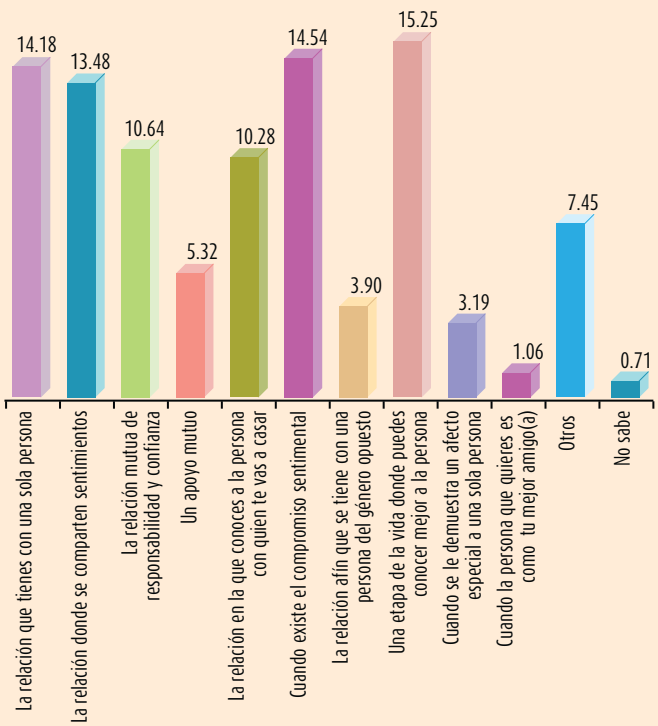
Figura 10.23 ¿Tienes novio/novia?



De la muestra, más de la mitad no tiene novio o novia (figura 10.23).

En cuanto a la definición del noviazgo, solamente uno de cada 10 estudiantes lo concibió bajo la dimensión prematrimonial ("la relación en la que conoces a la persona con quien te vas a casar"). 15.25% señaló que el noviazgo es una "etapa de la vida". ¿Qué más podría comentar de esta gráfica? (Figura 10.24)

Figura 10.24 Definición del noviazgo.



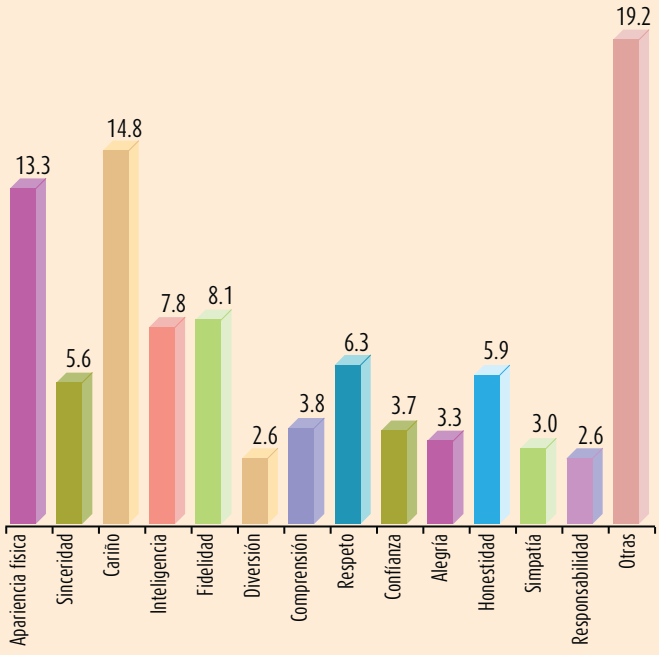
Por lo que respecta a la importancia (tabla 10.24), no hubo quien lo considerara que "no tiene importancia". La media fue de 4.13 y la mediana igual a 4.0 (mínimo 2 y máximo 5, desviación estándar = 0.813). ¿Qué puede decirse de esta tabla de acuerdo con lo expuesto en los apartados de estadística descriptiva de este capítulo? [Esta gráfica puede servir para discutir si la escala es ordinal o de intervalos y lo que nos dice la media].

Tabla 10.24 ¿Qué tan importante es en tu vida tu pareja actual?

Válidos	Categorías	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
5	Sumamente importante	38.4	38.4
4	Importante	37.6	76.0
3	Medianamente importante	22.4	98.4
2	Poco importante	1.6	100.0
	Total	100.0	

Piensa en tu novio(a) ideal y menciona las cualidades que te gustaría que tuviera

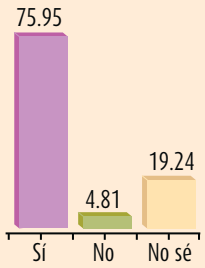
Figura 10.25 Cualidades del novio ideal.



Para la gráfica anterior se tomaron las cinco cualidades mencionadas por todos los estudiantes que integraron la muestra. Estimado lector, ¿qué nos dice la gráfica? Compárela con las cualidades que a usted le gustarían en su novio o novia ideal y discútalas con sus mejores amigos/amigas.

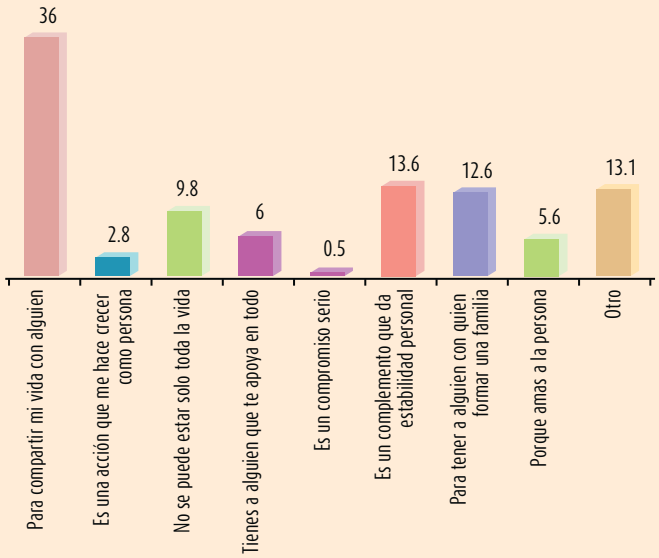
En el futuro, ¿le gustaría o no tener una relación de pareja para toda la vida?

Figura 10.26 Relación de pareja para toda la vida.



Prácticamente una quinta parte de la muestra no sabe si le gustaría o no tener una relación de pareja de por vida. Pero a la enorme mayoría (casi en proporción cuatro a uno) sí le agradaría.

Figura 10.27 Razones del "sí".

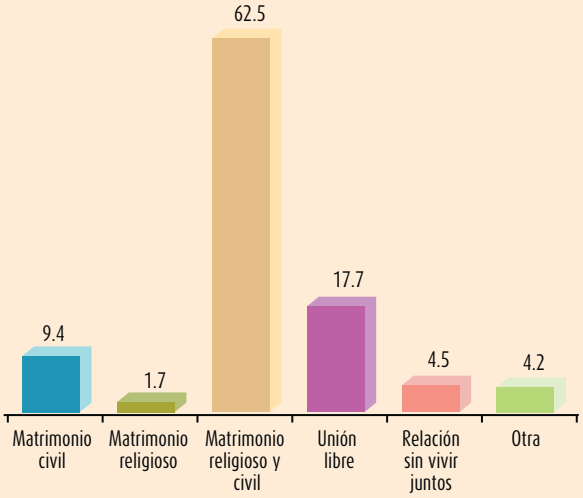


Si la pregunta se hubiera redactado: "En tu futuro, ¿te gustaría o no tener una sola o única relación de pareja para toda la vida?" (agregando "sola o única"), ¿cree usted que las respuestas hubieran cambiado en algo?

La razón principal de quienes respondieron afirmativamente que les gustaría tener una relación de pareja de por vida es el hecho de "compartir una vida" (poco más de una tercera parte). A 22.2% de los respondientes les gustaría en su futuro tener una relación de pareja duradera a largo plazo al margen de los "cánones establecidos" (*unión libre* y *relación sin vivir juntos*). Y 62.5% quisieran un matrimonio tradicional (figura 10.28).

Un último comentario es que al realizar una prueba de diferencia de proporciones entre hombres y mujeres respecto a la apariencia física, no cabe duda que los estudiantes celayenses le dan mayor importancia a ésta que sus compañeras (significancia menor del 0.05).

Figura 10.28 Tipo de relación duradera.



El abuso sexual infantil

En la tabla 10.25 se resume la confiabilidad de los instrumentos para CKAQ-Español ($n = 150$, $\bar{X} = 5.08$, $DS = 3.43$, y rango de 8 a 22 puntos) y RP-México ($n = 150$, $\bar{X} = 11.53$, $DS = 7.97$ y un rango de 0 a 38 puntos).

Tabla 10.25 Confiabilidad de instrumentos

Instrumento	Confiabilidad interna ($p < 0.01$)	Confiabilidad de estabilidad temporal "test-retest" ($p < 0.01$)	Tipo de instrumento
CKAQ-Español	0.69	0.50	Cognitivo
RP-México	0.75	0.75	Conductual
EPA	0.78	0.75	Conductual

Los tres grupos experimentales mostraron que existe un tipo de sensibilidad al instrumento en el CKAK-Español (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 78.4$, gl = 2, $p < 0.001$) y RP-México (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 83.06$, gl = 2, $p < 0.001$), lo cual indica que los grupos difieren en localización o forma, y reafirma la sensibilidad de las escalas al mostrar un comportamiento diferente entre los grupos, donde quienes más recientemente terminan el Programa de Prevención del Abuso Sexual Infantil (PPASI) mejores puntajes obtienen.

Con el objetivo de indagar el comportamiento de los grupos de seguimiento y control con respecto al grupo que termina un PPASI, se calcularon los porcentajes relativos en las subescalas de hacer, decir, denunciar y el reconocimiento de los contactos positivos y negativos. Los resultados se exhiben en la tabla 10.26, que presenta los porcentajes de aciertos en relación con el grupo que acaba de concluir un PPASI en el RP-México. Se deduce que para las subescalas de reconocimiento de contactos negativos, DECIR y DENUNCIAR, se conserva el cambio esperado, quienes más recientemente hayan participado en un PPASI obtienen un mejor puntaje. En la habilidad de HACER, se observa que el grupo de seguimiento tiene un mejor desempeño en prome-

dio. Esto se puede explicar debido al incremento en la madurez de las niñas y niños, lograda a lo largo de un año aproximadamente; de 5.58 años en el primer grupo y de 6.47 años promedio en el grupo de seguimiento.

En la subescala de contactos positivos se advierte que al terminar el PPASI "Porque me quiero me cuido", tiene un puntaje promedio ligeramente menor que el grupo de control (11.45%), y mucho mejor en el grupo de seguimiento (53.71%), lo que avala que la escala es sensible a medir dicha habilidad y su posible efecto nocivo ante un PPASI. Este resultado si bien acredita parcialmente los resultados de Underwager y Wakefield (1993), que sostiene que al atender a los PPASI, los niños y niñas se muestran desconfiados ante las aproximaciones cotidianas normales. También se constata que al cabo de un año de concluido el programa, los infantes son capaces de superarlo y se muestran mucho más asertivos. Entre los grupos al terminar PPASI y de control se evidenció que solamente la habilidad de reconocer contactos positivos (Mann-Whitney $z = -1.48$, $n = 124$, $p = 0.14$) es la única habilidad que tiene la misma localización, esta evidencia contradice la teoría de Underwager y Wakefield (1993). Se puede concluir en este estudio que, si bien es cierto que al terminar el PPASI las niñas y niños aumentaban ligeramente el recelo ante los contactos positivos, esto no es significativo y con el tiempo, al incremento de la madurez, el fenómeno se supera.

En el caso de los grupos al terminar un PPASI y de seguimiento, se encontró que hay un mismo comportamiento en las subescalas de DECIR (Mann-Whitney $z = -1.20$, $n = 72$, $p = 0.23$) y HACER (Mann-Whitney $z = -1.26$, $n = 72$, $p = 0.21$) por lo que hay permanencia en el tiempo de estas dos habilidades.

La correlación entre las diferentes escalas verifica que hay una vinculación aceptable entre CKAQ-Español y RP-México (Spearman $r = 0.68$, $n = 150$, $p < 0.01$), para el total de casos experimentales. En el caso de los grupos de control (Spearman $r = 0.23$, $n = 79$, $p < 0.05$) y al terminar el PPASI (Spearman $r = 0.35$, $p < 0.05$) las escalas tienen un nivel de correlación aún menor.

Tabla 10.26 Porcentaje de rangos relativos con respecto al grupo que termina un PPASI

Grupo	Contactos negativos (%)	Contactos positivos (%)	Decir	Hacer	Denunciar
Al terminar	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
PPASI	77.82	53.71	90.86	105.71	74.28
Seguimiento					
Control	37.39	115.45	44.14	49.14	41.5 2

El resumen de puntajes por escala y grupo experimental se presenta en la tabla 10.26, donde la columna CKAQ-Español (Transformado) presenta la conversión de una escala con un puntaje de 0 a 22 a una de 0 a 40, para tener un comparativo equivalente entre las escalas cognitiva y conductual. Se observa que la escala cognitiva se encuentra por encima de la conductual en todos los grupos. Sin embargo, el grupo de control observa una mayor diferencia entre las escalas conductuales y cognitivas. El porcentaje relativo, con respecto al puntaje promedio del grupo al terminar PPASI, proporcionalmente el grupo de seguimiento obtiene 87.07% de aciertos y el grupo de control 69.88%, para la escala CKAQ-Español. En el caso del instrumento conductual RP-México, el porcentaje relativo es de 70.85% de aciertos en el grupo de seguimiento y 31.19% en el grupo de control. Lo que evidencia que la sensibilidad al cambio en esta escala conductual es mayor.

Se observa también que la distribución de la escala cognitiva CKAQ-Español, en general, se encuentra por encima de las escalas conductuales, lo que permite deducir que los menores pueden tener cierto grado de conocimiento que no se traduce en habilidades de protección personal.

Tabla 10.27 Resumen descriptivo de puntajes por escala y grupo experimental

Grupo experimental	CKAQ-Español	CKAQ-Español (Transformado)	RP-México
Al terminar PPASI			
Media	18.33	33.32	19.11
Desviación estándar	2.66	4.83	6.48
Seguimiento			
Media	15.96	29.01	13.54
Desviación estándar	2.34	4.26	5.23
Control			
Media	12.81	23.29	5.96
Desviación estándar	2.17	3.94	4.37
Total			
Media	15.08	27.42	11.53
Desviación estándar	3.43	2.24	7.97

Los investigadores opinan

Desde 1990 han disminuido las tensiones entre lo cualitativo y lo cuantitativo, por lo que se buscó establecer una sinergia, así como ser más flexibles y eclécticos, dicho en el buen sentido, en los procedimientos.

La investigación cuantitativa ganó cuando particularizó los instrumentos y tomó en cuenta las características de los grupos a los cuales se dirige el estudio. Lo anterior propició un importante avance en la explicación de los procesos psicológicos, en especial los cognoscitivos; y en los descubrimientos neuropsicológicos, así como en el uso de software para el montaje de experimentos, demostraciones y simulaciones.

En este tipo de investigaciones, destacan las pruebas estadísticas por su utilidad en el análisis de datos categóricos de correspondencia, la ordenación de datos para conocer preferencias, el análisis factorial confirmativo, las correctas estimaciones de conjuntos de datos complejos, el manejo de resultados estadísticos de los experimentos, la validación de datos, la determinación del tamaño de la muestra y el análisis de regresión, entre otros aspectos a considerar.

A pesar de tan importantes avances en la investigación, aún hace falta financiamiento para una promoción significativa y que, además, fomente la especialización de los investigadores, lo cual les permitiría competir de manera efectiva.

Ciro Hernando León Pardo
Coordinador del Área de Investigación
Facultad de Psicología
Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Para efectuar una buena investigación se requiere plantear de forma correcta el problema, con lo cual tenemos 50%, y también con un rigor metodológico, es decir, incluir todos los pasos del proceso.

Tal apego a la metodología implica el empleo de los recursos pertinentes; por ejemplo, en las investigaciones sociales las pruebas estadísticas proporcionan una visión más precisa del objeto de estudio, ya que apoyan o no las hipótesis para su validación o rechazo.

Los estudiantes pueden concebir una idea de investigación a partir de sus intereses personales, aunque se recomienda que elijan temas íntimamente relacionados con su carrera, y que procuren que sean de actualidad y de interés común.

Para ello, los profesores deben infundir en los alumnos la importancia de la investigación en el terreno académico y en el profesional, destacando su relevancia tanto en la generación de conocimiento como en la búsqueda de soluciones a problemas.

Roberto De Jesús Cruz Castillo
Profesor de tiempo completo
Facultad de Ciencias de la Administración
Universidad Autónoma de Chiapas
Chiapas, México

capítulo

11

El reporte de resultados del proceso cuantitativo

No existe la investigación perfecta, pero debemos tratar de demostrar que hicimos nuestro mejor esfuerzo. El reporte de investigación es la oportunidad para ello.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cuantitativa

Paso 10 Elaborar el reporte o informe de resultados

- Definición del usuario.
- Selección del tipo de reporte a presentar: formato y contexto académico o no académico, dependiendo del usuario.
- Elaboración del reporte siguiendo un estilo de publicaciones y del material adicional correspondiente.
- Presentación del reporte.

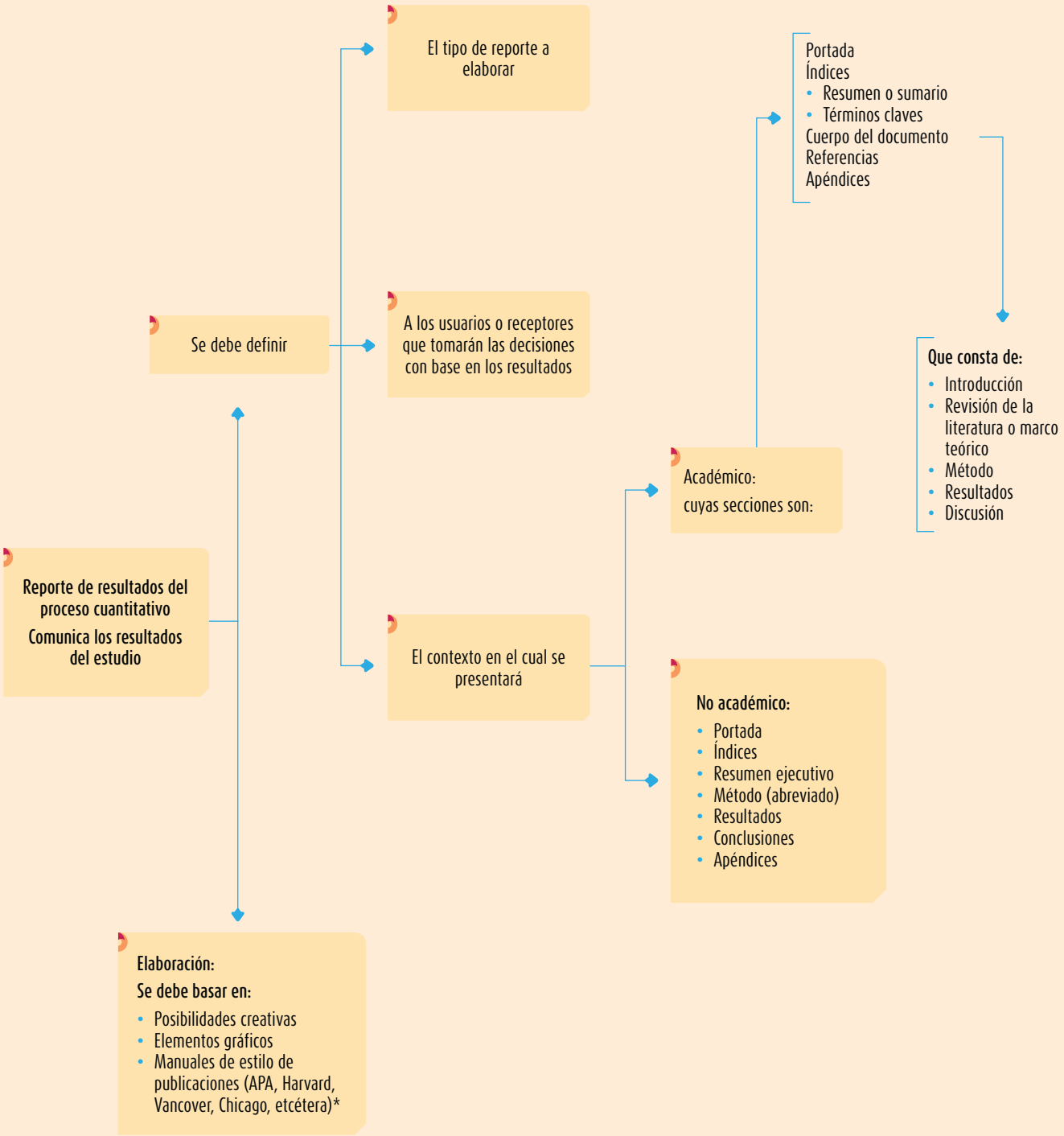
Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Entender el papel tan importante que cumple el usuario de la investigación en la elaboración del reporte o informe de resultados.
2. Reconocer los tipos de informes de resultados en la investigación cuantitativa.
3. Comprender los elementos que integran un reporte de investigación cuantitativa.

Síntesis

En el capítulo se comenta la importancia que tienen los usuarios en la presentación de resultados. Éstos son quienes toman decisiones con base en los resultados e inferencias de la investigación; por ello, la presentación debe adaptarse a sus características y necesidades.

Se mencionan dos tipos de reportes: académicos y no académicos, así como los elementos o secciones más comunes que integran un reporte producto de la investigación cuantitativa.



Nota: En el centro de recursos en línea puede descargar y consultar el capítulo 11 adicional, que contiene un resumen de cómo incluir la bibliografía básica según varios estilos de publicación y sus páginas de internet. Asimismo, pueden descargarse dos manuales sencillos, uno sobre el estilo APA y otro sobre el estilo Vancouver, y el programa SISI para generar, incluir y organizar referencias bibliográficas, tanto en el texto —citas— como al final en el listado o bibliografía —referencias—, basadas en el estilo APA.

Centro de recursos en línea

Antes de elaborar el reporte de investigación, se definen los receptores o usuarios y el contexto

Se ha llevado a cabo una investigación cuantitativa y se generaron resultados que se encuentran en tablas, gráficas, cuadros, diagramas, etc.; pero el proceso aún no termina. Es necesario comunicar los resultados mediante un reporte, el cual puede adquirir diferentes formatos: un libro o un capítulo, un artículo para una revista académica, un diario de divulgación general, una presentación en computadora, un documento técnico, una tesis o disertación, un DVD, etc. En cualquier caso, debemos describir la investigación realizada y los descubrimientos producidos.

Lo primero entonces es definir el tipo de reporte que es necesario elaborar, esto depende de varias precisiones:

1. las razones por las cuales surgió la investigación,
2. los **usuarios** del estudio y
3. el contexto en el cual se habrá de presentar.

Usuarios Personas que toman decisiones con base en los resultados de la investigación; por ello, la presentación debe adaptarse a sus necesidades.

Por tanto, es necesario que antes de comenzar a preparar el reporte, el investigador reflexione respecto de las siguientes preguntas: ¿cuál fue el motivo o los motivos que originaron el estudio? ¿Cuál es el contexto en que habrán de presentarse los resultados? ¿Quiénes son los usuarios de los resultados? ¿Cuáles son las características de tales usuarios? La manera en que se presenten los resultados dependerá de las respuestas a dichas preguntas.

1

Si el motivo fue elaborar una tesis para obtener un grado académico, el panorama es claro: el formato del reporte debe ser, justamente, una tesis de acuerdo con el grado que se cursó (licenciatura o pregrado, maestría o doctorado) y los lineamientos son los establecidos por la institución educativa donde se habrá de presentar, el contexto será académico y los usuarios serán, en primera instancia, los sinodales o miembros de un jurado y, posteriormente, otros alumnos y profesores de la propia universidad y otras organizaciones educativas. Si se trata de un trabajo solicitado por un profesor para una materia o curso, el formato es un informe académico cuyo usuario principal es el maestro que lo encargó y los beneficiarios o lectores inmediatos son los compañeros que cursan la misma asignatura, para que después se agreguen como usuarios otros estudiantes de la escuela o facultad de nuestra institución y de otras universidades. En caso de que la razón que originó el estudio fue la solicitud de una empresa para que se analizara determinado aspecto que interesa a sus directivos. El reporte será en un contexto no académico y los usuarios básicamente son un grupo de ejecutivos de la organización en cuestión que utilizará los datos para tomar ciertas decisiones.

También en ocasiones la investigación obedece a varios motivos y tiene diferentes interesados (imaginemos que realizamos un estudio pensando en diversos productos y usuarios: un artículo que se someta a consideración para ser publicado en una revista científica, una ponencia para ser presentada en un congreso, un libro, etc.). En este caso, suele primero elaborarse un documento central para después desprender de éste distintos subproductos.

Vamos primero a considerar a los usuarios de la investigación, los contextos en que puede presentarse, los estándares que regularmente se contemplan al elaborar un reporte y que debemos tomar en cuenta, así como el tipo de informe que se utiliza en cada caso. Todos estos elementos se resumen en la tabla 11.1.

Tabla 11.1 Usuarios, contextos y estándares para la investigación[1]

Usuarios	Contextos comunes posibles	Estándares que normalmente aplican para elaborar el reporte	Tipo de reporte o informe
Académicos de la propia institución educativa: profesores, asesores, miembros de comités y jurados, alumnos (tesis y disertaciones, estudios institucionales para sus propias publicaciones o de interés para la comunidad universitaria).	Académico	• Lineamientos utilizados en el pasado para regular las investigaciones en la escuela o a nivel institucional. Es común que haya un manual de la institución. • Lineamientos individuales de los decanos y profesores-investigadores de la escuela, facultad o departamento.	• Tesis y disertaciones. • Informes de investigación. • Presentaciones audiovisuales (Power Point, Flash, Prezi, Dreamweaver, SlideRocket, etcétera). • Libro o capítulo de libro. • Artículo para revista académica interna.

(*continúa*)

[1] Adaptado de Creswell (2005, p. 258).

Tabla 11.1 (*continuación*)

Usuarios	Contextos comunes posibles	Estándares que normalmente aplican para elaborar el reporte	Tipo de reporte o informe
Editores y revisores de revistas científicas (*journals*) y comunidades académicas lectoras.	Académico	• Lineamientos publicados por el editor o comité editorial de la revista. En ocasiones se diferencian por su enfoque: si son investigaciones cuantitativas, cualitativas o mixtas. Es común que se denominen "normas o instrucciones para los autores", "someter un manuscrito", "guía para autores", etc. El planteamiento de nuestro estudio debe encuadrar dentro del tema o temas de la revista y a veces en el volumen en cuestión (que puede ser anual o bianual) o el número (mensual, bimensual, trimestral, cuatrimestral o anual).	• Artículos que reportan resultados de una investigación (largos o cortos). • Informes de evaluaciones o diagnósticos. • Reportes de metaanálisis. • Artículos conceptuales o teoréticos. • Ensayos. • Informes de estudios de caso. • Opiniones fundamentadas. • Revisiones de libros.
Revisores de ponencias y papeles para congresos académicos (ponencias y presentaciones en seminarios, foros en internet, páginas web, premios a la investigación, etcétera).	Académico	• Lineamientos o estándares definidos en la convocatoria del congreso, foro o certamen. Estos estándares son para el escrito que se presenta o publica, así como para los materiales adicionales requeridos (por ejemplo, presentación audiovisual, video, resumen gráfico para cartel). El planteamiento de nuestro estudio debe encuadrar dentro del tema del congreso y tenemos que ajustarnos a la normatividad definida para las ponencias.	• Ponencias escritas o papeles. • Póster o cartel. • Presentación en un archivo para PC, laptop, tableta o similar.

Elaboradores de políticas, ejecutivos o funcionarios que toman decisiones (empresas, organizaciones gubernamentales y organizaciones no gubernamentales).	Académico
	No académico (regularmente el caso de las empresas)
		• Lineamientos lógicos o estándares utilitarios:
		  • Informe breve, cuyos resultados sean fáciles de entender.
		  • Orientación más bien visual del contenido (gráficas, cuadros, etc.; solamente los elementos más importantes).
		  • Posibilidad de aplicar los resultados de manera inmediata.
		  • Claridad de ideas.
			• Resumen ejecutivo.
			• Informe técnico.
			• Presentaciones
			• audiovisuales.

Profesionales y practicantes dentro del campo donde se inserta el estudio.	Académico
	No académico (regularmente el caso de las empresas)
		• Lineamientos lógicos o estándares pragmáticos:
		  • Relevancia del problema estudiado.
		  • Orientación más bien visual del contenido (gráficas, cuadros, etc.; sólo los elementos más importantes).
		  • Resultados fácilmente identificables y aplicables.
		  • Sugerencias prácticas y concretas para implementar.
			• Resumen ejecutivo.
			• Informe técnico.
			• Presentaciones
			• audiovisuales.

Opinión pública no especializada (estudiantes de primeros ciclos, padres de familia, grupos de la sociedad en general).	No académico	• Estándares centrados en la sencillez de los resultados, su importancia para un grupo de la sociedad o ésta en su conjunto:
		  • Brevedad.
		  • Claridad.
		  • Aplicabilidad a situaciones cotidianas.
		  • Orientación más bien visual del contenido (gráficas, cuadros, etc.; pocos elementos, dos o tres muy sencillos).
			• Artículo periodístico.
			• Libro de divulgación popular.

Los estándares son las bases para elaborar el reporte. La regulación en el campo académico casi siempre es mayor que en contextos no académicos, en los cuales no hay tantas reglas generales.

El primer aspecto que hay que considerar es la extensión. En el capítulo tres hacíamos una analogía entre la investigación y la actividad artística de pintar. El reporte equivale al lienzo. Hay usuarios

y normatividades que permiten "lienzos" más extensos que otros. Por ello, los informes varían en tamaño, pues éste depende del estudio en sí y las normas editoriales. Aunque la tendencia actual es incluir sólo los elementos y contenidos realmente necesarios.

Algunos autores, como Creswell (2005), señalan que en tesis de licenciatura y maestría los límites habituales son de 50 a 125 páginas de contenido esencial (sin contar apéndices). Las disertaciones doctorales, entre 100 y 300 páginas, y los informes ejecutivos de tres a 10 páginas. En el caso de los artículos para revistas científicas, se presentan variaciones dependiendo del área del conocimiento y el tipo de documento (Dahlberg, Wittink y Gallo, 2010). Por tanto, se revisaron las instrucciones para elaborar artículos de 300 revistas internacionales y 50 iberoamericanas.[2] En la tabla 11.2 se presentan las extensiones mínimas y máximas permitidas (en palabras y por tipo de informe, y en algunos casos en número de páginas).

Tabla 11.2 Extensiones mínimas y máximas permitidas para escritos de diversas clases en revistas científicas por áreas generales de conocimiento[3]

Tipo de reporte	*Ciencias sociales y administrativas*	*Ciencias de la salud*	*Ciencias biológicas*	*Humanidades (incluyendo Derecho)*	*Ingenierías y matemáticas*	*Arquitectura y medio ambiente*
Artículos que reportan resultados	3 000 a 10 000 palabras o 25 páginas, excepto metodología: 30 páginas y educación: 35 páginas, incluyendo todo.	2 500 a 8 000 palabras o 20-25 páginas.	5 000 palabras.	7 000 a 10 000 palabras.	5 000 a 8 000 palabras.	1 500 a 8 000 palabras o 6 a 25 páginas.
Artículos conceptuales (revisiones)	3 500 a 8 000 palabras.	3 000 a 8 000 palabras.	3 000 a 5 000 palabras.	5 000 palabras.	6 000 a 7 000 palabras.	7 000 palabras.
Estudios de caso	600 a 5 000 palabras.	500 a 1 500 palabras.	2 000 a 3 000 palabras.	2 000 a 5 000 palabras.	1 000 a 5 000 palabras.	1 500 a 7 000 palabras.
Ensayos o tutoriales	15 páginas.	1 500 palabras.	1 000 palabras.	1 000 palabras.	1 000 a 4 000 palabras.	–

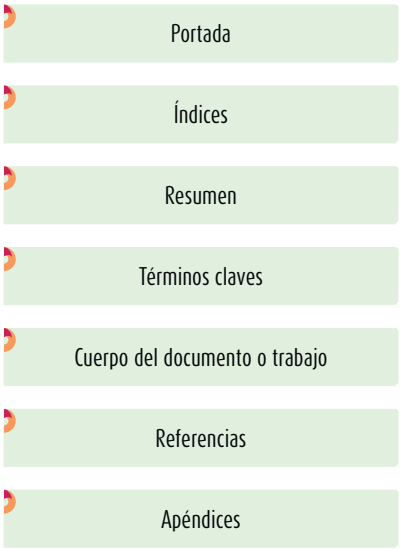
Asimismo, los informes de proyectos en desarrollo: entre 1 000 y 1 500 palabras. Los posters o carteles normalmente son de una o dos páginas de acuerdo con el tamaño que sea requerido por los organizadores del congreso. Los escritos para presentarse como ponencias suelen no exceder de 30 minutos (será necesario calcular el equivalente en páginas de acuerdo con el ritmo del orador), pero también depende del comité que organiza cada acto académico. Los artículos periodísticos regularmente no ocupan más de una página del diario, en el caso más extenso.

¿Qué apartados o secciones contiene un reporte de investigación o un reporte de resultados en un contexto académico?

Las secciones más comunes de los reportes de investigación, en la mayoría de los casos, son los que a continuación se comentan:[4]

[2] Diversas revistas iberoamericanas no tienen actualizadas sus páginas web, otras no son arbitradas, tienen normas imprecisas o no las incluyen.
[3] Los mínimos no incluyen referencias y apéndices; los máximos, sí.
[4] Creswell (2013a); *Journal of Chemical Technology and Biotechnology* (2013); *Multiple Sclerosis Journal* (2013); *Diabetes & Vascular Disease Research* (2013); Babbie (2012); American Psychological Association (2011); Dahlberg, Wittink y Gallo (2010); Mertens (2010); The Psychology Research Handbook (2006); y Williams, Unrau y Grinnell (2005). Además, el lector puede constatar que la mayoría de los journals científicos solicita esta estructura.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com



1. Portada

Incluye el título de la investigación; el nombre del autor o los autores y de su institución o el nombre de la organización que patrocina el estudio, así como la fecha y el lugar en que se presenta el reporte. En el caso de tesis y disertaciones, las portadas varían de acuerdo con los lineamientos establecidos por la autoridad pública o la institución de educación superior correspondiente.

Se aconseja que el título del informe resulte breve pero informativo y que se eviten términos "sensacionalistas" (por ejemplo, el título: "Consecuencias psicológicas de la violación en jóvenes adolescentes" es crudo, sensacionalista e indica una nula sensibilidad ante una situación extremamente delicada. Asimismo, el título no debe ser muy corto ni muy largo. Por ejemplo, los siguientes títulos son breves pero imprecisos: "Estudio del embarazo ectópico", "El clima organizacional en las empresas peruanas", "Las preferencias de los consumidores de Montevideo". Y el siguiente título es demasiado extenso: "Análisis de la autonomía laboral, la satisfacción en el trabajo, la motivación intrínseca, el compromiso con la empresa, el involucramiento en el trabajo, la cooperación dentro de los departamentos y otros elementos del clima organizacional en cuatro empresas del giro de la construcción de tamaño mediano ubicadas en el municipio de León, Guanajuato, y su relación con la productividad, la innovación y el trabajo en equipo". Por lo regular, en el título no se incluyen nombres de instituciones ni el número de casos de estudio, pero la hipótesis central sí puede ser parte (Betkerur, 2008). Tampoco se aceptan abreviaturas (United European Gastroenterology Journal, 2013).

En cuanto al tamaño del título, varía entre 12 y 20 términos (60 a 80 caracteres).[5]

2. Índices

Normalmente, los índices son varios: primero el de contenido, que incluye capítulos, apartados y subapartados (diferenciados por numeración progresiva o tamaño y características de la tipografía). Posteriormente el índice de tablas y el índice de figuras.[6] Desde luego, los índices solamente se incluyen en reportes largos como las tesis e informes.

3. Resumen o sumario

Resumen Síntesis breve de los contenidos del estudio que permite que los lectores conozcan las generalidades de la investigación.

Constituye el contenido esencial del reporte de investigación y usualmente incluye: *a*) el planteamiento del problema (expresado en una o dos oraciones, frecuentemente

[5] Journal of Chemical Technology and Biotechnology (2013), Applied Psychological Measurement (2013), Business Communication Quarterly (2013) y Study Guides and Strategies Website (2011).
[6] Las figuras incluyen diagramas, fotografías, dibujos, sistemas de ecuaciones, esquemas y gráficas de resultados, como histogramas y diagramas de dispersión.

como objetivo o propósito), *b*) método (unidades de análisis, diseño, muestra, instrumento), *c*) resultados o descubrimientos más importantes (dos o tres, uno de éstos, la prueba de hipótesis) y *d*) las principales conclusiones e implicaciones. Debe ser comprensible, sencillo, informativo, preciso, completo, conciso y específico.

En el caso de artículos las normas de las revistas científicas solicitan sumarios de entre 100 y 300 palabras.[7] La American Psychological Association (2011) sugiere no exceder de 120. Tratándose de artículos conceptuales, se encuentran entre 100 y 150 palabras. En tesis y disertaciones, se sugiere que no exceda las 320 palabras (el estándar es de 300). Para reportes técnicos se sugiere un mínimo de 200 palabras y un máximo de 350.[8] Casi en todas las revistas académicas y tesis se exige que el resumen esté en el idioma original en que se produjo el estudio (en nuestro caso en español) y en inglés. A continuación se presenta un ejemplo.

Ejemplo

A cross-cultural examination of interpersonal communication motives in México and the United States[9]

Rebecca B. Rubin
Kent State University
Carlos Fernández Collado
Universidad Anáhuac
Roberto Hernández-Sampieri
Universidad Anáhuac

Resumen

Este estudio examina las diferencias culturales en los motivos para comunicarse de manera interpersonal, comparando una muestra de estudiantes universitarios estadounidenses con otra de mexicanos. La investigación previa indica que hay seis motivos principales para iniciar conversaciones con los demás: *placer*, *escape*, *relajación*, *inclusión*, *afecto interpersonal* y *control*. Las cuatro dimensiones de la cultura nacional reportadas por Hofstede (1980): distancia al poder, evitación de la incertidumbre, individualismo y masculinidad fueron utilizadas para predecir diferencias interculturales en tales motivos interpersonales.

Se sometieron a prueba ocho hipótesis. Los resultados indican que las puntuaciones de los universitarios mexicanos no fueron significativamente mayores que las puntuaciones de los alumnos estadounidenses en los motivos de *control*, *relajación* y *escape*, tal como se había predicho; pero sí fueron significativamente menores en cuanto a los motivos de *afecto interpersonal*, *placer* e *inclusión*. Asimismo, se presentaron correlaciones negativas significativas entre los motivos interpersonales y la edad en los datos de Estados Unidos, pero no en los datos de México. También se descubrieron correlaciones positivas significativas entre el género y los motivos de *afecto* e *inclusión*, y correlaciones negativas entre el género y el motivo de *control*, pero solamente en los universitarios estadounidenses.

La muestra de mexicanos incluyó a 225 individuos y la de estadounidenses a 504.

4. Términos claves (*keywords*)

Son términos que identifican al tipo de investigación o trabajo realizado y son útiles para ayudar a los indexadores y motores de búsqueda a encontrar los reportes o documentos pertinentes. Por lo común se solicitan entre tres y cinco términos, aunque algunas revistas permiten hasta ocho, como *Acta Sociologica*. Hay revistas iberoamericanas que aceptan hasta 10, lo cual nos parece extremo. Un término clave puede abarcar más de una palabra, por ejemplo: modelamiento latente de Markov, ecuaciones estructurales, actitudes hacia las matemáticas, medicina basada en evidencia, auditoría en comunicación, fibra de madera, etcétera.

[7] No hay relación entre el campo o disciplina y el número de palabras permitidas. Por ejemplo, de las 350 revistas analizadas, *Journal of Fire Sciences*, *European Law Journal* y *Business Communication Quarterly* solicitan como máximo entre 100 y 150 y el *Journal of Cellular Plastics* 300.
[8] Williams, Unrau y Grinnell (2005).
[9] Adaptado de Rubin, Fernández y Hernández-Sampieri (1992).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

5. Cuerpo del documento

Respecto a las partes que integran el cuerpo del documento, existen variantes entre los diferentes campos del conocimiento, asociaciones científicas, normas editoriales y perspectivas del investigador. Desde luego, por cuestiones de espacio no sería viable tratar todas estas variantes, nos limitaremos a mencionar la principal y después comentaremos cada parte o sección, citando algunas diferencias.

- *Introducción*: abarca los antecedentes (tratados de manera breve, concreta y específica), el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación, así como la justificación del estudio), un sumario de la revisión de la literatura, el contexto de la investigación (cómo, cuándo y dónde se realizó), las variables y los términos de la investigación, lo mismo que las limitaciones de ésta. Es importante que se comente la utilidad del estudio para el campo académico y profesional. Creswell (2005) lo denomina el planteamiento del problema y agrega las hipótesis.

  Diversas revistas académicas en todos los campos, asociaciones científicas e instituciones de educación superior incluyen en la introducción el marco teórico o revisión de la literatura, particularmente en artículos de investigación empírica.

  Laflen (2001) recomienda una serie de preguntas para elaborar la introducción: ¿qué descubrió o probó la investigación? ¿En qué clase de problema se trabajó, cómo se trabajó y por qué se trabajó de cierta manera?, ¿qué motivó el estudio? ¿Por qué se escribe el reporte? ¿Qué debe saber o entender el lector al terminar de leer el reporte?
- *Revisión de la literatura* (*marco teórico*): en ésta se incluyen y comentan las teorías que se manejaron y los estudios previos que fueron relacionados con el planteamiento, se hace un sumario de los temas y hallazgos más importantes en el pasado y se señala cómo nuestra investigación amplía la literatura actual. Finalmente, tal revisión nos debe responder la pregunta: ¿dónde estamos ubicados actualmente en cuanto al conocimiento referente a nuestras preguntas y objetivos?
- *Método*: esta parte del reporte describe cómo fue llevada a cabo la investigación, e incluye:
  - –Enfoque (cuantitativo, cualitativo o mixto).
  - –Contexto de la investigación (lugar o sitio y tiempo, así como accesos y permisos).
  - –Casos, universo y muestra (tipo, procedencia, edades, género o aquellas características que sean relevantes de los casos; descripción del universo y la muestra, y procedimiento de selección de la muestra).
  - –Diseño utilizado (experimental o no experimental —diseño específico—, así como intervenciones, si es que se utilizaron).
  - –Procedimiento(s) (un resumen de cada paso en el desarrollo de la investigación). Por ejemplo, en un experimento se describe la manera de asignar los casos a los grupos, las instrucciones, los materiales, las manipulaciones experimentales y cómo transcurrió el experimento. En una encuesta se refiere cómo se contactó a los participantes y se realizaron las entrevistas. En este rubro se incluyen los problemas enfrentados y la forma en que se resolvieron.
  - –Descripción detallada de los procesos de recolección de los datos y qué se hizo con los datos una vez obtenidos.
  - –En cuanto a la recolección, es necesario describir qué datos fueron recabados, cuándo fueron recogidos y cómo: forma de recolección o instrumentos de medición utilizados, con reporte de la confiabilidad, validez y objetividad, así como las variables o conceptos, eventos, situaciones y categorías.

Cabe señalar que en áreas de conocimiento como las ingenierías, las ciencias químicas y biológicas, las ciencias de la salud y la arquitectura, suele agregarse un apartado en esta sección de método, denominado: "Materiales", que incluye equipos, utensilios, aparatos, software y otras tecnologías utilizadas, de las cuales debe precisarse su uso e influencia en el estudio. Incluso, algunas revistas lo consideran una parte del cuerpo del documento (por ejemplo, *Journal of Dental Research*, *Journal of Chemical Technology and Biotechnology* y *Multiple Sclerosis Journal*).

- *Resultados*: son producto del análisis de los datos. Compendian el tratamiento estadístico que se dio a los datos. Regularmente el orden es: *a*) análisis descriptivos de los datos, *b*) análisis inferen-

ciales para responder a las preguntas o probar hipótesis (en el mismo orden en que fueron formuladas las hipótesis o las variables). La American Psychological Association (2011) recomienda que primero se describa de manera breve la idea principal que resume los resultados o descubrimientos, y posteriormente se reporten con detalle los resultados. Es importante destacar que en este apartado no se incluyen conclusiones ni sugerencias, así como tampoco se explican las implicaciones de la investigación. Esto se hace en el siguiente apartado.

En la sección de resultados el investigador se limita a describir sus hallazgos. Una manera útil de hacerlo es mediante tablas, cuadros, gráficas, dibujos, diagramas, mapas y figuras generadas por el análisis. Son elementos que sirven para organizar los datos, de tal manera que el usuario o lector los pueda leer y decir: "me queda claro que esto se vincula con aquello, con esta variable ocurre tal cuestión." Cada uno de dichos elementos debe ir numerado en arábigo o romano (por ejemplo: cuadro 1, cuadro 2... cuadro *k*; gráfica o diagrama 1, gráfica o diagrama 2... gráfica o diagrama *k*, etc.) y con el título que la identifica. Wiersma y Jurs (2008) recomiendan los siguientes puntos para elaborar tablas estadísticas:

a) El *título* debe especificar el contenido de la tabla, así como tener un *encabezado* y los *subencabezados* necesarios (por ejemplo, columnas y renglones, diagonales, etcétera).
b) No debe mezclarse una cantidad inmanejable de estadísticas (por ejemplo, incluir medias, desviaciones estándar, correlaciones, razón *F*, etc., en una misma tabla).
c) En cada tabla se deben *espaciar los números y las estadísticas incluidas* (tienen que ser legibles).
d) En tesis e informes y de ser posible, habrá que *limitar cada tabla a una sola página.*
e) Los formatos de las tablas tienen que ser coherentes y homogéneos dentro del reporte (por ejemplo, no incluir en una tabla cruzada las categorías de la variable dependiente en columnas y en otra tabla colocar las categorías de la variable dependiente en renglones).
f) Las *categorías de las variables deben distinguirse* claramente entre sí.

La mejor regla para elaborar una tabla es organizarla lógicamente y eliminar la información que pueda confundir al lector. Al incluir pruebas de significancia: *F*, *Chi cuadrada, r*, etc., debe incorporarse información respecto de la magnitud o el valor obtenido de la prueba, los grados de libertad, el nivel de confianza (*alfa* = α) y la dirección del efecto (American Psychological Association, 2011). Asimismo, tendrá que especificarse si se acepta o se rechaza la hipótesis de investigación o la nula en cada caso.

Centro de recursos en línea

Recomendamos a los lectores consultar los ejemplos de investigación incluidos en el centro de recursos de esta obra y revisar la forma como se presentan las tablas.

Cuando los *usuarios*, receptores o lectores son personas con conocimientos sobre estadística no es necesario explicar en qué consiste cada prueba, sólo habrá que mencionarla y comentar sus resultados (que es lo normal en ambientes académicos). Si el usuario carece de tales conocimientos, no tiene caso incluir las pruebas estadísticas, a menos que se expliquen con suma sencillez y se presenten los resultados más comprensibles. En este caso, las tablas se describen.

En el caso de diagramas, figuras, mapas cognoscitivos, esquemas, matrices y otros elementos gráficos, también debe seguirse una secuencia de numeración y observar el principio básico: *una buena figura es sencilla, clara y no estorba la continuidad de la lectura*. Las tablas, los cuadros, las figuras y los gráficos tendrán que enriquecer el texto; en lugar de duplicarlo, comunican los hechos esenciales, son fáciles de leer y comprender, a la vez que son coherentes.

La mayoría de revistas requieren las figuras y tablas como archivos *jpeg*, *tiff* o *eps* (resolución mínima de 300 dpi).

- *Discusión* (conclusiones, recomendaciones, limitaciones e implicaciones)*:* en esta parte se: *a*) derivan conclusiones, *b*) explicitan recomendaciones para otros estudios (por ejemplo, sugerir nuevas preguntas, muestras, instrumentos, líneas de investigación, etc.) y se indica lo que sigue y lo que debe hacerse, *c*) generalizan los resultados a la población, *d*) evalúan las implicaciones del estudio, *e*) establece la manera como se respondieron las preguntas de investigación, así como si se cumplieron o no los objetivos, *f*) relacionan los resultados con los estudios existentes (vincular con el marco teórico y señalar si nuestros resultados coinciden o no con la literatura previa, en qué sí y

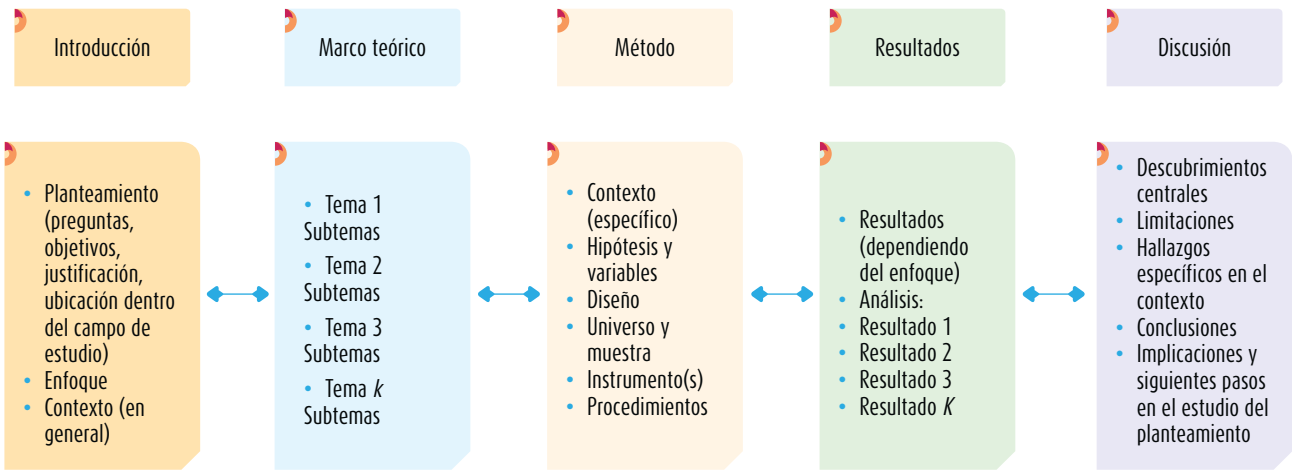
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

en qué no), *g*) reconocen las limitaciones de la investigación (en el diseño, muestra, funcionamiento del instrumento, alguna deficiencia, etc., con un alto sentido de honestidad y responsabilidad), *h*) destaca la importancia y significado de todo el estudio y la forma como encaja en el conocimiento disponible, *i*) explican los resultados inesperados y *j*) cuando no se probaron las hipótesis es necesario señalar o al menos especular sobre las razones. Al elaborar las conclusiones es aconsejable verificar que estén los puntos necesarios aquí vertidos. Y recordar que **no** se trata de repetir los resultados, sino de resumir los más importantes y su significado. Desde luego, las conclusiones deben ser congruentes con los datos. La adecuación de éstas respecto de la generalización de los resultados deberá evaluarse en términos de aplicabilidad a diferentes muestras y poblaciones. Si el planteamiento cambió, es necesario explicar por qué y cómo se modificó. Esta parte debe redactarse de tal manera que se facilite la toma de decisiones respecto de una teoría, un curso de acción o una problemática. El reporte de un experimento tiene que explicar con claridad las influencias de los tratamientos.

Congruencia entre partes del cuerpo de documento o apartados

Un aspecto que cabe destacar de todo informe es que debe haber una elevada congruencia entre las diferentes partes que integran el documento. Por ello, al elaborar el reporte, aunque nos concentremos en la redacción de un apartado, es indispensable tener en mente el resto de las secciones y asegurar que haya vinculación entre éstas. Un informe de investigación puede concebirse como un esquema, tal como se presenta en la figura 11.1.

Figura 11.1 Esquema de bosquejo general para un reporte de investigación.



La congruencia implica, por ejemplo, que todos los temas y subtemas del marco teórico se encuentren estrechamente relacionados con el planteamiento y hayan sido incluidos en los resultados, que los descubrimientos, hallazgos y conclusiones estén asociados con los análisis y resultados y, desde luego, con los apartados del marco teórico, que todos los elementos de la discusión se refieran al planteamiento (objetivos, preguntas y justificación), que las hipótesis y variables se localicen en el marco teórico (se presenten estudios sobre ellas) y se discutan en las conclusiones, etc. Las variables del planteamiento deben estar presentes en todos los temas del marco teórico y en las hipótesis, tienen que ser las medidas por el instrumento o los instrumentos, deben estar descritas y relacionadas en los resultados e implicadas en la discusión.

Las partes o secciones del cuerpo del reporte tienen que ser como "espejos que deben reflejar una misma imagen" (Dahlberg, Wittink y Gallo, 2010). Esta labor nos ayuda a mantener un reporte congruente de principio a fin. Todo conectado a la literatura sobre el planteamiento del problema en cuestión.

Se recomienda a los estudiantes hacer esta matriz de congruencia en una figura como la 11.1 o una matriz.

Introducción	Marco teórico	Método	Resultados	Discusión

6. Referencias, bibliografía

Son las fuentes primarias utilizadas por el investigador para elaborar el marco teórico u otros propósitos; se incluyen al final del reporte, ordenadas alfabéticamente y siguiendo un estilo de publicaciones (APA, Harvard, Vancouver, etcétera).

7. Apéndices

Resultan útiles para describir con mayor profundidad ciertos materiales, sin distraer la lectura del texto principal del reporte o evitar que rompan con el formato de éste. Algunos ejemplos de apéndices serían el cuestionario utilizado, un nuevo programa computacional, análisis estadísticos adicionales, la descripción de un equipo utilizado, el desarrollo de una fórmula complicada, fotografías, etc. Se titulan y numeran en orden progresivo.

Reconocimientos y declaración de no conflicto de intereses

En los artículos suelen agregarse al final los agradecimientos y una declaración de que el autor o autores no tienen conflicto de intereses respecto a la autoría y la publicación del artículo. También se menciona, si aplica, la fuente de financiamiento del estudio.

¿Qué elementos contiene un reporte de investigación o informe de resultados en un contexto no académico?

Un reporte no académico contiene la mayoría de los elementos de un reporte académico:

1. Portada
2. Índice
3. Resumen ejecutivo (resultados más relevantes y casi todos presentados de manera gráfica)
4. Método
5. Resultados
6. Conclusiones[10]
7. Apéndices

Pero cada elemento se trata con mayor brevedad y se eliminan las explicaciones técnicas que no puedan ser comprendidas por los usuarios. Frecuentemente, el marco teórico y la bibliografía suelen omitirse del reporte o se agregan como apéndices o antecedentes, y cuando se incluyen son breves. Desde luego, lo anterior de ninguna manera implica que no se haya desarrollado un marco teórico, sino que algunos usuarios prefieren no confrontarse con éste en el informe de investigación. Hay usuarios no académicos que sí se interesan por el marco teórico y las citas bibliográficas y referencias. Para ilustrar la diferencia entre redactar un reporte académico y uno no académico, se presenta un ejemplo de introducción de un reporte no académico que, como se ve en el siguiente recuadro de ejemplo, es bastante sencillo, breve y no utiliza términos complejos.

[10] En los ambientes no académicos se usa el término "conclusiones" en lugar de discusión.

Ejemplo

Muestra de introducción de un reporte no académico

Calidad total

La Fundación Mexicana para la Calidad Total, A.C. (Fundameca), realizó una investigación por encuestas para conocer las prácticas, técnicas, estructuras, procesos y temáticas existentes en calidad total en nuestro país. La investigación, de carácter exploratorio, constituye el primer esfuerzo para obtener una radiografía del estado de los procesos de calidad en México. No es un estudio exhaustivo, sólo implica un primer acercamiento, que en los años venideros irá extendiendo y profundizando la fundación.

El reporte de investigación que a continuación se presenta tiene como uno de sus objetivos esenciales propiciar el análisis, la discusión y la reflexión profunda respecto de los proyectos para incrementar la calidad de los productos o servicios que ofrece México a los mercados nacional e internacional. Como nación, sector y empresa: ¿vamos por el camino correcto hacia el logro de la calidad total? ¿Qué estamos haciendo adecuadamente? ¿Qué nos falta? ¿Cuáles son los obstáculos a los que nos estamos enfrentando? ¿Cuáles son los retos que habremos de rebasar en la primera década del siglo? Éstas son algunas de las preguntas que estamos valorando y necesitamos responder. La investigación pretende aportar algunas pautas para que comencemos a contestar en forma satisfactoria dichos cuestionamientos.

La muestra de la investigación fue seleccionada al azar sobre la base de tres listados: 500 empresas de *Expansión*,[11] listado de la gaceta *Cambio Organizacional* y registro de empresas asistentes a las reuniones para constituir Fundameca. Se acudió a 184 empresas, de las cuales 60 no proporcionaron información. Dos encuestas fueron eliminadas por detectarse inconsistencias lógicas. En total se incluyeron 122 casos válidos.

Esperamos que sus comentarios y sugerencias amplíen y enriquezcan este proceso investigativo.

Fundameca
Dirección de Investigación

Recomendaciones para redactar un reporte de investigación

Los reportes de investigación requieren de escribir, revisar lo escrito una y otra vez, y editar, basándonos en nuestra propia crítica y los comentarios de los demás, hasta que estemos satisfechos con la claridad de nuestras explicaciones y narrativa (y que colegas o pares nos aprueben el documento). Desde luego, no hay escrito ni informe perfecto, pero aquellos documentos que se revisan cuidadosamente varias veces por el propio autor y otros investigadores, tienen una mayor probabilidad de resultar comprensibles, precisos, concisos y apegados a las reglas de publicación de los estilos aceptados por las comunidades académicas y profesionales, así como a las reglas del idioma en el cual fueron elaborados.

Algunas recomendaciones para redactar un informe de investigación son las siguientes:

- Trabaje siguiendo un boceto o bosquejo (inicie con un primer índice o índice tentativo).
- Al redactar un apartado o capítulo tenga en mente los demás (por ejemplo, si está redactando el método, concéntrese en éste pero considere el índice tentativo de los capítulos de resultados y discusión y lo que escribió en el marco teórico).
- Utilice la voz activa.
- Al redactar mezcle adecuadamente los tiempos (tal autor señala…, el instrumento utilizado fue…, esta investigación difiere de otras en…, la hipótesis nula se acepta, los resultados son consistentes con, la muestra fue…, se midió…).
- Elimine términos ambiguos, redundantes o innecesarios.
- Busque sinónimos para no duplicar palabras en una misma oración o párrafo.
- Comience cada capítulo de la tesis o parte del documento con un párrafo introductorio y señale la estructura, es decir, cómo está compuesto (aplica a marco teórico, método, resultados y discusión).
- Al final de cada parte, escriba oraciones o párrafos de transición para señalar lo que sigue en la próxima. Vincule entre apartados de una misma sección o capítulo y evite "saltos conceptuales".

[11] Similar al de las 500 de Fortune, pero exclusivamente en México.

- Vaya ligando párrafos paulatinamente.
- En los primeros párrafos que redacte de cada apartado, suprima la autocrítica, deje fluir su escritura. Ya que perciba que tiene fluidez, entonces revise críticamente.
- Utilice títulos o encabezados como guías para el lector.
- Asegúrese de que las secciones de un apartado están relacionadas entre sí.
- Al redactar el marco teórico o revisión de la literatura verifique que cada apartado o sección esté vinculada con el planteamiento (preguntarse: ¿este apartado está vinculado al planteamiento? Si no es así, es posible que ese apartado no venga al caso y tenga que eliminarse).
- Revise el índice y el manuscrito con otros colegas que sepan del tema, su profesor y compañeros. Incluso, es conveniente que una persona no especialista en el tema (pero con educación profesional) lea el documento para verificar la claridad.
- Cabe destacar que en reportes para publicarse, como los artículos de una revista científica, se desarrollan todos los elementos de manera muy concisa o resumida.
- En todo momento deben buscarse explicaciones directas, así como eliminar repeticiones, argumentos innecesarios y redundancia no justificada. En el lenguaje debemos ser muy cuidadosos y sensibles, no debemos utilizar términos despectivos refiriéndonos a personas con capacidades distintas, grupos étnicos diferentes al nuestro, etc.; para ello, es necesario consultar algún manual de los que se recomiendan más adelante.

En el centro de recursos en línea, el lector podrá encontrar en "Manuales auxiliares", un documento titulado "Indicaciones para la elaboración de un manuscrito original", elaborado por los departamentos de investigación de la Universidad Católica de Costa Rica y la Universidad de Celaya, que contiene diversas recomendaciones y lineamientos para escribir informes de investigación en distintos formatos; así como el capítulo 11 adicional: "Consejos prácticos para realizar investigación" (en Material complementario → Capítulos).

Centro de recursos en línea

¿Hay guías o manuales para elaborar un reporte de investigación?

Para desarrollar el reporte siempre debemos seguir un estilo de publicación, el cual nos indica cómo citar las referencias en el texto del informe e incluirlas en la bibliografía (lista de referencias), así como la manera de presentar tablas, figuras, ecuaciones y otros elementos. Es una forma que las comunidades académicas han desarrollado para construir estándares homogéneos en la redacción de reportes y dar crédito a las fuentes originales consultadas, así como comunicarle al lector dónde puede localizarlas.

Los principales estilos de publicación son:

1. APA (American Psychological Association)
2. Vancouver
3. Harvard
4. Chicago
5. MLA (Modern Language Association)

Cada uno tiene sus propias reglas y pueden encontrarse manuales sobre el estilo específico. Al inicio de su desarrollo algunos estilos se asociaron con ciertas disciplinas, pero hoy en día esto ha cambiado. Por ejemplo, el estilo APA es utilizado no solamente por asociaciones de psicólogos, sino también por administradores y agrupaciones de ingenieros químicos. Entonces, ¿cuál utilizar como guía al elaborar un informe o un artículo para una revista científica? En definitiva el que se utilice como norma en nuestra institución o escuela. En el caso de revistas y congresos, los editores o revisores indican el estilo (por ejemplo, en las instrucciones para los autores o equivalente). Cabe destacar que una vez elegido cierto estilo es requisito apegarse a éste; no pueden mezclarse estilos en un mismo reporte.

Centro de recursos en línea

Por cuestiones de espacio y sobre todo para mantener al máximo posible su actualización no serán tratados en la parte impresa de la obra, pero en el capítulo 11, "Consejos prácticos para realizar investigación", del centro de recursos que puede encontrar en: Material complementario → Capítulos,

y descargarse, se presenta una tabla comparativa de los estilos Vancouver, APA, Harvard y Chicago en cuanto a cómo incluir las principales fuentes en la bibliografía (libros, capítulos, artículos, etc.). Por otro lado, se incluyen ligas a sitios en internet sobre los estilos (los mencionados y otros).

Asimismo, en dicho centro (en la sección "Manuales auxiliares"), el lector podrá encontrar y bajar a su dispositivo un manual sencillo titulado: "Introducción al estilo APA para citas y referencias" (que en la quinta edición se incluyó en el CD) y el ya conocido programa SISI (Sistema de Información para el Soporte a la Investigación) para capturar documentos y generar, incluir y organizar citas o referencias en el texto y al final en la bibliografía o listado de referencias, sobre la base del estilo APA (el software las coloca de manera correcta).

Adicionalmente, podrá localizar en el centro de recursos otro manual sencillo nombrado: "Introducción al estilo Vancouver para citas y referencias".

¿Qué recursos están disponibles para presentar el reporte de investigación?

Son hoy tantos los programas de dibujo, de gráficas, presentaciones y elaboración de documentos, que es imposible en este espacio comentarlos o siquiera nombrarlos. Use todos los que conozca y tenga acceso a ellos, recuerde que una presentación debe tener riqueza visual. En los documentos hay ciertas reglas que no podemos hacer a un lado, pero en la presentación el límite es nuestra propia imaginación.

¿Qué criterios o parámetros podemos definir para evaluar una investigación o un reporte?

Un buen reporte debe demostrar que la investigación respondió con claridad al planteamiento del problema, ese es el mejor parámetro. Hay reportes que han sido tan trascendentes que sus hallazgos y recomendaciones han revolucionado un campo y permanecido en el tiempo. Por ejemplo, Hernández Galicia (1970) realizó un estudio respecto a los efectos de los gases emitidos por los motores de combustión interna sobre la contaminación de la atmósfera de la Ciudad de México. Sus conclusiones y pronósticos llegan hasta nuestros días y desafortunadamente no se acataron sus recomendaciones. Y no es cuestión de clarividencia, sino de que un estudio científico hecho rigurosamente puede predecir realidades.

Una propuesta de parámetros o criterios para evaluar la calidad de un estudio cuantitativo y, consecuentemente, su informe, se presenta en el centro de recursos, en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 10 "Parámetros, criterios, indicadores o cuestionamientos para evaluar la calidad de una investigación".

¿Con qué se compara el reporte de la investigación? ¿Y la propuesta o protocolo de investigación?

El reporte se contrasta con la propuesta o protocolo de la investigación, la que hicimos al inicio del proceso, que no se ha comentado en el libro, porque primero resultaba necesario conocer el proceso de investigación cuantitativa.

El protocolo se revisará en el centro de recursos, en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 9, "Elaboración de propuestas cuantitativas, cualitativas y mixtas".

Resumen

- Antes de elaborar el reporte de investigación debe definirse a los usuarios, ya que el informe habrá de adaptarse a ellos.
- Los reportes de investigación pueden presentarse en un contexto académico o en un contexto no académico.
- Los usuarios y el contexto determinan el formato, la naturaleza y la extensión del informe de investigación.
- Las secciones más comunes de un reporte de investigación presentado en un contexto académico son: portada, índice, resumen, palabras clave, cuerpo del documento (introducción, marco teórico, método, resultados), discusión, referencias o bibliografía y apéndices.
- Los elementos más comunes en un contexto no académico son: portada, índice, resumen ejecutivo, método, resultados, conclusiones y apéndices.
- Centro de recursos en línea Los reportes deben seguir un estilo de publicaciones, los principales son: APA, Vancouver, Harvard y Chicago. En el centro de recursos puede descargar información relacionada en el capítulo 11 y los manuales sencillos de los estilos APA y Vancouver.
- Para presentar el reporte de investigación se pueden utilizar diversos apoyos o recursos.

Conceptos básicos

- Apéndices
- Contexto académico
- Contexto no académico
- Cuerpo del documento
- Discusión
- Estilo de publicación
- Introducción
- Marco teórico (Revisión de la literatura)
- Método
- Referencias
- Reporte de investigación
- Resultados
- Resumen
- Usuarios/receptores

Ejercicios

1. Elabore el índice de una tesis.
2. Centro de recursos en línea Localice un artículo de una revista científica mencionada en el apéndice 1 del centro de recursos y analice las secciones del artículo.
3. Desarrolle el índice del reporte de la investigación que ha concebido a lo largo de los ejercicios del libro.
4. Elabore una presentación de su tesis o de cualquier investigación realizada por usted u otra persona en un programa para tal efecto disponible en su institución (por ejemplo: Power Point, Prezi o Flash).

Ejemplos desarrollados[12]

La televisión y el niño

Índice del reporte de investigación

RESUMEN

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Página

1. INTRODUCCIÓN[13] 1
   - 1.1 Problema a investigar 2
   - 1.2 Importancia del estudio. 5
   - 1.3 Definición de términos 7
   - 1.4 Problemas y limitaciones 10
   - 1.5 Hipótesis 12
2. MARCO TEÓRICO 13
   - 2.1 El enfoque de usos y graficaciones en la comunicación colectiva 14
   - 2.2 El uso que los niños hacen de la televisión. 22
   - 2.3 Contenidos televisivos preferidos por los niños 26
   - 2.4 Las funciones y graficaciones de la televisión para el niño 29
   - 2.5 Elementos que mediatizan las condiciones a las que se exponen los niños al ver televisión. 37
3. MÉTODO 43
   - 3.1 Muestra. 44
   - 3.2 Contexto y diseño. 47
   - 3.3 Instrumento de medición. 49
   - 3.4 Procedimientos 51
     - 3.4.1 Selección de la muestra. 51
     - 3.4.2 Recolección de los datos 54
     - 3.4.3 Análisis de los datos 55
4. RESULTADOS 56
   - 4.1 Características demográficas de la muestra 57
   - 4.2 Fuentes alternativas de entretenimiento 60
   - 4.3 Tiempo que dedican los niños a ver la televisión. 63
   - 4.4 Programas preferidos por los niños 65
   - 4.5 Personajes favoritos 69
   - 4.6 Funciones y gratificaciones de la televisión para los niños de la muestra 73
   - 4.7 Control de los padres 77
5. DISCUSIÓN 79
   - 5.1 Hallazgos fundamentales 80
   - 5.2 Conclusiones y recomendaciones 82
     - 5.2.1 Implicaciones para los padres 84
     - 5.2.2 Implicaciones para los educadores. 88
     - 5.2.3 Implicaciones para los productores 93
   - 5.4 El futuro de la televisión infantil. 101

REFERENCIAS 105

APÉNDICE A: Carta a los directores de la escuela. 111

APÉNDICE B: Cuestionario aplicado 112

[12] El ejemplo: "La relación entre la personalidad y las enfermedades" no se incluyó por cuestiones de espacio. Se recomienda la fuente original ya citada: Yousfi *et al.* (2004).

[13] Unas ocasiones se numera la introducción y otras no. La decisión es del investigador, de acuerdo con los criterios editoriales de quien publica.

La pareja y relación ideales

Índice del reporte de estudio

Página

INTRODUCCIÓN 1
1. REVISIÓN DE LA LITERATURA 5
1.1 Contexto de los jóvenes universitarios celayenses 6
1.2 Estructura y función de los ideales en las relaciones de noviazgo. 8
1.3 Causas de las relaciones exitosas y el concepto de pareja y relación ideal 13
1.4 Teorías sobre las relaciones de noviazgo y pareja. 17
1.4.1 Teoría sociocognitiva 17
1.4.2 Teoría evolucionista. 21
1.4.3 Calificativos usados para caracterizar a la pareja y la relación ideales 25
2. MÉTODO 30
2.1 Muestra 31
2.2 Diseño 32
2.3 Variables y cuestionario. 32
2.4 Procedimientos 34
3. RESULTADOS 36
3.1 El pasado: atributos de la pareja más significativa en el pasado y la relación con ella 37
3.2 El presente: atributos de la pareja actual y la relación con ella. 41
3.3 El futuro: atributos de la pareja y la relación proyectadas a largo plazo en el futuro. 45
3.4 Atributos de la pareja y la relación ideales. 50
3.5 Vinculaciones en el tiempo: pasado, presente y futuro 54
3.6 Seguir soñando y despertar: la realidad *versus* las aspiraciones ideales 57
4. DISCUSIÓN 60
5. REFERENCIAS 68
6. APÉNDICE: Cuestionario. 74

El abuso sexual infantil

Centro de recursos en línea

En el centro de recursos, el lector encontrará un reporte del estudio en formato de artículo científico que fue publicado en *Archivos Hispanoamericanos de Sexología* (en Material complementario → Ejemplos → Ejemplo 7: "Comparativo de instrumentos de evaluación para programas de prevención del abuso sexual infantil en preescolares" (Meza y Hernández-Sampieri, 2005).

Los investigadores opinan

A investigar se aprende investigando; por tanto, es necesario desmitificar la complejidad de la tarea y sentir pasión por ella. En este sentido, la experiencia en la investigación enriquece ampliamente la labor del docente.

Una investigación será mucho más factible, si el planteamiento del problema se realiza de manera adecuada; también es importante que el tema sea de actualidad y pertinente, y que esté enfocado a la solución de problemas concretos.

La realidad es cuantitativa-cualitativa; por ello, es necesario combinar ambos enfoques, siempre y cuando no sean incompatibles con el método empleado.

Respecto de la investigación que se realiza en Colombia, de acuerdo con Colciencias, organismo estatal para las ciencias y la tecnología, la Universidad de Antioquia ocupa un lugar muy preponderante en todo el país.

Duván Salavarrieta T.
Profesor-investigador
Facultad de Administración
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Una investigación exitosa, es decir, que contribuya de manera trascendente a la generación de conocimiento, depende en gran medida de que el planteamiento del problema se realice adecuadamente.

Otro aspecto de consideración es que la investigación puede abarcar tanto el enfoque cualitativo como el cuantitativo, y llegar a complementarse, además de que es posible mezclarlos cuando se utilizan diversos tipos de instrumentos de medición, como registros observacionales, cuestionarios, *tests*, estudios de caso, etc. En cuanto a paquetes de análisis, en investigación cualitativa actualmente utilizo el SPSS.

Para los estudiantes, la importancia de la investigación radica en que es un medio que brinda la oportunidad de resolver problemas reales, como los que encontrarán en su vida profesional; por ello, la importancia de que elijan un tema de su interés, que además sea original, viable, preciso y de extensión acotada.

Asimismo, deben tomar en cuenta los parámetros que caracterizan a una buena investigación, y también plantear de forma adecuada el problema.

Es necesario definir objetivos precisos; efectuar una intensa revisión bibliográfica; seleccionar el diseño de investigación adecuado; realizar un buen análisis estadístico, el cual representa una herramienta que permite hacer inferencias significativas respecto de los resultados obtenidos; y, por último, llegar a conclusiones objetivas.

Esteban Jaime Camacho Ruiz
Catedrático
Departamentos de Psicología y Pedagogía
Universidad Hispanoamericana
Estado de México, México

¿Por qué es importante que los niños y jóvenes aprendan a investigar?

Dice Mario Molina, mexicano reconocido con un premio Nobel en temas científicos, que cuando niño, tenía una enorme curiosidad como los demás niños. La diferencia es que él logró que no se la quitaran.

También decía George Bernard Shaw, el gran humanista británico, que él había tenido que interrumpir su educación a los seis años, para "empezar a ir a la escuela".

La reflexión que planteo con estos dos ejemplos, especialmente válida para el mundo y tiempo que nos ha tocado vivir, es acerca de cómo debemos tener cuidado para no atrofiar la creatividad de niños y jóvenes, incorporándolos a una vida llena de paradigmas, valores establecidos y necesidades resueltas.

¿Cómo lograr que los jóvenes recuperen la capacidad de asombro? ¿Cómo equilibrar esa curiosidad innata con la enorme oferta de soluciones inmediatas que reciben por todas partes?

Hay que reconocer que nuestras instituciones y procedimientos educativos no han funcionado a la altura de las circunstancias actuales. Del proceso de enseñanza-aprendizaje se tendrá que partir, y lo más pronto posible, para despertar a este nuevo joven investigador.

Es evidente que no podemos seguir haciendo las cosas de la misma forma. Muchos jóvenes repiten paradigmas probados creyendo que son la mejor solución, no se molestan en buscar propuestas de investigadores en donde se presentan soluciones alternas evitando así problemas de sustentabilidad, por ejemplo, o bien, no le otorgan credibilidad al trabajo de los investigadores, ya que los jóvenes creen que las cosas están resueltas.

Lo que es innegable, es que en la creatividad del ser humano ha habido y seguirán habiendo respuestas para muchas interrogantes y problemas. Los grandes problemas del mundo no se van a resolver solos; los tendrá que resolver el hombre, y podrá hacerlo en la medida en que sepa observar, analizar e interpretar las variables de su entorno. Y no solo eso, una vez logrado lo anterior, asimismo tendrá que saber tomar las decisiones. Lo cual también es una habilidad fundamental que tiene que adquirir.

Por lo anterior, podría concluirse esta idea planteando que no solamente es importante que los jóvenes aprendan a desarrollar sus habilidades creativas y de investigación.... Es simplemente, una necesidad de supervivencia.

Este libro de Hernández-Sampieri es una gran oportunidad que debemos aprovechar, aprender y difundir con el mismo contagio que el autor lo hace día con día. Los invito a reflexionar y sobre todo a construir un mundo mejor.

Paulina de la Mora Campos
Coordinación de Admisión y Enlace Estudiantil
Departamento de Ciencias de la Salud
Universidad del Valle de México,
Campus Querétaro

parte 3

El proceso de la investigación cualitativa

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

capítulo

12

El inicio del proceso cualitativo: planteamiento del problema, revisión de la literatura, surgimiento de las hipótesis e inmersión en el campo

Un planteamiento cualitativo es como "ingresar a un laberinto". Sabemos dónde comenzamos, pero no dónde habremos de terminar. Entramos con convicción, pero sin un mapa detallado, preciso. Y de algo tenemos certeza: deberemos mantener la mente abierta y estar preparados para improvisar.

Roberto Hernández-Sampieri, basado en una idea de Richard Grinnell

Proceso de investigación cualitativa

Paso 2 Planteamiento del problema

- Establecer el propósito central, los objetivos y las preguntas de investigación iniciales, justificación y viabilidad.
- Explorar las deficiencias en el conocimiento del problema.
- Elegir el ambiente o contexto donde se comenzará a estudiar el problema de investigación.
- Proponer la muestra inicial.
- Entrar en el ambiente o contexto.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Formular planteamientos para investigar de manera inductiva.
2. Visualizar los aspectos que debe tomar en cuenta para comenzar un estudio cualitativo.
3. Comprender cómo se inicia una investigación cualitativa.
4. Conocer el papel que cumplen la revisión de la literatura y las hipótesis en el proceso de investigación cualitativa.

Síntesis

En el presente capítulo se aborda la manera en que la idea se desarrolla y se transforma en el planteamiento del problema de investigación cualitativo. Es decir, el capítulo trata sobre cómo plantear un problema de investigación, pero ahora desde la óptica cualitativa. Seis elementos resultan fundamentales para plantear un problema cualitativo: objetivos de investigación, preguntas de investigación, justificación de la investigación, viabilidad de ésta, evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema y definición inicial del ambiente o contexto. Sin embargo, los objetivos y las preguntas son más generales y su delimitación es menos precisa. Asimismo, se explica el papel que cumplen la literatura y las hipótesis en el proceso inductivo; del mismo modo, cómo se inicia en la práctica un estudio cualitativo, mediante el ingreso al contexto, ambiente o campo.

Por otro lado, se insiste en que el proceso cualitativo no es lineal, sino iterativo o recurrente; las supuestas etapas en realidad son acciones para adentrarnos más en el problema de investigación y la tarea de recolectar y analizar datos es permanente.

Debe incluir:

- Propósito central
- Objetivos y preguntas de investigación
- Justificación y viabilidad
- Exploración de las deficiencias en el conocimiento del problema
- Definición inicial del ambiente o contexto

Proponer la muestra inicial:

- Definir quiénes serán los casos, unidades o participantes
- Definir conceptos y/o variables potenciales a considerar
- Decidir en qué lugares se recolectarán los primeros datos

Conduce a:

- Definir conceptos y/o variables potenciales a considerar
- Recolectar datos iniciales mediante observación directa
- Realizar una inmersión en el ambiente
- Confirmar o ajustar la muestra inicial

Planteamiento inicial del problema de investigación

Ingreso en el ambiente inicial (o campo)

- Explorar el contexto que se seleccionó
- Considerar la conveniencia y accesibilidad

Auxiliándonos de:

- Anotaciones o notas de campo
- Bitácora o diario de campo
- Mapas y fotografías, así como medios audiovisuales

Revisión de la literatura:

Es útil para:

- Detectar conceptos clave
- Dar ideas sobre métodos de recolección de datos y análisis
- Considerar problemáticas y retos de otros estudios
- Conocer diferentes maneras de abordar el planteamiento
- Mejorar el entendimiento de los datos y profundizar las interpretaciones

Inicio del proceso de investigación cualitativa

Cuyos resultados son:

- Descripción del ambiente
- Revisión del planteamiento inicial
- Desarrollo de hipótesis emergentes
- Primeros análisis: temas y categorías emergentes

Que es un proceso:

- Inductivo
- Interpretativo
- Iterativo y recurrente

Las hipótesis:

- Se van generando durante el proceso
- Se afinan conforme se recaban más datos
- Se modifican según los resultados
- No se prueban estadísticamente

Esencia de la investigación cualitativa

2 Como se explica en el capítulo 1, la investigación cualitativa se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto.

El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Punch, 2014; Lichtman, 2013; Morse, 2012; Encyclopedia of Educational Psychology, 2008; Lahman y Geist, 2008; Carey, 2007, y DeLyser, 2006). El enfoque cualitativo es recomendable cuando el tema del estudio ha sido poco explorado o no se ha hecho investigación al respecto en ningún grupo social específico (Marshall, 2011 y Preissle, 2008). El proceso cualitativo inicia con la idea de investigación.

¿Qué significa plantear el problema de investigación cualitativa?

1 Una vez concebida la idea del estudio, el investigador debe familiarizarse con el tema en cuestión. Aunque el enfoque cualitativo es inductivo, necesitamos conocer con mayor profundidad el "terreno que estamos pisando". Imaginemos que estamos interesados en realizar una investigación sobre una cultura indígena, sus valores, ritos y costumbres. En este caso debemos saber a fondo dónde radica tal cultura, su historia, sus características esenciales (actividades económicas, religión, nivel tecnológico, total aproximado de su población, etc.) y qué tan hostil es con los extraños. De igual forma, si vamos a estudiar la depresión posparto en ciertas mujeres, es necesario que tengamos conocimiento respecto a qué la distingue de otros tipos de depresión y cómo se manifiesta.

Ya que nos hemos adentrado en el tema, podemos plantear nuestro *problema de estudio*. El planteamiento cualitativo normalmente comprende:

- el propósito y/o los objetivos,
- las preguntas de investigación,
- la justificación y la viabilidad,
- una exploración de las deficiencias en el conocimiento del problema,
- la definición inicial del ambiente o contexto.

Todo lo anterior, en relación con el *fenómeno o problema central de interés*. Es decir, el propósito, finalidad u objetivo debe colocar la atención en la idea fundamental de la investigación. Si hay más de una intención principal, se fijan objetivos complementarios en una o más oraciones por separado (para fines de claridad) que expresen lo que se pretende conocer.

Creswell (2013a) recomienda a quienes se inician en la investigación cualitativa plantear el propósito en un párrafo aparte y concentrarse en un solo fenómeno, concepto, cuestión o idea que se quiera explorar y comprender, tomando en cuenta que conforme avance el estudio es probable que se identifiquen y analicen relaciones entre varios conceptos, pero por la naturaleza inductiva de la investigación cualitativa no es posible anticipar dichas vinculaciones al inicio del proyecto (Fox, 2008). Por ejemplo: "la finalidad (propósito, objetivo, intención…) de este estudio es…".

Otras sugerencias para plantear el propósito son:[1]

1. Usar palabras que sugieran un trabajo exploratorio ("razones", "motivaciones", "búsqueda", "indagación", "consecuencias", "identificación", etcétera).
2. Utilizar verbos activos que comuniquen la intención básica del estudio y las acciones que se llevarán a cabo para comprender el fenómeno. Por ejemplo, los verbos "describir", "entender", "comprender", "examinar", "descifrar", "desarrollar", "analizar el significado de", "descubrir", "explorar", etc., permiten la apertura y flexibilidad que necesita una investigación cualitativa. *Evitar* verbos que sugieren una investigación cuantitativa típica como: determinar el efecto

[1] Además de algunas propias, otras basadas en Creswell (2013a), Savin-Baden y Major (2013) y Merriam (2009).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

(impacto, influencia…), generalizar, probar, demostrar, etc. Puede usarse "evaluar el impacto", ya que es un verbo más abierto. Por ejemplo, Young, Bramham, Gray y Rose (2008) plantearon el siguiente objetivo para un estudio cualitativo: "evaluar el impacto psicológico de recibir un diagnóstico de déficit de atención con hiperactividad en la edad adulta y un tratamiento que implica cambios en la medicación". Su objetivo adicional fue: "examinar de qué forma el diagnóstico y el tratamiento modifican la autopercepción y la visión del futuro".[2]

3. Emplear un lenguaje neutral, no direccionado. Evitar palabras (principalmente adjetivos calificativos) que puedan limitar el estudio o implicar un resultado específico. Por ejemplo, utilizar "explorar las experiencias de los estudiantes universitarios", en lugar de un objetivo direccionado como: "explorar las experiencias exitosas de los estudiantes universitarios". Otros términos que pueden considerarse problemáticos son: "útil, positiva, agradable, negativa, etc.", porque sugieren un resultado que puede o no ocurrir.
4. Incluir una *definición general de trabajo* sobre el fenómeno, problema o idea central, especialmente si no es un término conocido por los lectores potenciales. En el caso de la introducción cualitativa, no deben ser términos "rígidos" y la definición es tentativa, porque se encuentra sujeta a los puntos de vista de los participantes. Por ejemplo, desde el enfoque clínico la salud puede definirse como: "la ausencia de enfermedad o lesión", y desde una perspectiva epidemiológica, como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (Boslaugh, 2007). Sin embargo, Woodgate y Leach (2010) encontraron que los jóvenes canadienses agregaron a la definición de salud en su vida comer alimentos saludables y hacer ejercicio.
5. Denotar la estrategia de investigación: el diseño básico (si es fenomenológico, etnográfico, teoría fundamentada, etc.) y los tipos generales de datos que se van a recolectar inicialmente. Los diseños se revisan en el capítulo 15.
6. Mencionar los casos de estudio (unidades de muestreo y/o análisis). Si son personas, hechos, procesos, productos, grupos, organizaciones o unidades de cualquier otra naturaleza; pero definidos. Por ejemplo: enfermeras que trabajan en el área de pediatría de hospitales públicos de Chiclayo, Perú. En ocasiones pueden ser animales u otros organismos biológicos, así como manifestaciones humanas (textos, edificaciones, artefactos, etc.). Pero la investigación cualitativa siempre se aborda desde la perspectiva del ser humano (su experiencia). Desde luego, en los estudios cualitativos sabemos que la muestra es la inicial.
7. Identificar el lugar o ambiente inicial del estudio. Por ejemplo, hogares, laboratorio, escuelas, empresas, eventos, simuladores, hospitales, sitios históricos, un área geográfica, etcétera.

A quienes realizan por primera vez un estudio cualitativo, un ejemplo de guión para la introducción del planteamiento cualitativo puede ser el siguiente:

El propósito (finalidad, objetivo, etc.) de este estudio _____ (tipo: fenomenológico, etnográfico, de teoría fundamentada, de investigación-acción, de caso…) es _____ (objetivo central: describir, comprender, etc.) el (la) _____ (fenómeno o problema estudiado) en (de, con, para…) _____ (casos, unidades o participantes, como ciertos individuos, organizaciones, hechos —personas de cierto perfil con cáncer de próstata, mujeres de determinadas características que fueron víctimas de abuso sexual en su infancia, etc.—) de (en) _____ (contexto, ambiente, sitio de la investigación. Por ejemplo, una ciudad, una escuela, una comunidad, etc.). Como instrumento de recolección de los datos se utilizará _____ (mencionarlo).
El (la) _____ (problema estudiado) puede definirse (concebirse) como _____ (definición general).

[2] Para generar verbos puede recurrirse a la taxonomía de Bloom *et al.* (1956) y Bloom (1975); así como a Marzano y Kendall (2007).

Ejemplo

Consecuencias del abuso sexual infantil

La finalidad de este estudio de teoría fundamentada es comprender las experiencias de mujeres adultas que en su infancia padecieron abuso sexual infantil y sobrevivieron. Se hablará con participantes potenciales que además de sufrir tal condición, hayan recibido intervención psicológica. La investigación se llevará a cabo en el área metropolitana de Los Ángeles, California. Se utilizarán entrevistas en profundidad para recolectar los datos.

Podemos definir al abuso sexual infantil como la utilización de un menor para la satisfacción de los deseos sexuales de un adulto. Puede incluir contacto físico, masturbación, relaciones sexuales, exhibicionismo, pornografía y prostitución. Abarca desde un único contacto hasta un abuso prolongado por meses o años.[3]

Como complemento a los objetivos de investigación se plantean las *preguntas de investigación*, aquellas que se pretende responder al finalizar el estudio para lograr los objetivos. Las preguntas de investigación deberán ser congruentes con los objetivos.

Veamos algunos ejemplos de guiones para preguntas cualitativas:

¿De qué manera (cómo, en qué forma) puede(n) caracterizarse (entenderse, comprenderse, describirse, explorarse) la (el, las, los) _____ (fenómeno o problema central)?

Ejemplo

Uso de internet para conocer parejas potenciales

Couch y Liamputtong (2008) efectuaron un estudio cualitativo con la finalidad de comprender la forma en que los individuos usan internet para conocer parejas potenciales.

La investigación incluyó a 15 participantes australianos que utilizaban internet para buscar parejas tanto con un sentido romántico como sexual. Casi todos utilizan múltiples sitios en la web, así como el correo electrónico. El método de recolección de los datos fue mediante entrevistas en línea a profundidad. Entre otras cuestiones, estudiaron los filtros que utilizan para evaluar, validar y otorgar una calificación a sus potenciales parejas y la manera como progresan del chateo a la reunión en persona.

Solamente enuncian su objetivo, pero la pregunta de investigación podría ser: ¿de qué forma utilizan los participantes internet para conocer a parejas románticas y sexuales? (exploratoria). Además, ¿qué filtros utilizan en la selección de tales parejas? (descriptiva), ¿cómo puede entenderse el progreso del simple chateo a reuniones personales? (explicativa).

La *justificación* es importante, en especial cuando el estudio necesita la aprobación de otras personas. Conviene aquí recuperar los criterios comentados en el capítulo 3 del libro: conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica. Asimismo, en la justificación se pueden incluir datos cuantitativos para dimensionar el problema de estudio, aunque nuestro abordaje sea cualitativo. Si la investigación es sobre las consecuencias del abuso sexual infantil, el planteamiento puede enriquecerse con datos y testimonios (por ejemplo, estadísticas sobre el número de abusos denunciados, sus consecuencias y daños).

La *viabilidad* es un elemento que también se valora y se pondera según el tiempo, los recursos y las capacidades. ¿Es posible llevar a cabo el estudio? ¿Tenemos los recursos para hacerlo?

En relación con las *deficiencias en el conocimiento del problema*, es necesario indicar qué contribuciones hará la investigación al conocimiento actual.

Una comparación entre planteamientos cuantitativos y cualitativos puede ayudar a reforzar los puntos anteriores (véase la tabla 12.1).

[3] Adaptado de Morrow y Smith (1995).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 12.1 Comparación entre planteamientos cuantitativos y cualitativos

Planteamientos cuantitativos	Planteamientos cualitativos
• Precisos y acotados o delimitados. • Enfocados en variables lo más exactas y concretas que sea posible. • Direccionados. • Fundamentados en la revisión de la literatura. • Se aplican a un gran número de casos que sean representativos. • El entendimiento del fenómeno se guía a través de ciertas dimensiones consideradas como significativas por estudios previos. • Se orientan a probar teorías, hipótesis y/o explicaciones, así como a evaluar efectos de unas variables sobre otras (los correlacionales y explicativos).	• Abiertos. • Expansivos, que paulatinamente se van enfocando en conceptos relevantes de acuerdo con la evolución del estudio. • No direccionados en su inicio. • Fundamentados en la revisión de la literatura, pero igualmente en la experiencia en el contexto y la intuición. • Se aplican a un menor número de casos con que se pueda trabajar hasta comprender el fenómeno o responder al planteamiento. • El entendimiento del fenómeno es en todas sus dimensiones, internas y externas, pasadas y presentes. • Se orientan a aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar teorías fundamentadas en las perspectivas de los participantes.

Un ejemplo de un planteamiento cualitativo podría ser el que se comenta a continuación.

Ejemplo

El propósito de este estudio fenomenológico es comprender las emociones de jóvenes entre 14 y 20 años que van a ingresar al quirófano para una operación o cirugía de alto riesgo en hospitales privados de Salta, mediante entrevistas en profundidad.

Se consideraran operaciones de alto riesgo aquellas en las que el paciente puede fallecer o tener secuelas graves y que éste considera "peligrosa"[4] (por ejemplo, trasplante de hígado, médula ósea, páncreas o corazón, reparación de aneurisma o extracción de tumor cerebral). Desde luego, la posibilidad de un deceso depende de múltiples variables, entre ellas el padecimiento en sí y los factores de riesgo del mismo paciente.[5]

Objetivos:

1. Conocer las emociones que experimentan pacientes jóvenes que serán sometidos a una operación de alto riesgo.
2. Profundizar en las vivencias de tales pacientes y su significado.
3. Comprender los mecanismos que el paciente utiliza para confrontar las emociones negativas profundas que surgen en la etapa preoperatoria.

Preguntas de investigación:

1. ¿Qué emociones experimentan los pacientes jóvenes que serán intervenidos en una operación de alto riesgo?
2. ¿Cuáles son sus vivencias antes de la operación?
3. ¿Qué mecanismos utilizan para confrontar las emociones negativas que surgen en la etapa previa a la operación?

3

Ahora bien, para responder a las preguntas es necesario elegir un *contexto o ambiente* en el que se lleve a cabo el estudio, situarlo en tiempo y lugar. En el planteamiento mencionado el lugar ya está establecido: Salta, Argentina; al igual que el contexto: operaciones de alto riesgo en hospitales privados (hemos desechado a quienes se someten a intervenciones quirúrgicas menores u otro tipo de operación, o bien, lo hacen en hospitales públicos).

Lo siguiente es obtener información sobre qué hospitales privados de la ciudad realizan habitualmente operaciones de esta naturaleza con regularidad. Pudiera ocurrir que al acceder a los registros, se viera que en todos los hospitales privados se efectúan estas cirugías, pero sólo una vez al mes, o que

[4] El cirujano que va a realizar la operación podría proporcionar la definición de alto riesgo y, desde luego, el propio paciente. De eso se trata la investigación cualitativa, de captar las definiciones de los participantes.
[5] Los profesores de cursos de investigación médica pueden profundizar en este ejemplo, que aquí se plantea en términos muy sencillos.

varios de ellos se niegan a darnos acceso. Esto implicaría que realizar el estudio puede tardar mucho tiempo. Podemos decidir que esto no es relevante en nuestro caso y proseguir, o que debemos ampliar nuestro rango de edades o incluir hospitales públicos. Otro panorama sería que, desafortunadamente para los jóvenes, esta operación ocurriese con mayor frecuencia.

Al plantear el problema, es importante tener en mente que la investigación cualitativa:

a) Se realiza primordialmente en los ambientes naturales de los participantes o unidades de análisis (Armstrong, 2010). En el ejemplo, hospitales, desde el cuarto del paciente y la zona preoperatoria hasta el restaurante y los corredores o pasillos.
b) Las variables no están controladas ni manipuladas (de hecho, inicialmente no definimos variables, sino conceptos generales como "emociones", "vivencias" y "mecanismos de confrontación").
c) Los significados se toman de los propios participantes (Staller, 2010 y The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009i).
d) Los datos no se reducen únicamente a valores numéricos (Rothery, Tutty y Grinnell, 1996).

Una vez hecho el planteamiento inicial, empezaríamos a contactar a los directivos y cirujanos de los hospitales y a los participantes potenciales y a recolectar datos. Efectuada la primera entrevista podríamos comenzar a generar datos y tal vez nos percatemos de que los jóvenes, antes de ingresar al quirófano, sienten mucho estrés. En otras entrevistas podríamos seguir detectando ese estrés y enfocarnos en él. Los datos nos movilizan en diferentes direcciones y así vamos respondiendo al problema original y modificándolo.

Otra manera que se sugiere para comenzar a plantear el *problema de investigación* es a través de un procedimiento muy sencillo: primero, definimos el concepto central de nuestro estudio y los conceptos que consideramos se le relacionan, de acuerdo con nuestra experiencia y la revisión de la literatura. Posteriormente, volvemos a revisar el esquema a lo largo de la indagación y lo vamos consolidando, precisando o modificando conforme recogemos y evaluamos los datos. Veamos un caso ilustrativo.

El interés del estudio podría ser general; por ejemplo, entender profundamente la experiencia humana que significa perder a un familiar a consecuencia de un desastre natural (un terremoto, tsunami, etc.). Éste es el concepto central; entonces, el planteamiento inicial sería tan genérico como se plantea a continuación.

Ejemplo

Objetivo: entender el significado de la experiencia humana resultante de la pérdida de un familiar a consecuencia de un desastre natural.

Pregunta de investigación: ¿cuál es el significado que tiene para un ser humano la pérdida de un familiar a consecuencia de un desastre natural?

El porqué estamos interesados en tal investigación complementaría el planteamiento junto con la viabilidad del estudio.

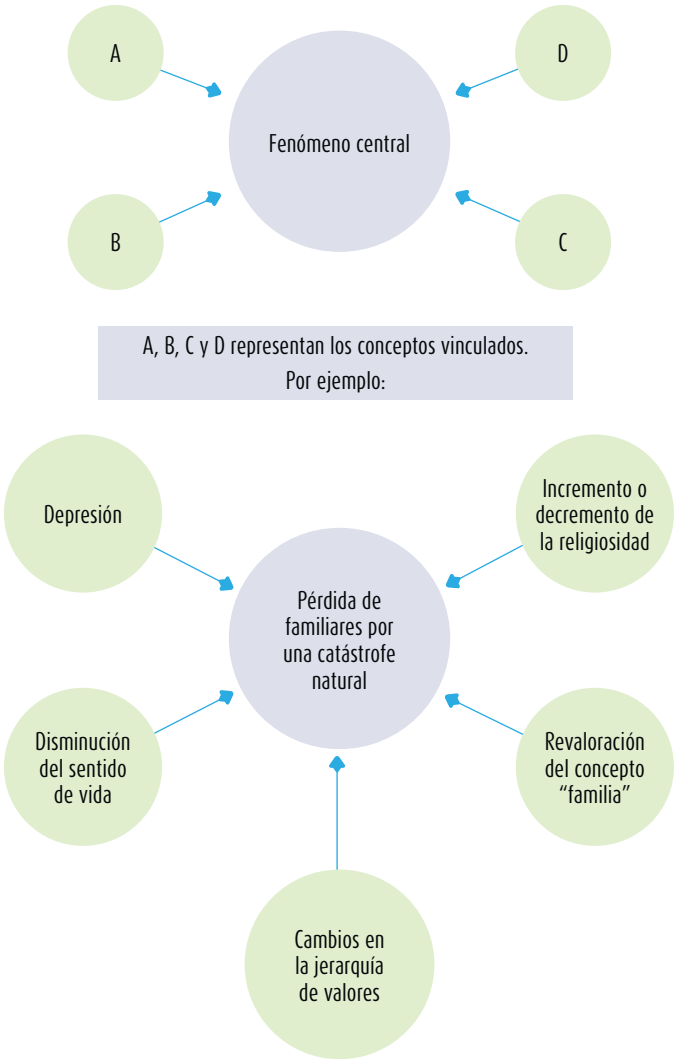
Justificación: (en términos resumidos): al entender el significado de tales experiencias y la realidad personal de los individuos que las viven, podemos obtener un conocimiento más profundo de la naturaleza humana en casos de desastre y planear mejores esquemas de apoyo psicológico para sus víctimas. Tal conocimiento nos permite, al menos, una mayor empatía con los seres humanos que sufren la pérdida de un familiar a consecuencia de un fenómeno natural.

Viabilidad: hace dos días ocurrió un terremoto con consecuencias fatales y puede efectuarse la investigación. Se cuenta con los recursos y conocimientos para ello.

O bien, el planteamiento podría enfocarse en el concepto central y otros conceptos relacionados, extraídos de nuestras reflexiones, experiencias y la revisión de la literatura, y visualizarse gráficamente como se muestra en la figura 12.1: depresión, disminución del sentido de vida, cambios en la jerarquía de valores (reposicionamiento de valores humanos colectivos, como la solidaridad, la convivencia, etc.), revaloración del concepto "familia" e incremento o decremento en la religiosidad (mayor apego a las creencias religiosas o al contrario, su pérdida). Así, el planteamiento podría quedar como se muestra enseguida.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 12.1 Sugerencia para la visualización gráfica de un planteamiento cualitativo.



Ejemplo

Objetivo: entender el significado de la experiencia humana resultante de la pérdida de un familiar a consecuencia de un desastre natural y su relación con la depresión, la disminución del sentido de vida, los cambios en la jerarquía de valores, la revaloración del concepto "familia" y el incremento o decremento de la religiosidad.

Pregunta de investigación: ¿cuál es el significado que tiene para un ser humano la pérdida de un familiar como resultado de un desastre natural y la forma en que se vincula con la depresión, la disminución del sentido de vida, los cambios en la jerarquía de valores, la revaloración del concepto "familia" y el incremento o decremento de la religiosidad?

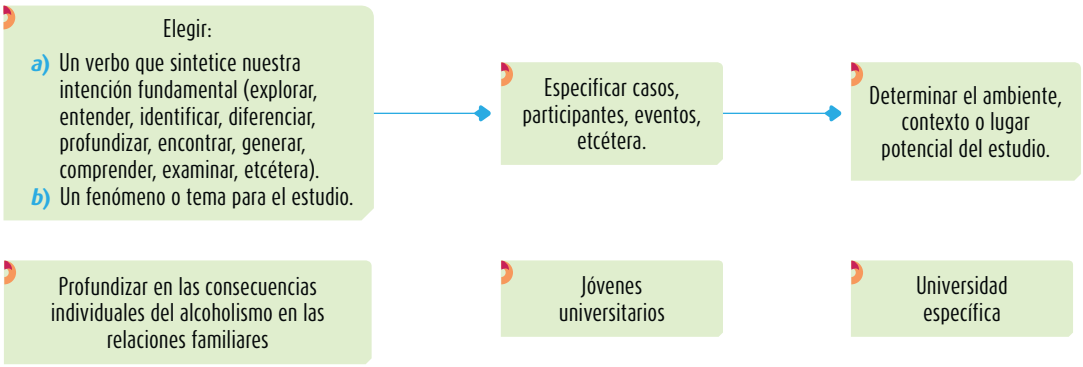
Incluso podría enfocarse únicamente en la depresión que origina tal categoría de tragedias. Es decir, el planteamiento puede ser más o menos general y debe ubicarse en un contexto, en este caso, un desastre natural concreto (como por ejemplo, el terrible terremoto de Chile de febrero de 2010). Un ejemplo de una investigación cualitativa posterior a un desastre natural (con niños, aunque no necesariamente habían perdido a un familiar) se realizó en la Escuela de Psicología de la Universidad de Colima en 2003 (Montes, Otero, Castillo y Álvarez, 2003), después de un intenso terremoto de 7.8 grados en la escala de Richter que sacudió la zona donde se ubica la institución. Primero, se docu-

mentaron experiencias emocionales de niños ante el temblor y se les proporcionó intervención psicológica; después se elaboró un programa para difundir una cultura de prevención de desastres, dirigido a los alumnos de escuelas primarias de la ciudad de Colima, México.

Los resultados de este tipo de estudios no intentan generalizarse a poblaciones más amplias, sino que se dirigen a la comprensión de vivencias en un entorno específico, cuyos datos emergentes contribuyen a entender el fenómeno (Johnson y Christensen, 2012; Hiles, 2008; y Tullis y Jillian, 2008).

Creswell (2005) recomienda otra forma gráfica para plantear problemas cualitativos (véase la figura 12.2).

Figura 12.2 Otro modelo para el planteamiento gráfico de problemas cualitativos.



Los planteamientos cualitativos son una especie de plan de exploración (entendimiento emergente) y resultan apropiados cuando el investigador se interesa en el significado de las experiencias y los valores humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en que ocurre el fenómeno estudiado, así como cuando buscamos una perspectiva cercana de los participantes. Patton (2002) identifica las siguientes áreas y necesidades como adecuadas para planteamientos cualitativos referentes a procesos (por ejemplo, en torno a un programa educativo o uno de cambio organizacional):

1. El centro de la investigación está conformado por las experiencias de los participantes en torno al proceso, particularmente si subraya resultados individualizados.
2. Es necesaria información detallada y profunda acerca del proceso.
3. Se busca conocer la diversidad de idiosincrasias y cualidades únicas de los participantes inmersos en el proceso.

Es en este tipo de cuestiones que la investigación cualitativa puede tener diferentes aplicaciones en las ingenierías. Por ejemplo, podría plantearse un estudio para que un grupo de expertos comunicara en profundidad sus experiencias al utilizar un nuevo material de construcción, o bien, que un investigador recogiera los puntos de vista de todos los participantes de un proceso de manufactura para optimizarlo. De hecho, es bastante común, solamente que puede sistematizarse aún más con análisis cualitativo.

Mertens (2010), además de Preissle (2008) y Coleman y Unrau (2005), consideran que la investigación cualitativa es particularmente útil cuando el fenómeno de interés es muy difícil de medir o no se ha medido anteriormente (deficiencias en el conocimiento del problema). Tal fue el caso de un estudio en el que Donna Mertens y otros pretendieron evaluar el impacto de la sensibilización —por capacitación— sobre las actitudes de maestros y administradores egipcios hacia personas con capacidades distintas. Al no encontrar instrumentos estandarizados en la cultura egipcia, prefirieron recolectar datos mediante técnicas cualitativas (observaciones y entrevistas, que además documentaron el lenguaje empleado para describir a dichas personas). Otro caso lo sería un estudio para profundizar en el miedo que experimentan ciertas mujeres al ser golpeadas por sus esposos. En situaciones como éstas, la cuantificación incluso podría resultar trivial. Sería más adecuado adentrarse en el significado profundo de la experiencia de las mujeres.

En resumen, el punto de partida de una indagación cualitativa es la presencia del investigador en el contexto, donde comienza su inducción.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

¿Qué papel desempeñan la revisión de la literatura y la teoría en la investigación cualitativa?

4

Centro de recursos en línea

Desde luego, en la investigación cualitativa también se lleva a cabo una intensiva revisión de la literatura (particularmente de estudios cualitativos),[6] cuyo proceso ha sido examinado en el capítulo 4 y se amplía en el capítulo 3, "Perspectiva teórica: Comentarios adicionales", del centro de recursos en línea, y por ello no se redundará en esta parte. Basta con señalar que la literatura es útil para detectar conceptos claves y nutrirnos de ideas sobre métodos de recolección de datos y análisis, así como entender mejor los resultados, evaluar las categorías relevantes y profundizar en las interpretaciones. El planteamiento se fundamenta en las investigaciones previas, pero también en el proceso mismo de inmersión en el contexto, la recolección de los primeros datos y su análisis.

¿Qué papel desempeñan las hipótesis en el proceso de investigación cualitativa?

4

En los estudios cualitativos, las hipótesis adquieren un papel distinto al que tienen en la investigación cuantitativa. En primer término, en raras ocasiones se establecen antes de ingresar en el ambiente o contexto y comenzar la recolección de los datos (Williams, Unrau y Grinnell, 2005). Más bien, durante el proceso, el investigador va generando **hipótesis de trabajo** que se afinan paulatinamente conforme se recaban más datos, o las hipótesis son uno de los resultados del estudio (Henderson, 2009). Las hipótesis se modifican sobre la base de los razonamientos del investigador y las circunstancias. Desde luego, no se prueban estadísticamente (Bogdan y Biklen, 2014, Staller, 2010 y Berg, 2008).

Hipótesis de trabajo cualitativas
Hipótesis generales, emergentes, flexibles y contextuales, que van afinándose, ya que se adaptan a los datos, primeros resultados y avatares del curso de la investigación.

Por ejemplo, en un estudio sobre las oportunidades de empleo para las personas con capacidades diferentes en un municipio de medio millón de habitantes (Amate y Morales, 2005), se comenzó con la idea de que no había tales oportunidades. Sin embargo, al comenzar a observar lo que sucedía en algunas empresas y entrevistar a directores de las áreas de recursos humanos, así como a obreros, se pudo determinar que la idea inicial era incorrecta: que las oportunidades eran iguales para individuos con capacidades regulares que para aquellos con capacidades distintas. Esta hipótesis de trabajo fue variando conforme se recogieron más datos, hasta que se concluyó que: "las empresas transnacionales o con presencia en todo el país son organizaciones que ofrecen oportunidades similares tanto a las personas con capacidades regulares, como a los individuos con capacidades diferentes porque poseen recursos para ofrecerles a estos últimos entrenamiento en cualquier actividad laboral. Pero las empresas locales carecen de tales recursos y no ofrecen oportunidades iguales, la cuestión no tenía que ver con prejuicio o discriminación, sino con posibilidades económicas (querían, pero no podían)".

Una vez hecho el planteamiento inicial y la revisión de la literatura, ¿qué sigue?: el ingreso en el ambiente (campo)

Una vez que hemos elegido un ambiente, contexto o lugar apropiado, comenzamos la tarea de responder a las preguntas de investigación. El ambiente puede ser tan variado como el planteamiento del problema (un hospital, una o varias empresas, el área de producción de una fábrica, una obra civil, una zona selvática —si estudiamos el comportamiento de una especie animal—, una comunidad indígena, una universidad, una plaza pública, un consultorio, una casa donde sesiona un grupo, etc.). Y el contexto implica una definición geográfica, pero es inicial, puesto que puede variar, ampliarse o reducirse. Imaginemos que queremos estudiar los valores de ciertos estudiantes universitarios mediante la observa-

[6] Savin-Baden y Major (2013), Sparkes y Smith (2013), Morgan (2013), Creswell (2013a), Taylor y Francis (2013), Hernández-Sampieri *et al.* (2013), Denzin y Lincoln (2011), Yin (2011), Berg y Lune (2011), Mertens (2010), Merriam (2009), Teddlie y Tashakkori (2009), O'Reilly (2008) y Patton (2002).

ción de conductas que los reflejen o representen. El sitio inicial podría ser el campus de una institución, pero después tendríamos que cambiar los lugares de observación (antros, bares y restaurantes a donde acuden, salas cinematográficas, centros deportivos y de entretenimiento, entre otros). Si la investigación es sobre pandillas, tendremos que acudir a los puntos donde se reúnen y los sitios donde actúan.

Un tipo de estudios muy socorrido es el denominado de "clientes misteriosos" (*mystery shoppers*), en los que personas que son supuestos clientes (pero que en realidad son evaluadores calificados) valoran niveles de servicio y atención (se construyen casos o situaciones específicas para analizar cuestiones como tiempos de espera en el servicio, amabilidad del personal que trata con el cliente, resolución de problemas, manejo de clientes difíciles). En tales investigaciones el ambiente puede estar constituido por todos los lugares donde se tiene contacto con el cliente; por ejemplo, en un hotel se abarcaría desde el estacionamiento, el vestíbulo y la recepción, hasta el restaurante y demás espacios, como las habitaciones, los elevadores, pasillos, etcétera.

La primera tarea es explorar el contexto que se seleccionó inicialmente, lo que significa evaluarlo para cerciorarnos que es el adecuado. Incluso, para considerar nuestra relación con el ambiente y resolver cualquier situación que pueda entorpecer el estudio, Esterberg (2002) recomienda que nos preguntemos: ¿me conocen en dicho ambiente? Si es así, ¿cómo puedo solucionarlo? Y si soy muy distinto a los participantes del estudio, ¿cómo puedo solventarlo? ¿Qué significados tiene para mí el contexto? ¿Puedo manejarlos?

Asimismo, es preciso estimar tentativamente el tiempo aproximado que nos llevará el estudio y revalorar su viabilidad, porque como menciona Mertens (2010), dos dimensiones resultan esenciales con respecto al ambiente: *conveniencia y accesibilidad*. La primera responde a las siguientes interrogantes: ¿el ambiente definido contiene los casos, personas, eventos, situaciones, historias o vivencias que necesitamos para responder a las preguntas de investigación? La segunda tiene que ver con el cuestionamiento: ¿es factible realizar la recolección de los datos? ¿Podemos acceder a los datos que necesitamos? Lograr el acceso al ambiente es una condición para seguir con la investigación e implica obtener permiso de parte de quienes controlan el ingreso, denominados *gatekeepers* o *"garantes del acceso"* (Green y Thorogood, 2013, Savin-Baden y Major, 2013 y O'Reilly, 2008).

Lo anterior significa negociar con estas personas. En una empresa pueden ser el director y su gerente de recursos humanos u otros gerentes; en un hospital, el director y la junta médica; en una pandilla, el líder y su grupo cúpula; en un barrio, un presidente de una asociación vecinal o de colonos. Es imprescindible explicarles el estudio y por qué fue elegido el ambiente, quiénes serán los participantes, cuánto tiempo aproximadamente pensamos estar en el campo, qué se va a hacer con los resultados, dónde se pretende publicarlos, etc. Asimismo, podemos ofrecerles alguno de los productos o resultados, como un diagnóstico vinculado al planteamiento (de la cultura organizacional, la problemática de las pandillas locales, de una enfermedad), contribuir a la solución de un problema (alcoholismo de jóvenes, capacitación de obreros…), elaborar un plan o manuales (para atender psicológicamente a víctimas de un desastre, mejorar el trato a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente…), etc. A veces la negociación es directa con los participantes (por ejemplo, mujeres agredidas por sus esposos) o una mezcla de éstos y los ***gatekeepers***. Es normal que diversas organizaciones, comunidades y personas sean reacias a que otros individuos las observen, ya que el temor a la evaluación es natural.

***Gatekeepers* o controladores de ingreso a un lugar** Individuos que a veces tienen un papel oficial en el contexto y otras veces no, pero de cualquier manera pueden autorizar la entrada al ambiente o al menos facilitarla. También ayudan al investigador a localizar participantes y lo asisten en la identificación de lugares.

Asimismo, debemos seleccionar alternativas de ambientes o lugares, para el caso de que el acceso al contexto original nos sea negado o restringido más allá de lo razonable. Desde luego, también debemos visitarlos. Algunas de las recomendaciones para tener un mayor y mejor acceso al ambiente, así como ser aceptados, son las que a continuación se presentan.[7]

- Desarrollar relaciones y ganarnos la confianza de todos, siendo amables, sensibles, cooperativos y empáticos.

[7] Además de algunas propias, otras adaptadas de Neuman (2009), Willig (2008) y Esterberg (2002).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

- Utilizar todas las técnicas de acercamiento (programación neurolingüística, compenetración (—*rapport*— y demás que sean útiles), así como sus habilidades sociales (aplique lo que le haya funcionado para hacer amistades).
- Apoyar a los participantes en alguna necesidad (gestionar asesoría médica o psicológica, en lo educativo; resolver problemas: hay quien ha arreglado desde un cortocircuito hasta una tubería; dar obsequios, transportar personas: "dar aventón" o "convertirnos en taxi").
- Detectar y cultivar varios informantes claves para contar con diferentes perspectivas (en un hospital, enfermeras, personal de aseo, médicos; en una empresa, trabajadores con bastante antigüedad, la secretaria de tal persona, etcétera).
- Aprovechar nuestras redes personales y contactos de todo tipo.
- Elaborar una historia o guion sobre la investigación. Es importante hablar de la investigación, salvo que afecte los resultados, en cuyo caso se recomienda elaborar una versión que sea lo más cercana a la verdad, pero que no represente un obstáculo.
- Nunca debemos mentir ni engañar, después de todo: ¿cómo esperar que sean honestos si nosotros no lo somos? Es necesario preparar algunas respuestas para las preguntas que muchas veces suelen hacer los participantes. Por ejemplo: ¿por qué debo cooperar con el estudio? ¿Qué gano o qué ganan los míos con la investigación? ¿Por qué fui elegido para participar en el estudio? ¿Quiénes se benefician con los resultados?
- Establecer lo que tenemos en común con los participantes, pero no intentar imitarlos, supuestamente para ganar empatía (por ejemplo, "no hay algo peor que una persona citadina queriendo actuar como vaquero, ranchero, agricultor o campesino").
- Agregar al equipo del estudio una persona con las mismas características de los participantes y que posea los conocimientos necesarios o prepararlo; o bien servirnos de alguien "interno" (de la empresa, comunidad, etcétera).
- Planear el ingreso al ambiente y hacerlo de la manera más natural y menos disruptiva posible.
- Acomodarnos a la vida cotidiana y a las rutinas de los participantes.
- Demostrar un genuino interés por la comunidad.
- Recordar que la planeación del ingreso no es exacta y debemos estar preparados ante cualquier contingencia. A veces la entrada es paulatina. Por ejemplo, si el estudio es sobre violencia familiar (padres de familia que agreden a su cónyuge y a sus hijos), primero debemos plantear una investigación sobre la familia en general (nuestra recolección inicial se orientaría a cuestiones sobre cómo son las familias, cuántos integrantes las componen, qué costumbres tienen, etc.); en una segunda instancia, la indagación se aboca a los problemas familiares. Finalmente, el estudio se centra en la problemática de interés, ya que hayamos ganado la confianza de varios participantes.
- Es muy difícil ser "invisibles" en el contexto al momento de ingresar. Pero conforme transcurre el tiempo, los participantes se van acostumbrando a la presencia del investigador y éste va "haciéndose menos visible". Por ello, en algunos casos la estancia en el ambiente es larga. Además, quienes no actúan de modo natural, poco a poco van relajándose y su comportamiento resulta cada vez más cotidiano.
- Nunca elevar las expectativas de los participantes más allá de lo posible. A veces las personas piensan que la realización de un estudio implica mejorías en sus condiciones de vida, lo cual no necesariamente es cierto. Entonces tenemos que clarificar que se trata de una investigación cuyos resultados pueden diagnosticar ciertas problemáticas, pero únicamente se limita a esto. Lo más que podemos decir es en dónde y a quién se presentará el reporte de resultados.
- Estar abierto a todo tipo de opiniones y escuchar las voces de los participantes.

Ingresamos al ambiente o campo, ¿y...?

El investigador debe hacer una inmersión total en el ambiente, lo cual implica:

- Decidir en qué lugares específicos se recolectarán los datos y validar si la muestra o unidades se mantienen. Esta labor, a diferencia del proceso cuantitativo, no es secuencial, sino que va ocurriendo y, de hecho, la recolección de datos y el análisis ya se iniciaron.

- Observar lo que ocurre en el ambiente (desde lo más ordinario hasta cualquier suceso inusual o importante). Aspectos explícitos e implícitos, sin imponer puntos de vista y tratando, en la medida de lo posible, de evitar el desconcierto o interrupción de actividades de las personas. Tal observación es holística o integral y toma en cuenta el contexto social. El investigador entiende a los participantes, no únicamente registra "hechos" (Williams, Unrau y Grinnell, 2005).
- Comenzar a adquirir el punto de vista "interno" de los participantes respecto de cuestiones que se vinculan con el planteamiento del problema. Después podrá tenerse una perspectiva más analítica o de un observador externo.
- Recabar datos sobre los conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones de los participantes.
- Detectar procesos sociales fundamentales en el ambiente y determinar cómo operan.
- Tomar notas y empezar a generar datos en forma de apuntes, mapas, esquemas, cuadros, diagramas y fotografías, así como recabar objetos y artefactos.
- Elaborar las primeras descripciones del ambiente (poco más adelante se retomará este punto).
- Reflexionar sobre el propio papel, las alteraciones que provoca nuestra presencia y las vivencias, que también son una fuente de datos.

Las observaciones durante la inmersión inicial en el campo son múltiples, generales y poco centradas o dispersas (para entender mejor al sitio y a los participantes o casos). Al principio, el investigador debe observar lo más que pueda; pero conforme transcurre la investigación, va centrándose en ciertos aspectos de interés (Anastas, 2005) cada vez más vinculados con el planteamiento del problema, que al ser muy flexible se puede ir modificando.

La labor del investigador es como la del detective que arriba a la escena del crimen: primero se observa el lugar de forma holística; por ejemplo, si se trata de un asesinato en una casa, se observa toda la habitación donde se encuentra el cadáver (desde las paredes, puertas y ventanas hasta el piso), así como los objetos que hay en el cuarto y el mobiliario. Cada pieza es vista en relación con todo el contexto. Se analiza la posición del cuerpo humano, los gestos de la persona fallecida, los rastros de sangre, etc. Asimismo, se toman muestras de cualquier artefacto o material, desde una posible arma hasta cabellos y fibras de la ropa y del piso, así como rastros de pisadas y huellas. Todo es considerado, y no sólo aquello de la habitación donde se localiza el individuo supuestamente asesinado, sino de cada cuarto y rincón de la casa: jardín, cochera, sótano… Los datos recolectados se envían a un laboratorio para que se les practiquen los análisis apropiados (por ejemplo, tipo de sangre, ADN y composición química). A medida que se interpretan las evidencias, el detective enfoca sus observaciones en los elementos vinculados con su problema de investigación: el crimen cometido.

Además, los policías que revisan y evalúan la escena del crimen realizan anotaciones de lo que observan, aun de cuestiones que parecen ser triviales. Si hay datos que no son considerados, se puede perder información valiosa que más adelante podría ser muy útil para responder a las preguntas de investigación: ¿fue realmente un asesinato? ¿Cuándo y cómo ocurrió? ¿Quién pudo ser el asesino?

La mente del investigador al ingresar al campo tiene que ser inquisitiva. De cada observación debe cuestionarse: ¿qué significa esto que observé? ¿Qué me dice en el marco del estudio? ¿Cómo se relaciona con el planteamiento? ¿Qué ocurre o sucedió? ¿Por qué? También es necesario evaluar las observaciones desde diversos ángulos y las perspectivas de distintos participantes (así como el detective visualiza el crimen desde la óptica de la víctima y el asesino, en un estudio sobre la violencia dentro de la familia, la visión de cada miembro es importante).

La descripción del ambiente es una interpretación detallada de casos, seres vivos, personas, objetos, lugares específicos y eventos del contexto, y debe transportar al lector al sitio de la investigación (Creswell, 2013a). A continuación mostramos un ejemplo de la descripción de un contexto para un estudio sobre las prácticas religiosas de una comunidad indígena y sus percepciones respecto al mundo, que es el primer producto de un estudio cualitativo.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ejemplo

La iglesia o parroquia de San Juan Chamula, Chiapas, México

A poco más de 10 kilómetros de San Cristóbal de las Casas, en la zona denominada los Altos de Chiapas, en México, se encuentra la comunidad de San Juan Chamula. De manera superficial, parece cualquier pueblo de montaña, pero su organización social y cultura son tan distintas a lo que conocemos que resulta indispensable mantener la mente abierta para descubrirlo. En la plaza central se erige la iglesia de San Juan Chamula (en honor a San Juan Bautista), un hermoso templo edificado en el siglo XVIII. Dicha plaza es una explanada donde se localizan una veintena de puestos en los cuales se venden artesanías (collares, aretes, pulseras, anillos...) así como atuendos para vestir que son confeccionados en tejidos multicolores. En el centro de la plaza está un pequeño quiosco con techo de teja rojiza y columnas verde claro.

La iglesia (también con techo de teja) se levanta al terminar la plaza. La fachada tiene poco más de 15 metros de altura sobre el piso y hasta el final de su campanario, que incluye tres campanas medianas (no más de un metro de altura) y una cruz en el punto más alto. En general, la edificación es blanca y plana por los costados (salvo un relieve lateral que es un anexo a la parroquia), su portón es de madera y éste, a su vez, tiene en el extremo derecho una puerta más pequeña para ingresar al templo. Alrededor del portón hay un arco pintado en verde claro azulado, que ocupa aproximadamente la tercera parte de todo el edificio y que tiene una ornamentación de cuadrados y rectángulos de no más de 50 centímetros por cada lado con dibujos en relieve de flores, círculos y figuras parecidas a "X" o taches (verdes, azules, blancos y amarillos). Encima del portal hay otro arco que tiene un balcón. Es un arco más pequeño, y al igual que el mayor que rodea al portón, tiene cuadrados multicolores. Además, en los costados de los arcos hay cuatro nichos en colores azul y verde claros.

Por dentro, la iglesia es impresionante: no hay bancos ni bancas ni púlpito, y uno puede observar en el centro del altar a San Juan Bautista (Dios Sol), no a Jesucristo. El piso es de baldosa y el suelo está alfombrado por agujas de pino (que forman un pasto seco para "espantar a los malos espíritus"). En las paredes se recargan troncos de pino. Alrededor del interior de la iglesia se presentan varias figuras de santos, entre ellos: San Agustín, San Pedro y San José. Como los chamulas (indígenas tzotziles que habitan la comunidad) se encomiendan a ellos, los santos "no alcanzan para toda la población". Por eso cada uno fue desdoblado en mayor y menor. Así, tenemos entonces un San José Mayor y un San José Menor. Las figuras de los santos llevan colgadas del cuello un espejo y en ocasiones dan la impresión de ser obesos por los muchos vestidos que les van poniendo los fieles que les piden favores. Enfrente (y a veces a un costado) de cada santo hay decenas de velas encendidas colocadas en el piso, lo que hace que en el interior del templo se cuenten por cientos (que cumplen también la función de solicitar favores a los santos, principalmente en cuestiones de salud y bienestar) y que junto con el incienso provocan que el aire esté impregnado de humo y olor. La impresión es mágica y mística. "Al santo que no cumple los rezos le quitan las velas y las colocan a quienes sí cumplen, para que los incumplidos miren cómo se incrementan las velas de sus colegas".

La Virgen María es la Diosa Luna. Está ataviada con prendas multicolores y es una figura hermosa y cautivadora. Por debajo del techo de la iglesia se aprecian unas cuantas mantas de colores más sobrios (de ancho no mayor a un metro) que cuelgan y cruzan de pared a pared (a los costados del templo), parecen bajar del techo de cada lado hasta la mitad de la pared. Como si la iglesia por dentro fuera una gran tienda de un sultán en el desierto. En una ocasión se observaron tres mantas y en otra, cinco.

En todo el interior del templo se puede escuchar un murmullo por el continuo rezar de los indígenas, pues unos empiezan antes que los otros terminen, de manera tal que esa especie de "¡ommm, ummm!", se oye como un sonido grave y profundo permanente, sin interrupciones. Asimismo, en el piso, junto a los santos, se entregan las ofrendas: huevos frescos, gallinas (que son sacrificadas allí mismo), aguardiente y refrescos, en especial los de cola, que sirven para eructar y expulsar a los "malos espíritus".

Los tzotziles (muchos de ellos vestidos en blanco y negro) beben aguardiente en botellas de cristal, sentados en el piso del templo. Algunos rezan solos, otros en grupos pequeños, y en ocasiones acompañan sus oraciones con música de guitarra y cantos. Hay quienes, por el exceso de alcohol, están acostados en el piso y completamente embriagados. Los chamulas participan en rituales sincréticos con una devoción y solemnidad única, dialogan con los santos, los increpan, les agradecen, les recriminan, todo de viva voz y en su antigua lengua: el tzotzil. Los chamanes (brujos) rezan y alejan a los malos espíritus, mezclando ritos católicos y paganos.

En el interior está prohibido tomar fotografías, salvo cuando se otorga previamente un permiso, ya que se corre el peligro de ser agredido y enviado a la cárcel por este hecho, pues los chamulas creen que de esta manera les están robando "algo de su alma". Algunos turistas ignorantes de esta advertencia lo han intentado y cuentan que les destrozaron la cámara, los apalearon y enviaron a la cárcel. Fuera de la iglesia, una cruz maya señala los puntos cardinales. Es el árbol de la vida. Al salir, decenas de niños se acercan para vender mercancía, son pobres y comienzan a beber aguardiente prácticamente en los primeros años de su vida.

Los chamulas desterraron de sus templos a los sacerdotes católicos y los convirtieron en recintos con su propia cosmogonía. Las escasas misas se celebran en tzotzil. Tres pinos juntos forman una tríada sagrada que les permite, según su religión, entrar en "el más allá". Este interesante concepto tiene gran similitud con el de algunos aborígenes australianos que utilizan los árboles para comunicarse "los de acá" con "los del más allá". Por esta razón los pinos son parte importante del interior de la iglesia de San Juan Chamula.

También en la inmersión inicial se pueden utilizar diversas herramientas para recabar datos sobre el contexto y completar las descripciones, como entrevistas y revisión de documentos. Toda observación se enmarca.

Es importante ampliar las descripciones con mapas y fotografías. En el caso del interior de la iglesia de San Juan Chamula esto debe hacerse con sumo respeto, y se debe solicitar la anuencia de los responsables de la parroquia para no violar el código tzotzil. El investigador cualitativo en sus observaciones tiene que ser cuidadoso.

No hay un modelo de descripción, sino que cada quien capta los elementos que le llaman más la atención de acuerdo con el planteamiento del problema, y esto constituye un dato (como toda la intervención del investigador).

Por otra parte, el investigador escribe lo que observa, escucha y percibe a través de sus sentidos, mediante dos herramientas: anotaciones y bitácora o diario de campo. Usualmente en este último se registran las anotaciones.

Las anotaciones o notas de campo

Es muy necesario llevar registros y elaborar anotaciones durante los eventos o sucesos vinculados con el planteamiento. De no poder hacerlo, la segunda alternativa es efectuarlo lo más pronto posible después de los hechos. Como última opción las anotaciones se producen al terminar cada periodo en el campo (al momento de un receso, una mañana o un día, como máximo).

Resulta conveniente que tales registros y notas se guarden o archiven de manera separada por evento, tema o periodo. Así, los registros y notas del evento o periodo 1 se archivarán de manera independiente de los registros y notas del evento o periodo 2, y así sucesivamente. Son como páginas separadas que se refieren a los diferentes sucesos (por ejemplo, por día: lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, sábado y domingo). De cada hecho o periodo se anotan la fecha y hora correspondientes. Esto se hace sin importar el medio de registro (laptop, tableta, teléfono celular o móvil, grabadora de voz o video, papel y lápiz).

Resulta muy conveniente grabar audio o video, así como tomar fotografías, elaborar mapas y diagramas sobre el contexto o ambiente (y en ocasiones sus "movimientos" y los de los participantes observados).

En las anotaciones es importante incluir nuestras propias palabras, sentimientos y conductas. Asimismo, cada vez que sea posible es necesario volver a leerlas y, desde luego, registrar nuevas ideas, comentarios u observaciones.

Otras recomendaciones sobre las notas son:

- Al dictarlas o escribirlas se recomienda utilizar oraciones completas para evitar confusiones posteriores. Si son abreviadas (con palabras iniciales, incompletas o mnemotécnicas), se deben elaborar más ampliamente a la brevedad posible.
- No olvidar que debemos registrar tiempos (fechas y horas) y lugares a los que se hace referencia, o anotar la fuente bibliográfica.
- Si se refieren a un evento, anotar la duración de éste.
- Transcribir o transferir a la brevedad posible las notas o bitácora de campo, el audio, video y fotografías al dispositivo o computadora, contando siempre con un respaldo (memoria USB, Google Docs, correo electrónico, etcétera).

Las anotaciones pueden ser de diferentes clases:

1. **Anotaciones de la observación directa**. Descripciones de lo que estamos viendo, escuchando, olfateando y palpando del contexto y de los casos o participantes observados. Regularmente van ordenadas de manera cronológica. Nos permitirán contar con una narración de los hechos ocurridos (qué, quién, cómo, cuándo y dónde).

Ejemplo

El despertar

Era 10 de noviembre, 9:30 a.m. Andrés entró a la habitación donde estaban reunidos Ricardo y Sergio. Llevaba un conjunto deportivo (*pants*), su pelo estaba desaliñado, no se había bañado, su mirada reflejaba tristeza y se mostraba cansado. Se sentó en el suelo (en silencio). Ricardo y Sergio lo observaron y lo saludaron con una leve sonrisa; Andrés no respondió. Durante cerca de cinco minutos nadie habló ni miró a los demás. De pronto, Andrés dijo: "me siento fatal, anoche no debí haber..." Interrumpió su comentario y guardó silencio. Estaba pálido, con los ojos vidriosos y rojos, la boca seca. Se levantó y salió de la habitación [...]

Guanajuato, 10 de noviembre de 2013.

Testimonio de la guerra cristera en México (1926-1929)

Dos jóvenes, R. Melgarejo y Joaquín Silva Córdoba, fueron muertos en Zamora, Michoacán, el 17 de octubre de 1927. Melgarejo fue obligado a gritar: "¡Viva Calles!" En lugar de eso gritó: "¡Viva Cristo Rey!" Entonces, los soldados comenzaron a cortarle las orejas y, al no obtener mejores resultados, le cortaron la lengua. El joven Silva lo abrazó y los soldados les dispararon a ambos, asesinándolos.

Parsons (2005, capítulo VIII).

2. **Anotaciones interpretativas**. Comentarios sobre los hechos. Nuestras interpretaciones de lo que estamos percibiendo sobre significados, emociones, reacciones, interacciones de los participantes.

Ejemplo

El despertar

Andrés había consumido droga la noche anterior y sufría del efecto posterior. Probablemente fue cocaína, que es la sustancia que se acostumbra consumir en este grupo, de acuerdo con observaciones previas. Su salud está muy deteriorada. Incluso, uno de estos días puede morir de una sobredosis.

Guanajuato, 10 de noviembre de 2013.

Diario del Che Guevara (7 de octubre de 1967)[8]

Se cumplieron los 11 meses de nuestra inauguración guerrillera sin complicaciones, bucólicamente; hasta las 12:30 horas en que una vieja, pastoreando sus chivas, entró en el cañón en que habíamos acampado y hubo que apresarla. La mujer no ha dado ninguna noticia fidedigna sobre los soldados, contestando a todo que no sabe, que hace tiempo que no va por allí. Sólo dio información sobre los caminos; de resultados del informe

[8] Ernesto Che Guevara (1967). Referencia de 2005. Aunque no es una anotación de una investigación, sí refleja la interpretación de hechos. Esta anotación es lo último que escribió este gran personaje histórico en su diario personal.

de la vieja se desprende que estamos aproximadamente a una legua de Higueras, y a otra de Jagüey y a unas dos de Pucará. A las 17:30, Inti, Aniceto y Pablito fueron a casa de la vieja que tiene una hija postrada y una medio enana; se le dieron 50 pesos con el encargo de que no fuera a decir ni una palabra, pero con pocas esperanzas de que cumpla a pesar de sus promesas.

Salimos los 17 con una luna muy pequeña. La marcha fue muy fatigosa y dejando mucho rastro por el cañón donde estábamos, que no tiene casas cerca, pero sí sembradíos de papa regados por acequias del mismo arroyo. A las dos paramos a descansar, pues ya era inútil seguir avanzando. El Chino se convierte en una verdadera carga cuando hay que caminar de noche. El Ejército dio una rara información sobre la presencia de 250 hombres en Serrano para impedir el paso de los cercados en número de 37, dando la zona de nuestro refugio entre el río Acero y el Oro. La noticia parece diversionista.

Ernesto Che Guevara (1967, octubre). Diario de Bolivia.

3. **Anotaciones temáticas**. Ideas, hipótesis, preguntas de investigación, especulaciones vinculadas con la teoría, categorías y temas que surjan, conclusiones preliminares y descubrimientos que, a nuestro juicio, vayan arrojando las observaciones.

Ejemplo

El despertar

Después de un severo consumo de drogas, al día siguiente los jóvenes de este barrio evitan la comunicación con sus amigos. Las drogas pueden provocar aislamiento.

Guanajuato, 10 de noviembre de 2013.

La guerra cristera en México (1926-1929)

Después de revisar algunos testimonios, puede considerarse que en la guerra cristera muchos bandoleros, haciéndose pasar por cristeros, cometieron actos deplorables, como saqueos, robos, asesinatos y violaciones a las mujeres. Las guerras civiles son aprovechadas por individuos que en realidad no luchan por un ideal, sino que se aprovechan del caos y la entropía generada.

Celaya, 1 de agosto de 2005.

Experiencias de abuso sexual infantil

Dos tipos de condiciones causales parecen emerger de los datos, las cuales nos conducen a ciertas experiencias fenomenológicas vinculadas al abuso sexual infantil. Estas condiciones pueden ser: *a*) las normas culturales y *b*) las formas del abuso sexual. Las normas culturales de dominación y sumisión, la violencia, el maltrato a la mujer, la negación del abuso y la falta de poder de la niña, forman la piedra angular en la cual se perpetra el abuso sexual.

Morrow y Smith (1995, p. 6).

4. **Anotaciones personales** (del aprendizaje, los sentimientos, las sensaciones del propio investigador).

Ejemplo

El despertar

Me siento triste por Andrés. Me duele verlo así. Está lloviendo y quisiera salirme de la habitación e ir a descansar. Ver tantos problemas me abruma.

Guanajuato, 10 de noviembre de 2013.

La guerra cristera en México (1926-1929)

Cada vez que alguien es perseguido por sus creencias, me parece una injusticia.

Celaya, 1 de agosto de 2005.

5. **Anotaciones de la reactividad de los participantes.** Cambios inducidos por el investigador, problemas en el campo y situaciones inesperadas.

Ejemplo

La violencia familiar

Al comenzar a entrevistar a las mujeres que parecen ser agredidas por sus esposos, éstos formaron un grupo que fue a hablar con funcionarios de la alcaldía para protestar por el estudio y presionar nuestra salida.

Valledupar, 5 de febrero de 2002.

Las anotaciones que se refieran al mismo episodio deben agruparse y es necesario adjuntar los materiales o documentos vinculados (mapas, fotografías, videos, etc.). Después, podemos clasificar el material por fecha, temas (por ejemplo, expresiones depresivas, de aliento, de agotamiento), individuos (Andrés, Sergio, Ricardo), unidades de análisis o cualquier criterio que consideremos conveniente, de acuerdo con el planteamiento del problema.

Luego, se resumen las anotaciones, teniendo cuidado de no perder información valiosa. Por ejemplo, de las notas producto de la observación directa de un episodio entre un médico y un paciente, resumiríamos como se muestra en la tabla 12.2.[9]

Tabla 12.2 Un ejemplo de anotaciones resumidas

Resumen	Anotación de la observación directa
El paciente fue sumamente hostil con el médico, tanto verbal como no verbalmente.	Eran las 14:30 horas, cuando en la recepción del hospital, el médico que estaba uniformado con bata blanca, le pidió al paciente que por favor pasara a la sala de espera, con el fin de que se alistara para el chequeo de rutina (su tono fue amable y su comunicación no verbal, afable; miró al paciente directamente a los ojos). El paciente le gritó al médico, con firmeza: "no voy a pasar, váyase a la mierda", y golpeó la pared. No hizo contacto visual con el médico.
El médico respondió con la misma hostilidad, verbal y no verbal.	El médico le respondió al paciente (que por cierto vestía informal): "el que se va a la mierda es usted, púdrase en el infierno" y lanzó el expediente al suelo.
Se inició una escalada de violencia verbal.	El paciente contestó: "mire, matasanos de cuarta categoría, últimamente no me ha dado nada, ni ayudado en nada. Se olvida de los pacientes. No dudo que también lo haga con sus amigos. Ojalá se muera..."
El paciente evadió la interacción.	El paciente visiblemente molesto salió de la recepción del hospital hacia la calle.

En síntesis, las anotaciones nos ayudan contra la "mala memoria", señalan lo importante, contienen las impresiones iniciales y las que tenemos durante la estancia en el campo, documentan la descripción del ambiente, las interacciones y experiencias.

Pero tomar o grabar notas no debe interrumpir el flujo de las acciones. Asimismo, en cuanto a las primeras debemos evitar generalizaciones *a priori* y juicios de valor imprecisos que a veces son racistas o desprecian a los participantes. Ejemplos de anotaciones erróneas serían: "el sujeto compró muchísimo" (¿qué significa "muchísimo"?), "el cliente come como un cerdo" (¿qué queremos decir?), además es una expresión ofensiva para quien nos ayuda a evaluar un servicio. "El tipo es un patán", "ella es una golfa?" (¿lo cual significa…?).

La bitácora o diario de campo

Asimismo, es común que las anotaciones se registren en lo que se denomina *diario de campo* o *bitácora*, que es una especie de diario personal, donde además se incluyen:

[9] Aquí en el libro se juntó la letra por cuestiones de espacio, pero es conveniente que las transcripciones tengan un interlineado doble y con márgenes amplios, para comentarios y reflexiones del investigador (Cuevas, 2009).

a) Descripciones del ambiente (iniciales y posteriores) que abarcan lugares, personas, relaciones y eventos.
b) Mapas.
c) Diagramas, cuadros y esquemas (secuencias de hechos o cronología de sucesos, vinculaciones entre conceptos del planteamiento, redes de personas, organigramas, etcétera).
d) Listado de objetos o artefactos recogidos en el contexto, así como fotografías y videos que fueron tomados (indicando fecha y hora, y por qué se recolectaron o grabaron y, desde luego, su significado y contribución al planteamiento).
e) Aspectos del desarrollo de la investigación (cómo vamos hasta ahora, qué nos falta, qué debemos hacer).

Como ejemplos ilustrativos del material que se incluye en la bitácora, en la figura 12.3 se muestra una cronología resumida de los sucesos de un desastre (explosiones en Celaya, México, 1999), basada en relatos de supervivientes y el diario *La Jornada* (1999) y más adelante una fotografía reveladora de un estudio de la Guerra Cristera (usado como ejemplo en la parte cualitativa) y notas sobre la evolución de un estudio.

Figura 12.3 Explosiones en Celaya (26 de septiembre de 1999): cronología de las explosiones.[10]

A las 10:45 horas ocurrió una explosión en una bodega en la que se elaboran y expenden juegos pirotécnicos, la cual sorprendió a comensales de los restaurantes aledaños, transeúntes y comerciantes que se encontraban en la zona de la Central de Abastos, frente a la Central Camionera de Celaya.

→ Minutos después llegaron bomberos y elementos de la Cruz Roja para tratar de sofocar el incendio y auxiliar a los lesionados. Los cuerpos sin vida empezaban a ser retirados por los paramédicos, mientras los socorristas removían los escombros en busca de otras víctimas, al tiempo que se agrupaban los primeros curiosos, los cuales también fueron sorprendidos poco después.

↓

A las 11:00 horas, las llamas aún fuera de control alcanzaron a tanques de gas estacionario, provocando dos explosiones más que atraparon a socorristas y bomberos que cumplían con sus labores de rescate, causando dos bajas entre el grupo de "apagafuegos" y tres en el de paramédicos. Además, cobraron nuevas víctimas entre los lesionados que no pudieron ser evacuados a tiempo. También los primeros informadores en llegar al lugar de los hechos sufrieron bajas. Un fotógrafo de *El Sol del Bajío* perdió la vida. Las cifras preliminares contaban ya 52 cadáveres: 32 varones adultos, 10 mujeres y 10 menores.

↓

A las 11:40, elementos de la XVI Zona Militar acordonaron una zona que comprende unas 15 calles a partir de la Central de Abastos, incluyendo una terminal de autobuses foráneos, un tianguis, restaurantes y varias tiendas de autoservicio que fueron arrasadas hasta sus cimientos. Se informó que en la zona habitacional más cercana (a 700 metros del siniestro), sólo se registraron algunos vidrios rotos, pero nada de gravedad.

← A las 14:00 horas, más de tres horas después de la primera detonación, el gobernador del estado de Guanajuato dio a conocer que la situación estaba "bajo control", y mediante un comunicado de prensa proporcionó el primer reporte oficial, el cual corroboraba las cifras proporcionadas por los rescatistas: 52 muertos y 76 heridos, pero no explicó la existencia de un depósito ilegal de pólvora y materiales inflamables tan grande en pleno centro de la ciudad.

Causa de las explosiones

Corrupción de funcionarios locales y de nivel nacional que permitieron el almacenamiento ilegal de pólvora y otros explosivos.

→ Almacenamiento ilegal de pólvora y otros explosivos.

↓

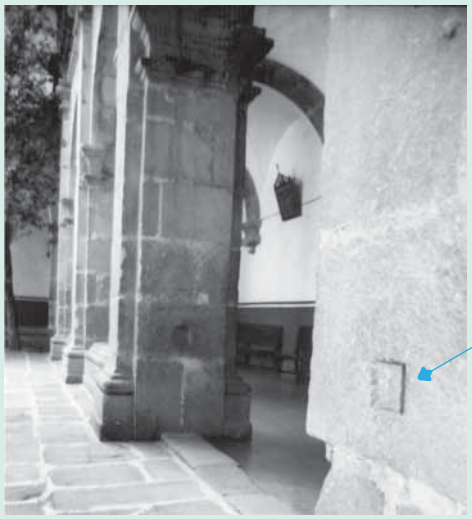
Origen de la explosión (desconocido). No se sabe si fue una chispa, un incendio provocado u otro factor.

[10] Por cuestiones de espacio se resumen los eventos. Basado en relatos de supervivientes y del diario *La Jornada*, 27 de septiembre de 1999,

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ejemplo

Guerra cristera en México (1926-1929)



Fotografía del Claustro de San Francisco en Acámbaro, Michoacán. Se puede observar en los pilares las perforaciones que utilizaban para armar el corral de los caballos del Ejército del Gobierno Mexicano, esto es una muestra de que las iglesias fueron ocupadas y convertidas en cuarteles.

Ejemplo

El descubrimiento de la tumba de Tutankhamon (1922)

"Hasta este punto nuestro avance era satisfactorio. Sin embargo, pronto nos dimos cuenta de un hecho más bien preocupante. El segundo féretro que, por lo que se veía a través de la gasa parecía ser una obra de artesanía, presentaba síntomas evidentes del efecto de algún tipo de humedad y en algunos puntos, una tendencia de las incrustaciones a caer. Debo admitir que fue algo desconcertante ya que sugería que había existido algún tipo de humedad antiguamente en el interior de los féretros. De ser así, el estado de conservación de la momia del rey sería menos satisfactorio de lo que habíamos esperado" (Carter, 1989, p. 173).

Como resultado de la **inmersión**, el investigador debe identificar qué tipos de datos habrán de recolectarse, en qué casos o quiénes (muestra), cuándo (una aproximación de fechas) y dónde (lugares específicos), así como por cuánto tiempo (tentativamente) (Creswell, 2013a y Daymon, 2010), además de definir su papel.

Algunas de las actividades que puede realizar un investigador durante la inmersión inicial y el comienzo de la recolección de los datos son las que se incluyen en la tabla 12.3, de las cuales ciertas ya se comentaron y otras se revisarán en los siguientes capítulos.

Inmersión en el contexto, ambiente o campo Situación que consiste en que el investigador se introduce y vive en el entorno que estudia (trabajar en la empresa, habitar en la comunidad, etcétera).

Tabla 12.3 Cuestiones importantes en el trabajo de campo de una investigación cualitativa

Acceso al contexto, ambiente o sitio

- Elegir el contexto, ambiente o sitio.
- Evaluar nuestros vínculos con el contexto.
- Lograr el acceso al contexto o sitio, y a los casos o participantes.
- Contactar a las personas que controlan la entrada al ambiente o sitio y tienen acceso a los lugares y personas que lo conforman (*gatekeepers*), así como obtener su buena voluntad y participación.
- Realizar una inmersión completa en el contexto y evaluar si es el adecuado de acuerdo con nuestro planteamiento.
- Lograr que los participantes respondan a las solicitudes de información y aporten datos.
- Decidir en qué lugares específicos del contexto se recolectan los datos.
- Planear qué tipos de datos se habrán de recolectar.
- Desarrollar los instrumentos para recolectar los datos (guías de entrevista, guías de observación, etcétera).

(*continúa*)

Tabla 12.3 (*continuación*)

Observaciones

- Registrar notas de campo creíbles, desde el ingreso al ambiente (impresiones iniciales) hasta la salida; escritas o grabadas en algún medio electrónico.
- Registrar citas textuales de los participantes.
- Definir y asumir el papel de observador.
- Transitar en la observación: enfocar paulatinamente de lo general a lo particular.
- Validar si los medios planeados para recolectar los datos son las mejores opciones para obtener información.

Entrevistas iniciales

- Planearlas cuidadosamente y concertarlas.
- Preparar el equipo para grabar las entrevistas (idealmente dos, por ejemplo, celular y tableta).
- Acudir a las citas puntualmente y realizar las entrevistas.
- Registrar anotaciones y hechos relevantes de las entrevistas.

Documentos

- Elaborar listas de lugares donde se pueden localizar y obtener documentos.
- Tramitar los permisos para obtenerlos o reproducirlos.
- Preparar el equipo para escanear, videograbar, fotografiar o transferir documentos.
- Verificar el valor de los documentos y certificar su autenticidad.

Bitácora y diarios

- Solicitar a los participantes que escriban diarios y bitácoras.
- Revisar periódicamente esos diarios y bitácoras.

Materiales y objetos

- Recolectar, grabar o tomar videos, fotografías, audiocintas y todo tipo de objetos o artefactos que puedan ser útiles.

Como podemos ver, las fases del proceso investigativo se traslapan y no son secuenciales, sino que uno puede regresar a una etapa inicial y retomar otra dirección. El planteamiento puede variar y llevarnos por rumbos que ni siquiera habíamos previsto. Por ejemplo, en la investigación sobre las emociones que pueden experimentar los pacientes jóvenes que se someterán a una intervención quirúrgica de alto riesgo podemos concentrarnos en el estrés o en temores específicos, o bien, enfocarnos en el trato que reciben por parte de médicos, enfermeras y personal auxiliar que los atiende antes de la operación. Podemos también estudiar sus emociones antes y después de la operación, incluir o no a sus familiares; en fin, "el laberinto puede transportarnos a varias partes".

La inmersión inicial nos conduce a generar los primeros temas sobre el planteamiento, seleccionar un diseño y una muestra que, como veremos, implica continuar adentrándonos en el ambiente y tomar decisiones.

Resumen

- Los planteamientos cualitativos están enfocados en profundizar en los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes.
- Los objetivos y las preguntas son más generales y enunciativos en los estudios cualitativos.
- Los elementos de justificación en los planteamientos cualitativos son los mismos que en los cuantitativos: conveniencia, relevancia social, implicaciones prácticas, valor teórico y utilidad metodológica.
- La flexibilidad de los planteamientos cualitativos es mayor que la de los cuantitativos.
- Los planteamientos cualitativos son abiertos, expansivos, fundamentados en la experiencia e intuición, se aplican a un número menor de casos, se orientan a aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar teoría fundamentada en las percepciones de los participantes.
- Para responder a las preguntas de investigación es necesario elegir un contexto o ambiente donde se lleve a cabo el estudio; asimismo, es preciso ubicar el planteamiento en espacio y tiempo.
- Para quienes se inician en la investigación cualitativa, se sugiere visualizar gráficamente el problema de estudio.
- Los planteamientos cualitativos son una especie de plan de exploración y resultan apropiados cuando el investigador se interesa por el significado de las experiencias y los valores

humanos, el punto de vista interno e individual de las personas y el ambiente natural en que ocurre el fenómeno estudiado; así como cuando buscamos una perspectiva cercana de los participantes.
- En los estudios cualitativos, las hipótesis adquieren un papel distinto al que tienen en la investigación cuantitativa. Normalmente no se establecen antes de ingresar en el ambiente y comenzar la recolección de los datos. Más bien, durante el proceso el investigador genera hipótesis de trabajo que se afinan paulatinamente conforme se recaban y analizan más datos o las hipótesis son uno de los resultados del estudio.
- Ya que se ha elegido un ambiente apropiado, comienza la tarea de responder a las preguntas de investigación. El ambiente puede ser variado y ampliarse o reducirse, y se explora para ver si es el apropiado.
- Dos dimensiones resultan esenciales con respecto a la selección del ambiente: conveniencia y accesibilidad.
- Para lograr el acceso al ambiente debemos negociar con los *gatekeepers*.
- Con el fin de tener un mayor y mejor acceso al ambiente, así como ser aceptados, se recomienda: desarrollar relaciones, elaborar una historia sobre la investigación, no intentar imitar a los participantes, planear el ingreso y no elevar las expectativas más allá de lo necesario.
- La inmersión total implica observar los sucesos, establecer vínculos con los participantes, comenzar a adquirir su punto de vista; recabar datos sobre sus conceptos, lenguaje y maneras de expresión, historias y relaciones; detectar procesos sociales fundamentales; tomar notas y empezar a generar datos en forma de apuntes, mapas, diagramas y fotografías; así como recolectar objetos y artefactos y elaborar descripciones del ambiente.
- Las observaciones al principio son generales pero van enfocándose en el planteamiento.
- La descripción del ambiente es una interpretación detallada de casos, seres vivos, personas, objetos, lugares específicos y eventos del contexto, y debe transportar al lector al sitio de la investigación.
- Se deben tomar distintos tipos de anotaciones: de la observación directa, interpretativas, temáticas, personales y de reactividad de los participantes.
- Las anotaciones se registran en el diario o bitácora de campo, que además contiene: descripciones, mapas, diagramas, esquemas, listados y aspectos del curso del estudio.
- Para complementar las observaciones podemos realizar entrevistas, recolectar documentos, etcétera.

Conceptos básicos

- Acceso al contexto o ambiente
- Ambiente (contexto)
- Anotaciones de campo
- Bitácora de campo (diario de campo)
- Descripciones del ambiente
- *Gatekeepers*
- Hipótesis de trabajo
- Inmersión inicial en el campo
- Inmersión total en el campo
- Justificación del estudio
- Literatura (papel en la investigación cualitativa)
- Objetivos de investigación
- Observación
- Participantes
- Planteamiento del problema
- Preguntas de investigación
- Proceso cualitativo
- Viabilidad del estudio

Ejercicios

1. Vea la película de moda y plantee un problema de investigación cualitativa (como mínimo objetivos, preguntas y justificación de la investigación). ¿Cuál es el contexto o ambiente inicial de dicho estudio?
2. Seleccione un artículo de una revista científica que contenga los resultados de una investigación cualitativa y responda las siguientes preguntas: ¿cuáles son los objetivos de esa investigación? ¿Cuáles son las preguntas? ¿Cuál es su justificación? ¿Cuál su contexto o ambiente?
3. Visite una comunidad rural y observe qué sucede ahí. Platique con sus habitantes y recolecte información sobre un asunto que le interese. Tome notas y analícelas. De esta experiencia, plantee un problema de investigación cualitativa.
4. Respecto de la idea que eligió en el capítulo 2 y que fue desarrollando bajo el enfoque cuantitativo a lo largo del libro, ahora transfórmela en un planteamiento de investigación cualitativo (propósito, objetivos y preguntas).
5. Describa la cafetería de su escuela, pida a un compañero que haga lo mismo. Analicen y comparen sus descripciones.
6. Realice una inmersión inicial en un contexto (fábrica, escuela, hospital, iglesia, su barrio, una fiesta o una comunidad, teniendo en mente un planteamiento. ¿Quiénes son los *gatekeepers*? ¿Quiénes son los participantes? ¿Qué acontecimientos le llamaron la atención? ¿Qué datos pueden recolectarse y ser útiles para el estudio planteado? Describa un lugar específico del ambiente.

Ejemplos desarrollados

La guerra cristera en Guanajuato

Una breve explicación

Se llamó "Cristiada" a la guerra que, entre 1926 y 1929, enfrentó al gobierno de la República con la Iglesia Católica en México. Las relaciones entre ambos poderes eran conflictivas de años atrás y se politizaron con la división de liberales y conservadores durante el conflicto armado, que fue en realidad una guerra civil. Mientras la Iglesia apoyó a los conservadores y propuso el cristianismo como solución, los liberales abogaban por la secularización de los bienes del clero y la abolición de las órdenes religiosas (Scavino, 2005).

Los antecedentes son diversos y comienzan desde principios del siglo XIX. Pero desembocaron en varios acontecimientos que es necesario destacar:

- En 1924, el general Plutarco Elías Calles asumió la presidencia de México.
- El 21 de febrero de 1925, los caudillos de la Confederación Regional Obrera Mexicana (CROM), auspiciados por Calles, proclamaron el surgimiento de la "Iglesia Católica Apostólica Mexicana" (Carrère, 2005). Esto implicaba una especie de ruptura con la autoridad del Vaticano.
- El proyecto de tal institución fracasó rotundamente. El papa Pío XI en la encíclica *Quas Primas*, del 11 de diciembre de 1925, declaró universal la festividad de Cristo Rey (Carrère, 2005).
- En el centro de México, Cristo Rey (coronado) era un símbolo fundamental del catolicismo; incluso, años atrás habían erigido en el estado de Guanajuato un gigantesco monumento a su figura.
- El 2 de febrero de 1926, Pío XI dirigió al Episcopado mexicano una carta en la cual instaba a los católicos a emprender la acción cívica contra algunas medidas persecutorias que comenzaban a materializarse, pero que se abstuvieran de formar un partido político, para evitar acusaciones por parte del gobierno de Calles de intervenir en asuntos políticos (Carrère, 2005).
- En marzo, se creó la Liga Nacional de la Defensa de la Libertad Religiosa, con el objetivo de luchar por los derechos de profesar, confesar y promover la "fe católica" (Carrère, 2005).

> Plutarco Elías Calles, el presidente mexicano más radical en materia religiosa, obtuvo del Congreso, en enero de 1926, la aprobación de la Ley Reglamentaria del artículo 130, la cual facultaba al Poder Federal la regulación de la "disciplina" de la Iglesia y confirmaba el desconocimiento de su personalidad jurídica, de tal suerte que los sacerdotes serían considerados como simples profesionales y las legislaturas estatales tendrían facultad para determinar el número máximo de sacerdotes dentro de su jurisdicción.
>
> Se requería, además, un permiso del Ministerio del Interior (actualmente Secretaría de Gobernación) para la apertura de nuevos lugares de culto (Dirección General del Archivo Histórico del Senado, 2003). Los sacerdotes debían registrarse ante el Ministerio del Interior.

- El 31 de julio de 1926 entra en vigor la "Ley Calles". En tanto, el Episcopado mexicano consultó con el Vaticano en Roma para suspender los cultos en las iglesias el mismo 31 de julio. El papa aprobó las medidas propuestas por la Iglesia mexicana. El general Calles, al conocer las intenciones de los católicos, ordenó que las iglesias fueran cerradas e inventariadas (Dirección General del Archivo Histórico del Senado, 2003).
- El cierre de templos originó una gran cantidad de protestas oficiales del clero mexicano, y la Ley Calles, en la práctica, se convirtió en acciones como la prohibición del culto religioso, del suministro de sacramentos, de la catequesis; la supresión de monasterios y conventos, la negación de la libertad de prensa religiosa y la expropiación de algunos templos. Incluso las sanciones fueron desde una multa hasta el encarcelamiento por tiempo indefinido y, en algunos casos, la muerte por fusilamiento.
- La Liga Nacional de la Defensa de la Libertad Religiosa se organizó política y militarmente, y decidió emprender una lucha armada. Estableció centros locales y regionales en todo México, prometió a los combatientes armas y dinero para apoyar la insurrección y derrocar al gobierno de Calles. Finalmente, en los primeros días de enero de 1927, después de brotes espontáneos de rebelión, varios ejércitos (porque no era uno solo, sino diferentes grupos armados en distintas provincias de México) se sublevaron al grito de: "¡Viva Cristo Rey!"
- El levantamiento se ubicó principalmente en los estados de Jalisco, Zacatecas, Guanajuato, Michoacán, Querétaro, Colima y Nayarit. Después se agregaron otros estados: Puebla, Estado de México, Oaxaca, Veracruz, Durango y Guerrero, y hasta en estados del norte, como Sinaloa, hubo brotes.
- En realidad nadie salió victorioso de esta guerra civil, ni militar ni moralmente. Al arribar a la presidencia de México Emilio Portes Gil, quien sustituyó al candidato oficial asesinado en 1928 por un joven católico (el general Álvaro Obregón, quien ya había sido presidente antes de Calles), se estableció la tregua y el final oficial de la guerra cristera. El embajador estadounidense Dwight W. Morrow sirvió como intercesor entre el gobierno mexicano y la Iglesia para terminar el conflicto. Se calcula que murieron cerca de 100 000 personas.
- La persecución de católicos siguió y años después, en 1934, hubo un nuevo levantamiento, que se extendió hasta 1941, cuando se rindió el último jefe cristero, Federico Vázquez, en Durango (Carrère, 2005).[11]

Planteamiento del problema

Durante muchos años hubo una conspiración de silencio para no tocar el tema de la Cristiada. A 71 años de distancia, cuando el conflicto entre la Iglesia católica y el Estado ha desaparecido hasta de los textos constitucionales, la historia se pudo contar tranquilamente (Jean Meyer).

[11] Para una mayor comprensión de esta guerra civil, se recomienda la obra de Meyer (1994) y la de Carrère (2005).

I. Objetivos

- Comprender el significado que tuvo la guerra cristera para la población del estado de Guanajuato de la época (1926-1929).
- Entender las experiencias y vivencias de cristeros guanajuatenses durante dicha guerra.
- Documentar los sucesos de la guerra cristera en Guanajuato, particularmente aquellos no registrados en la literatura disponible.
- Conocer las repercusiones que tuvo dicha guerra en Guanajuato de "viva voz" de sus actores.

II. Preguntas de investigación

- ¿Qué significados tuvo la guerra cristera para la población de Guanajuato durante esta época?
- ¿Qué vivencias profundas experimentaron los cristeros guanajuatenses durante dicha guerra?
- ¿Qué sucesos fueron relevantes en la guerra cristera en Guanajuato?
- ¿Cuáles fueron las repercusiones que tuvo dicha guerra en Guanajuato?

III. Justificación (resumida)

Muy pocos estudios se han realizado en el estado de Guanajuato para documentar los sucesos de la guerra cristera de 1926-1929, de manera especial en los municipios con menor población. La literatura disponible se concentra en el conflicto a nivel nacional o estatal y las referencias son comúnmente a líderes militares o figuras del movimiento cristero. Por ello, es importante efectuar un estudio en la mayoría de los municipios del estado que sea posible (de los 46), a nivel local, desde la perspectiva de los sobrevivientes que experimentaron "en carne y hueso" (directamente) el conflicto o lo escucharon de sus padres (fuentes indirectas). Además, se visitarían los lugares donde ocurrieron los hechos, así como los archivos disponibles, y los resultados de ambos se irán registrando. Cabe resaltar que en la actualidad el número de sobrevivientes es escaso, porque el conflicto se inició hace más de 80 años. Es una última oportunidad para recolectar testimonios.

IV. Viabilidad

Al inicio de la investigación se careció de apoyo por parte de alguna institución y los recursos provinieron de los investigadores, por lo cual en la primera etapa solamente se incluyeron los siguientes municipios: Apaseo El Alto, Apaseo El Grande, Celaya, Irapuato, Juventino Rosas, Salamanca, Villagrán, Tarimoro, Salvatierra, Acámbaro y San Miguel de Allende.

V. Contexto o ambiente inicial

Cada cabecera municipal fue un contexto.

El proceso de inmersión en el campo se resume así por la investigadora:

> Al llegar a cada municipio, lo primero que hacía era dirigirme a la presidencia municipal (alcaldía) y preguntar sobre la ubicación del archivo histórico de la ciudad o población. La mayoría de los archivos se encuentran en la misma alcaldía.

Después de consultar el archivo, preguntaba al encargado del mismo (*gatekeeper*) quién era el cronista de la ciudad y dónde vivía. Además, le cuestionaba qué personas ancianas conocía en la ciudad que me pudieran dar testimonios sobre la guerra cristera. En varios archivos tienen como encargado responsable al cronista de la localidad.

La entrevista con los cronistas fue una parte clave en la investigación, ya que además de la información proporcionada, me indicaron qué personas habían vivido la guerra cristera. Algunos me suministraron fotos de la época.

Una vez que se obtuvieron los nombres y las direcciones de los testigos del movimiento, la tarea consistía en ir a buscarlos a sus casas, haciéndoles saber que iba de parte del cronista de la ciudad, ya que como es lógico imaginarse, no es fácil que dejen entrar a un extraño a sus hogares.

Considero que la parte más enriquecedora de la investigación fue el haber entrevistado a los testigos directos del conflicto cristero; el haber visto cómo por medio de sus manos, gestos y miradas relataban los acontecimientos, cómo sus lágrimas caían cuando recordaban las muertes de sus paisanos, y el escuchar sus risas, las cuales resonaban al hablar sarcásticamente sobre el gobierno de la época. Los mismos entrevistados me recomendaron con conocidos suyos, con la finalidad de entrevistarlos también.

Para mí, el haber hecho estas entrevistas fue rescatar un poquito de la historia popular de la región. Con el tiempo esos ancianos se irán y con ellos, sus relatos y recuerdos, quedando perdidos para siempre.

Por último, consultaba las bibliotecas públicas, que albergan libros sobre la historia de cada municipio, así como los museos locales para buscar más datos y fotografías.

Sin embargo, me gustaría mencionar como ejemplo el municipio de Celaya, ya que en esta ciudad como en muchas otras, no se tiene documentación de 1926 a 1929. Es más, pareciera ser que en ninguna parte encontraría información sobre la época en esta localidad. ¿Qué hacer en un caso como éste?

Había consultado el archivo y las bibliotecas públicas de Celaya, pero no había encontrado ningún dato sobre el conflicto cristero en la ciudad. Entrevisté a la cronista, quien me proporcionó datos representativos, pero que se enfocaban más a describir la vida en esa época; sin embargo, no eran datos históricos con fechas o lugares precisos. Una bibliotecaria me comentó sobre la existencia de un archivo histórico en el templo de San Francisco. Todavía me sorprendo de la riqueza histórica que custodian los franciscanos en ese archivo, fue una de las principales fuentes de investigación para el caso de Celaya. El sacerdote encargado y una historiadora me orientaron sobre el manejo de los documentos.

Se podría decir que ya contaba con bastante información, pero de alguna manera esa información relataba el punto de vista de la Iglesia. No conforme con ello, y consultando al asesor, yo quería que mi investigación presentara distintas "voces históricas"; por tanto, se necesitaba del punto de vista oficial, del gobierno. Sin proponérmelo, al visitar archivos históricos de localidades vecinas, encontré información sobre Celaya, descubrí, además, que esta ciudad jugó un papel fundamental en la región durante la Cristiada. También me sorprendí cuando los testigos y cronistas de otras poblaciones hacían referencia a Celaya.

Fue de este modo, con información de varios municipios, que se armó el desarrollo histórico del conflicto en tal ciudad. También se dio el caso, como en Salamanca, de que no había información ni en archivos ni en bibliotecas. En esos casos, no hay más que echar mano de la historia oral.

Consecuencias del abuso sexual infantil[12]

I. Objetivos

- Entender las experiencias vividas por mujeres que fueron sometidas a abusos sexuales durante su infancia.
- Generar un modelo teórico que pueda contextualizar la manera como las mujeres sobrevivieron al abuso y lo afrontaron en el momento y posteriormente.

II. Preguntas de investigación[13]

- ¿Qué significados tiene para un grupo de mujeres el conjunto de experiencias de abuso sexual que vivieron en su infancia?
- ¿Cuáles fueron las condiciones en las que sucedió el abuso sexual?
- ¿Qué estrategias de supervivencia y afrontamiento desarrollaron las mujeres ante el abuso sexual?
- ¿Qué condiciones intervienen en tales estrategias?
- ¿Cuáles fueron las consecuencias de las estrategias seguidas para sobrevivir y afrontar el abuso?

III. Entrada al campo o contexto

Las participantes fueron reclutadas de un área metropolitana de Estados Unidos, por medio de terapeutas conocidos por su experiencia en el trabajo con sobrevivientes del abuso sexual. Se envió una carta a cada terapeuta (*gatekeepers*) en la cual se describía el estudio con todo detalle. Asimismo, se mandó una carta semejante a las pacientes que podrían beneficiarse del estudio o que estuvieran interesadas en participar. Las pacientes contactaron a Susan L. Morrow. De las 12 que originalmente se interesaron, 11 llegaron a ser participantes de la investigación. Una rechazó colaborar por razones personales.

Cuando las participantes potenciales contactaron a Morrow, se revisó una vez más el propósito y alcance del estudio, y se concertó una cita para una entrevista inicial. El consentimiento o autorización para participar se discutió con todo detalle al inicio de las entrevistas, resaltando la confidencialidad y las posibles consecuencias emocionales de la participación. Después de que cada mujer firmó el formato o formulario de consentimiento, la grabación de audio o video comenzó. Todas las participantes escogieron un seudónimo para ser nombradas en la investigación y se les prometió que tendrían la oportunidad de revisar sus comentarios (citas) y cualquier otra información que se escribiera acerca de ellas, antes de la publicación del estudio.

Centros comerciales[14]

I. Objetivos

- Evaluar la experiencia de compra de los clientes en centros comerciales (*malls*) de una importante cadena latinoamericana.
- Conocer las preferencias de los clientes por ciertos centros comerciales de su ciudad y sus razones.
- Obtener de los clientes una evaluación comparativa de diferentes centros comerciales de la localidad.
- Comprender los atributos que le asignan los clientes a cada centro comercial de la ciudad.
- Obtener definiciones del centro comercial ideal.

II. Preguntas de investigación

- ¿Cómo es la experiencia de compra de los clientes en los diferentes centros comerciales de una importante cadena latinoamericana? ¿Cómo puede caracterizarse?
- ¿Cuáles son los centros comerciales preferidos por los clientes en cada ciudad y por qué?
- ¿Cómo evalúan los clientes a los diferentes centros comerciales de la localidad?
- ¿Qué atributos le asignan los clientes a cada centro comercial de la ciudad.
- ¿Cómo puede definirse el centro comercial ideal desde la óptica de los clientes?

III. Entrada al campo o contexto

Cada ciudad (fueron 12 en total) fue estudiada de manera independiente y al final se obtuvieron resultados comunes cuya naturaleza no fue local.

No hubo que conseguir ningún consentimiento, ya que la propia empresa propietaria de los centros comerciales fue la que encargó el estudio.

El contexto inicial fue el centro comercial, de donde se reclutaron personas de ambos géneros (cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 89 años) para participar en sesiones grupales de enfoque, en las cuales se recolectaron opiniones sobre conceptos relacionados con el planteamiento del problema.

Niños con discapacidad visual

Khadka, Ryan, Margrain, Woodhouse y Davies (2012) efectuaron un estudio titulado: "Escuchando las voces de niños con discapacidad visual: un estudio de grupo de enfoque". Sus objetivos fueron dos: *a*) identificar las actividades educativas, sociales y de ocio así como los temas que más les interesan a los niños y jóvenes con discapacidad visual, y *b*) determinar si existen diferencias en las áreas de interés entre ellos y quienes gozan por completo del sentido de la vista. Las preguntas de investigación

[12] Adaptado de Morrow y Smith (1995). Se resume por cuestiones de espacio.
[13] Deducidas de la lectura del artículo.
[14] Se presenta un planteamiento resumido del estudio original.

que corresponden a estos objetivos son: ¿cuáles son las actividades educativas, sociales y de ocio así como los temas que más les interesan a los niños y jóvenes con discapacidad visual?

¿Existen diferencias en las áreas de interés entre ellos y quienes gozan por completo del sentido de la vista?

Centro de recursos en línea De este ejemplo haremos mención en esta parte cualitativa y en el capítulo 13 del centro de recursos en línea "Profundizar en temáticas de la investigación cualitativa".

Otros ejemplos

Centro de recursos en línea Asimismo, en: "Material complementario" → Ejemplos → Ejemplo 3, del centro de recursos en línea el lector podrá encontrar un reporte de una investigación cualitativa que muestra el uso de Atlas.ti y la teoría fundamentada, titulado: "Entre 'no sabía qué estudiar' y 'ésa fue siempre mi opción': selección de institución de educación superior por parte de estudiantes en una ciudad del centro de México" (Hernández-Sampieri y Méndez, 2009). Este estudio cualitativo se realizó para profundizar en las razones por las cuales los jóvenes en edad de efectuar sus estudios de pregrado, eligieron o descartaron a la Universidad Latinoamericana del Conocimiento[15] como opción; y para comprender el papel que desempeñan los padres de familia y demás personas relevantes (maestros, amigos y otros parientes) en la selección de la institución educativa de nivel superior en la que los jóvenes continuarán sus estudios. Se llevaron a cabo grupos focales, un total de 17 sesiones que se complementaron con tres entrevistas. La muestra fue de 118 participantes (estudiantes de bachillerato, universitarios, egresados de universidad y padres de familia). Los principales resultados revelan que hay varios factores involucrados en la decisión de los estudiantes: influencia de otras personas, razones personales, características de la universidad y el contacto con ésta. Además se identificaron seis tendencias en el proceso de decisión. Los participantes también compartieron cuáles creen que son las mejores universidades en el país, principalmente en la región central de México; y las razones por las que las consideran. Finalmente, se encontró que dicha universidad tiene características únicas que debe potenciar y áreas de oportunidad para cambiar y mejorar.

Recomendamos que el lector revise el ejemplo (que está en dos documentos continuos: informe más largo y presentación abreviada) para comprender todo el proceso de la investigación cualitativa.

Centro de recursos en línea Adicionalmente se incluyen otras muestras de estudios cualitativos en los ejemplos del centro de recursos en línea y en el capítulo 13 adicional, denominado: "Profundizando en temáticas de la investigación cualitativa".

Los investigadores opinan

Muchas promociones de alumnos míos han tenido que contestar (y, sobre todo, responderse a sí mismos) la pregunta ¿qué es mejor: un serrucho, un desarmador o un martillo? Irremediablemente todos han llegado a la conclusión de que todo depende para qué se va a emplear.

Todos conocemos a personas que, por inexperiencia o ineptitud, insisten en usar un serrucho para clavar un clavo o un desarmador para cortar una madera. De manera análoga, todos hemos conocido a investigadores que insisten en utilizar únicamente cierta técnica, porque les parece que es lo que está de moda o porque es la de sus preferencias, independientemente del problema u objetivos de investigación que tiene entre sus manos.

Los invito a reflexionar acerca de los razonamientos que subyacen a la toma de decisiones en cuanto a la metodología de la investigación, para lo cual —estoy seguro— ustedes encontrarán las bases conceptuales en esta sexta edición, en la que se añade un nuevo énfasis en los métodos cualitativos.

Carlos G. Alonzo Blanqueto
Decano de la docencia y la investigación,
Facultad de Educación de la Universidad
Autónoma de Yucatán
Miembro del Comité Consultivo del Consejo Mexicano
de Investigación Educativa (COMIE)

La metodología cualitativa permite entender cómo los participantes de una investigación perciben los acontecimientos. La variedad de sus métodos, como son: la fenomenología, el interaccionismo simbólico, la teoría fundamentada, el estudio de caso, la hermenéutica, la etnografía, la historia de vida, la biografía y la historia temática, reflejan la perspectiva de aquel que vive el fenómeno. El uso de esta aproximación es de carácter inductivo y sugiere que a partir de un fenómeno dado, se pueden encontrar similitudes en otro, permitiendo entender procesos, cambios y experiencias.

La obra *Metodología de la investigación* de Hernández-Sampieri aborda la visión cualitativa de manera fascinante, a través de ejemplos que facilitan la asimilación de las etapas esenciales de la investigación.

Mtro. Ricardo Ortiz Ayala
Instituto Tecnológico de Querétaro
y Universidad Autónoma de Querétaro

[15] Por cuestiones de confidencialidad el nombre verdadero de la institución no se menciona, ha sido sustituido por éste. Hasta donde sabemos no hay una organización educativa con este nombre, pero si así fuera, el estudio no se refiere a ella, y los autores nos disculpamos de antemano por cualquier confusión que pudiera surgir de este hecho. La investigación es real, pero el nombre de la universidad es muy distinto, solamente nos limitaremos a decir que se ubica en la región central de México y que al momento del estudio contaba con aproximadamente 1 500 alumnos y es privada.

capítulo
13

Muestreo en la investigación cualitativa

En un estudio cualitativo, las decisiones respecto al muestreo reflejan las premisas del investigador acerca de lo que constituye una base de datos creíble, confiable y válida para abordar el planteamiento del problema.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cualitativa

Paso 3 Elección de las unidades de análisis o casos iniciales y la muestra de origen

- Definir las unidades de análisis o casos iniciales.
- Elegir la muestra inicial.
- Revisar permanentemente las unidades de análisis y muestra iniciales y, en su caso, su redefinición.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

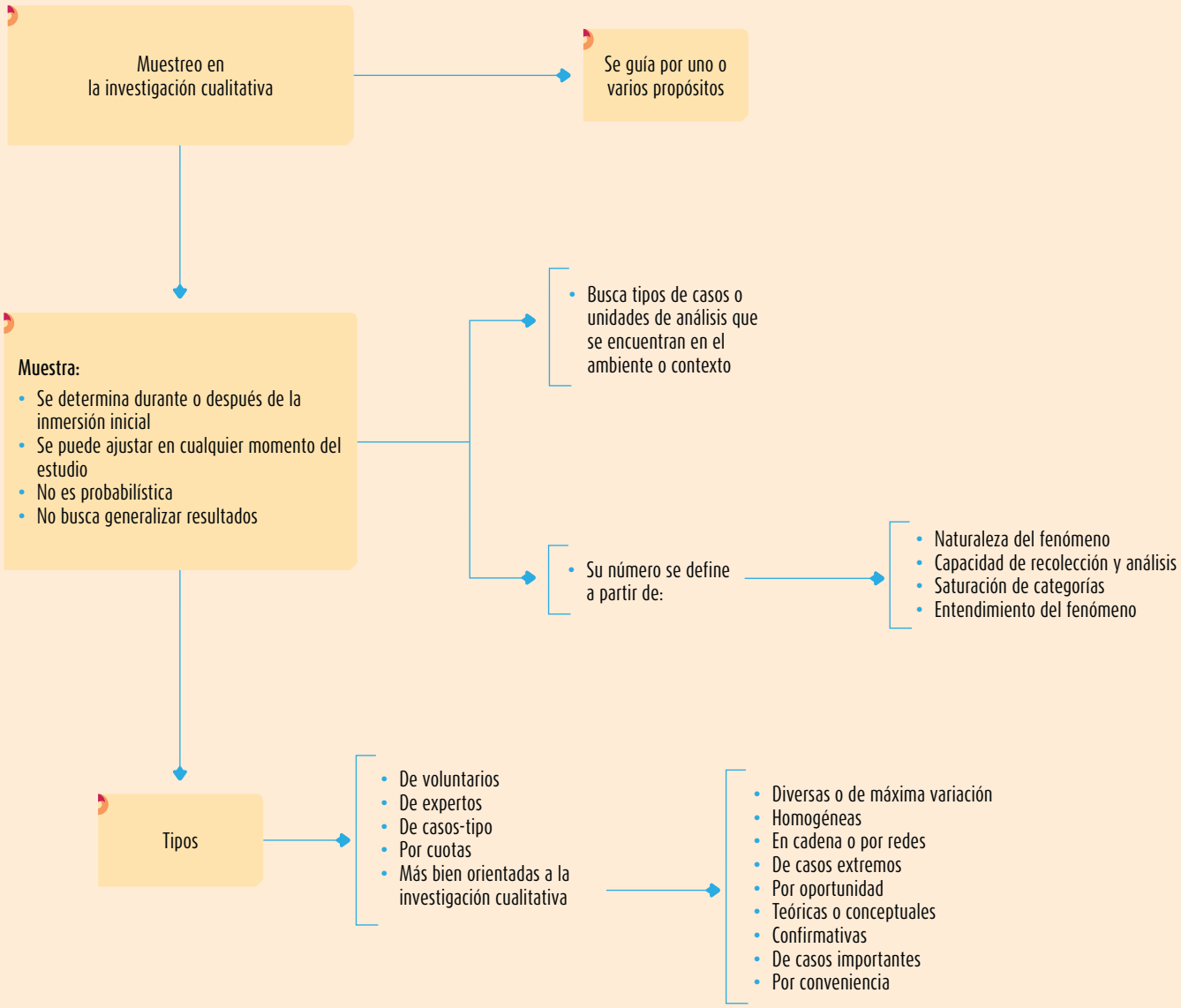
1. Conocer el proceso de selección de la muestra en la investigación cualitativa.
2. Comprender los conceptos esenciales vinculados con la unidad de análisis y la muestra en estudios cualitativos.
3. Entender los diferentes tipos de muestras no probabilísticas o dirigidas y tener elementos para decidir, en cada investigación, cuál es el tipo apropiado de muestra de acuerdo con las condiciones que se presenten durante su desarrollo.

Síntesis

En el capítulo se comenta el proceso para definir las unidades de análisis y la muestra iniciales. En los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Asimismo, se consideran los factores que intervienen para "determinar" o sugerir el número de casos que compondrán la muestra. También se insiste en que conforme avanza el estudio se pueden agregar otros tipos de unidades o reemplazar las unidades iniciales, puesto que el proceso cualitativo es más abierto y está sujeto al desarrollo del estudio.

Por último, se revisan los principales tipos de muestras dirigidas o no probabilísticas, que son las que se utilizan comúnmente en investigaciones cualitativas. Algunos temas tratados en este capítulo serán ampliados en el capítulo 13 adicional, "Profundizar en temáticas de la investigación cualitativa", que el lector puede descargar del centro de recursos en línea de la obra.

Centro de recursos en línea


Muestreo en
la investigación cualitativa
Se guía por uno o
varios propósitos
Muestra:
Se determina durante o después de la inmersión inicial
Se puede ajustar en cualquier momento del estudio
No es probabilística
No busca generalizar resultados
Busca tipos de casos o unidades de análisis que se encuentran en el ambiente o contexto
Su número se define a partir de:
Naturaleza del fenómeno
Capacidad de recolección y análisis
Saturación de categorías
Entendimiento del fenómeno
Tipos
De voluntarios
De expertos
De casos-tipo
Por cuotas
Más bien orientadas a la investigación cualitativa
Diversas o de máxima variación
Homogéneas
En cadena o por redes
De casos extremos
Por oportunidad
Teóricas o conceptuales
Confirmativas
De casos importantes
Por conveniencia

Después de la inmersión inicial: la muestra inicial

1 Hemos hecho la inmersión inicial, la cual nos sumerge en el contexto. Al mismo tiempo, recolectamos y analizamos datos (seguramente ya observamos diferentes sucesos, nos compenetramos con la cotidianidad del ambiente, platicamos o entrevistamos a varias personas, tomamos notas, tenemos impresiones, etcétera).

En algún momento de la inmersión inicial o después, se define la muestra "tentativa", sujeta a la evolución del proceso inductivo. Como explican Flick (2013), Creswell (2013a), Savin-Baden y Major (2013) y Miles y Huberman (1994b), el muestreo cualitativo es propositivo. Las primeras acciones para elegir la **muestra** ocurren desde el planteamiento mismo y cuando seleccionamos el contexto, en el cual esperamos encontrar los casos que nos interesan. En las investigaciones cualitativas nos preguntamos qué casos nos interesan inicialmente y dónde podemos encontrarlos.

Muestra En el proceso cualitativo, grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia.

En el ejemplo del estudio sobre las emociones que experimentan los pacientes jóvenes que serán operados, al ver el propósito ya sabemos que los casos van a ser personas de entre 14 y 20 años de la ciudad de Salta, en Argentina, y que cubren la condición de estar programados para una operación de alto riesgo. Asimismo, ubicamos hospitales donde se realizan estas operaciones. Ahora, debemos elegir los casos (por ejemplo, de un listado que nos señale la programación de las intervenciones quirúrgicas del tipo buscado en los próximos meses) y contactarlos para lograr su consentimiento y el de sus médicos y padres (con el antecedente de que los hospitales hayan autorizado la investigación). Pero, ¿cuántos casos?, ¿cuántos jóvenes que se someterán a cirugía debemos incluir: 10, 15, 50, 100?, ¿qué tamaño de muestra es el adecuado? Como vimos, en los estudios cualitativos el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad. Nos conciernen casos o unidades (participantes, organizaciones, manifestaciones humanas, eventos, animales, hechos, etc.) que nos ayuden a entender el fenómeno de estudio y a responder a las preguntas de investigación. El muestreo adecuado tiene una importancia crucial en la investigación, y la investigación cualitativa no es una excepción (Barbour, 2007). Por esta razón es necesario reflexionar sobre cuál es la estrategia de muestreo más pertinente para lograr los objetivos de investigación, tomando en cuenta criterios de rigor, estratégicos, éticos y pragmáticos, como se explicará a continuación.

Por lo general son tres los factores que intervienen para "determinar" o sugerir el número de casos:[1]

1. Capacidad operativa de recolección y análisis (el número de casos que podemos manejar de manera realista y de acuerdo con los recursos que tenemos).
2. El entendimiento del fenómeno (el número de casos que nos permitan responder a las preguntas de investigación, que más adelante se denominará "saturación de categorías").
3. La naturaleza del fenómeno en análisis (si los casos o unidades son frecuentes y accesibles o no, si recolectar la información correspondiente lleva poco o mucho tiempo).

Por ejemplo, en el estudio sobre las emociones que los pacientes jóvenes pueden experimentar antes de ser operados, el investigador procurará analizar el mayor número posible de casos (que depende, en primera instancia, de cuántas cirugías de alto riesgo se realizan en Salta —mensual o anualmente— a la población de interés).

Asimismo, en la investigación de Morrow y Smith (1995) se reclutó abiertamente a las participantes (cuantas más, mejor, pero que pudieran tratarse). La muestra final fue de 11 mujeres (el requisito era que hubiesen pasado por una situación de abuso sexual prolongado durante su infancia).

Idealmente, habrá ocasiones en que se obtengan muestras grandes, que nos darían una comprensión completa del problema de estudio, pero en la práctica son inmanejables (por ejemplo, ¿cómo podríamos estudiar en profundidad 200 o 300 casos de experiencias previas al quirófano o documentar en forma exhaustiva —mediante entrevistas y sesiones en grupo— más de 100 casos de abuso

[1] Miles, Huberman y Saldaña (2013); Koerber y McMichael (2008); Battaglia (2008a) y Esterberg (2002).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

sexual prolongado durante la infancia? Pasarían años y se necesitaría un vasto equipo de investigadores muy preparados y con criterios similares para investigar). Finalmente, como explica Neuman (2009), en la indagación cualitativa *el tamaño de muestra no se fija* a priori (antes de la recolección de los datos), sino que se establece un tipo de unidad de análisis y a veces se perfila un número aproximado de casos, pero la muestra final se conoce cuando las nuevas unidades que se añaden ya no aportan información o datos novedosos ("saturación de categorías"), aun cuando agreguemos casos extremos. Aunque diversos autores recomiendan ciertos tamaños mínimos de muestras (número de unidades o casos) para diversos estudios cualitativos (véase la tabla 13.1), no hay parámetros definidos ni precisos. La tabla es únicamente un marco de referencia, pero la decisión del número de casos que conformen la muestra es del investigador, así como resultado de los tres factores que se mencionaron (porque como dice el doctor Roberto Hernández Galicia: los estudios cualitativos son artesanales, "trajes hechos a la medida de las circunstancias"). El principal factor es que los casos nos proporcionen un sentido de comprensión profunda del ambiente y el problema de investigación. Las muestras cualitativas no deben ser utilizadas para representar a una población (Daymon, 2010).

Tabla 13.1 Tamaños de muestra comunes en estudios cualitativos[2]

Tipo de estudio	Tamaño mínimo de muestra sugerido
Etnográfico cultural	Una comunidad o grupo cultural, 30-50 casos que lo conformen. Si es menor el grupo, incluir a todos los individuos o el mayor número posible.
Etnográfico básico	Doce participantes homogéneos. Si la unidad de análisis es observaciones, 100-200 unidades.
Fenomenológico	Diez casos.
Teoría fundamentada, entrevistas o personas bajo observación.	De 20 a 30 casos.
Historia de vida familiar	Toda la familia, cada miembro es un caso.
Biografía	El sujeto de estudio (si vive) y el mayor número de personas vinculadas a él, incluyendo críticos.
Estudio de casos	De seis a 10. Si son en profundidad, tres a cinco.
Grupos de enfoque	Siete a 10 casos por grupo, al menos un grupo por tipo de población. Si el grupo es menor, incluir a todos los individuos o el mayor número posible. Para generar teoría, tres a seis grupos.

Cabe destacar que los tipos de estudio o diseños cualitativos aún no se comentan, por lo que el cuadro adquirirá un mayor sentido al revisar los siguientes dos capítulos. Por su parte, Creswell (2013b) señala que en las investigaciones cualitativas los intervalos de las muestras varían de uno a 50 casos.

Otra cuestión importante es la siguiente: en una investigación cualitativa la muestra puede contener cierto tipo definido de unidades iniciales, pero conforme avanza el estudio se pueden agregar otros tipos de unidades y aun desechar las primeras. Por ejemplo, si decido analizar la comunicación entre el médico y su paciente (en el caso de enfermos terminales de sida), después de una inmersión inicial (que implicaría observar actos de comunicación entre médicos y pacientes terminales, mantener charlas informales con unos y otros, etc.), quizá me doy cuenta de que dicha relación está mediatizada por el personal no médico (enfermeras, auxiliares, personal de limpieza) y entonces decido agregarlo a la muestra. Así, analizaría tanto a los protagonistas de las interacciones como sus procesos.

[2] Adaptada de Johnson y Christensen (2012), Onwuegbuzie, Dickinson, Leech y Zoran (2010), Collins (2010), Hesse-Biber (2010a), Onwuegbuzie y Collins (2007), Creswell y Plano Clark (2006), Guest, Bunce y Johnson (2006) y Morse (1994). Tamaños sujetos a saturación de categorías.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

También se pueden tener unidades de diferente naturaleza. Por ejemplo, en el estudio sobre la guerra cristera en Guanajuato desde el punto de vista de sus actores, la muestra inicial comprendió dos clases de unidades:

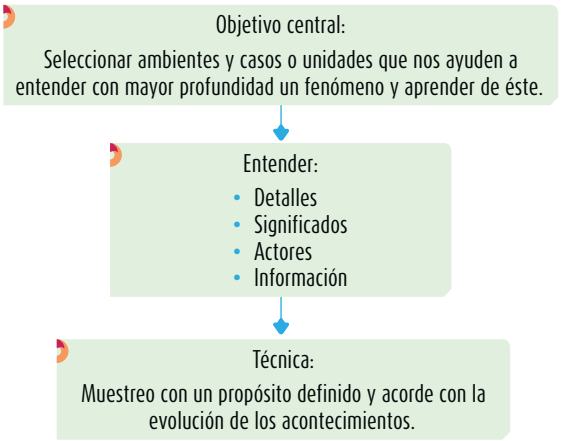
a) Documentos generados en la época y disponibles en archivos públicos y privados (notas periodísticas, correspondencia oficial, reportes y, en general, publicaciones del gobierno municipal o estatal; diarios personales, etcétera).
b) Participantes (testigos directos, personas que vivieron en la época de la guerra cristera y sus descendientes).

Posteriormente, se sumaron como unidades "artefactos u objetos" y "sitios específicos" (armas usadas en la conflagración, casas donde se celebraban en secreto las misas católicas, iglesias y lugares donde fueron ejecutados cristeros u ocurrieron batallas o escaramuzas).

Reformulación de la muestra En los estudios cualitativos, la muestra planteada inicialmente puede ser distinta a la muestra final. Es posible agregar casos que no habíamos contemplado o excluir otros que sí teníamos en mente.

Mertens (2010) señala que en el muestreo cualitativo es usual comenzar con la identificación de ambientes propicios, luego de grupos y, finalmente, de individuos. Incluso la muestra puede ser una sola unidad de análisis (estudio de caso).[3] La investigación cualitativa, por sus características, requiere muestras más flexibles. La muestra se va evaluando y redefiniendo permanentemente. La esencia del muestreo cualitativo se define en la figura 13.1

Figura 13.1 Esencia del muestreo cualitativo.[4]



2 Los tipos de muestras que suelen utilizarse en las investigaciones son las *no probabilísticas* o *dirigidas*, cuya finalidad no es la generalización en términos de probabilidad. También se les conoce como "guiadas por uno o varios propósitos", pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación (Ragin, 2013, Saumure y Given, 2008a y Palys, 2008). Veamos estas clases de muestras, pero cabe destacar que *no son privativas de los estudios cualitativos*, sino que también llegan a utilizarse en investigaciones cuantitativas, por mucho que se asocien más con los primeros.

La muestra de participantes voluntarios

En ciencias sociales y médicas son frecuentes las muestras de voluntarios. Pensemos, por ejemplo, en los individuos que voluntariamente acceden a participar en un estudio que profundiza en las experiencias de cierta terapia; otro caso sería el del investigador que realiza un trabajo sobre las motivaciones de los pandilleros de un barrio de Madrid e invita a quienes quieran a una entrevista abierta. En

[3] Los estudios de caso cualitativos no se revisarán en este espacio, sino en el capítulo 4 adicional, "Estudios de caso", en Material complementario → Capítulos adicionales, del centro de recursos en línea.
[4] Adaptado de Mertens (2010).

Centro de recursos en línea

estos casos, la elección de los participantes depende de circunstancias muy variadas. A esta clase de muestra también se le puede llamar *autoseleccionada*, ya que las personas se proponen como participantes en el estudio o responden a una invitación (Battaglia, 2008b).

Estas muestras se usan en estudios experimentales de laboratorio, pero también en investigaciones cualitativas, como en el ejemplo de Morrow y Smith (1995).

La muestra de expertos

En ciertos estudios es necesaria la opinión de expertos en un tema. Estas muestras son frecuentes en estudios cualitativos y exploratorios para generar hipótesis más precisas o la materia prima del diseño de cuestionarios. Por ejemplo, en un estudio sobre el perfil de la mujer periodista en México (Barrera *et al.*, 1989) se recurrió a una muestra de 227 mujeres periodistas, pues se consideró que eran las participantes idóneas para hablar de contratación, sueldos y desempeño de tal ocupación. Estas muestras son comunes cuando se pretende mejorar un proceso industrial o de calidad.

La muestra de casos tipo

También se utiliza una muestra de casos tipo en estudios cuantitativos exploratorios y en investigaciones de tipo cualitativo, en el que el objetivo es la riqueza, profundidad y calidad de la información, no la cantidad ni la estandarización. En estudios con perspectiva fenomenológica, en los que el objetivo es analizar los valores, experiencias y significados de un grupo social, es frecuente el uso de muestras tanto de expertos como de casos tipo. Por ejemplo, pensemos en los trabajos de Howard Becker (*El músico de jazz*, 1951, y *Los muchachos de blanco*, 1961) que se basan en grupos de músicos de jazz y característicos estudiantes de medicina, para adentrarse en el análisis de los patrones de identificación y socialización de estas dos profesiones: la de músico y la de médico. En su estudio, Khadka *et al.* (2012) formaron una muestra de casos tipo con 81 niños y jóvenes de ambos géneros (seis a 18 años), con y sin discapacidad visual, de zonas rurales y urbanas, a los que agruparon por edad en 13 categorías (cada una representó un grupo de enfoque).

Los estudios motivacionales que se hacen para el análisis de las experiencias de cierto tipo de consumidores con respecto a un producto también utilizan estas muestras (por ejemplo, ejecutivos de alto nivel socioeconómico que han comprado determinada marca de automóvil de lujo).

La muestra por cuotas

La muestra por cuotas se utiliza mucho en estudios de opinión y mercadotecnia. Por ejemplo, los encuestadores reciben instrucciones de aplicar cuestionarios o realizar entrevistas abiertas a individuos en un lugar público (un centro comercial, una plaza o una colonia). Al hacerlo, van llenando cuotas de acuerdo con la proporción de ciertas variables demográficas. Así, en un estudio sobre la actitud de la ciudadanía hacia un candidato político, se dice a los encuestadores "que vayan a determinada colonia y entrevisten a 150 personas adultas, en edad de votar. Que 25% sean hombres mayores de 30 años, 25% mujeres mayores de 30 años, 25% hombres menores de 25 años y 25% mujeres menores de 25 años". Estas muestras suelen ser comunes en encuestas (*surveys*) e indagaciones cualitativas.

Muestras orientadas a la investigación cualitativa

Creswell (2013b), Hektner (2010), Henderson (2009) y Miles y Huberman (1994), remiten a otras muestras no probabilísticas que, además de las ya señaladas, suelen utilizarse en estudios cualitativos. Las repasaremos brevemente a continuación:

1. *Muestras diversas o de máxima variación*: estas muestras son utilizadas cuando se busca mostrar distintas perspectivas y representar la complejidad del fenómeno estudiado, o bien documentar la diversidad para localizar diferencias y coincidencias, patrones y particularidades. Imaginemos a un médico que evalúa a enfermos con distintos tipos de lupus; a un psiquiatra que considera desde pacientes muy deprimidos hasta individuos con depresión leve.

Ejemplo

Studs (1997) realizó un estudio del significado del trabajo en la vida del individuo, mediante entrevistas profundas a personas que contaban con una gran variedad de trabajos y ocupaciones.

2. *Muestras homogéneas*: al contrario de las muestras diversas, en las muestras homogéneas las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema por investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social.

Ejemplo

Hernández-Sampieri y Mendoza (2010) iniciaron una investigación a largo plazo para analizar el contexto de las mujeres profesionalmente exitosas (obstáculos que tuvieron en su carrera, las relaciones con su familia y subordinados, manejo de la maternidad, etc.). La primera etapa de su estudio es con un grupo de 50 mujeres que ocupan cargos destacados (empresarias, directoras generales o presidentas de organizaciones privadas y públicas, rectoras de universidades, diputadas federales, senadoras o equivalentes); y las seleccionadas debieron cubrir un perfil: casadas y madres, que se ubiquen al frente de su organización o tengan capacidad de decisión al máximo nivel, cuyo grado de estudios mínimos es de licenciatura y mayores de 40 años. Es decir, se busca un grupo homogéneo. El ya mencionado estudio de Suto y Arnaut (2010) sobre el suicidio con 24 reclusos que intentaron privarse de la vida es otro ejemplo.

Una forma de muestra homogénea, combinada con la muestra de casos tipo, pero que algunos autores destacan como una clase de muestra cualitativa (por ejemplo, Mertens, 2010), son las llamadas "muestras típicas o intensivas", en que se eligen casos de un perfil similar, pero que se consideran representativos de un segmento de la población, una comunidad o una cultura (no en un sentido estadístico, sino de prototipo). Por ejemplo, ejecutivos con un salario promedio y características nada fuera de lo común para su tipo (se utiliza la expresión "hombre medio" para identificarlos) o soldados que se enrolaron en una guerra y no fueron heridos gravemente ni recibieron medallas, que estuvieron en servicio el tiempo regular, etcétera.

3. *Muestras en cadena o por redes* ("bola de nieve"): en este caso, se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información (Morgan, 2008), y una vez contactados, los incluimos también. La investigación sobre la guerra cristera operó en parte con una muestra en cadena (los sobrevivientes recomendaban a otros individuos de la misma comunidad).

Ejemplo

González y González (1995), en su estudio sobre una población utilizaron una muestra en cadena: primero se pusieron en contacto con unos participantes, quienes acercaron a sus conocidos y ellos a su vez a otras personas, a fin de enriquecer información sobre una cultura, a través de individuos que relataron su historia.

4. *Muestras de casos extremos*: estas muestras son útiles cuando nos interesa evaluar características, grupos o situaciones alejadas de la "normalidad" o de prototipos (variación inusual en el fenómeno o problema bajo estudio) (Creswell, 2013a y Jahnukainen, 2009). Imaginemos que queremos estudiar a personas sumamente violentas. Podríamos seleccionar una muestra de pandilleros; de igual forma, si tratamos de evaluar métodos de enseñanza para estudiantes muy problemáticos, elegimos a aquellos que han sido expulsados varias veces. Mertens (2010) señala que el análisis de casos extremos nos ayuda, paradójicamente, a entender lo ordinario.

   Este tipo de muestras se utiliza para estudiar etnias muy distintas al común de la población de un país, también para profundizar el análisis de comportamientos terroristas y procesos com-

plejos que solamente dominan unos cuantos expertos. A veces se seleccionan casos extremos opuestos con fines comparativos (por ejemplo, escuelas donde la violencia estudiantil es elevada y escuelas sumamente tranquilas; edificios sólidos que han resistido temblores u otros fenómenos naturales y estructuras que se han colapsado).

Ejemplo

Hernández-Sampieri y Martínez (2003) efectuaron una serie de sesiones grupales para definir qué criterios podían considerarse en cuanto a sexo, violencia, consumo de drogas, horror y lenguaje insultante, para clasificar películas cinematográficas como aptas para niños, adolescentes y adultos. Algunos de los grupos estaban constituidos por personas calificadas como muy liberales (entre ellos algunos escritores, críticos de cine y cineastas) y otros, por individuos situados como conservadores (miembros de ligas de defensa de la familia y la moral, sacerdotes, etcétera).[5]

5. *Muestras por oportunidad*: se trata de casos que de manera fortuita se presentan ante el investigador justo cuando los necesita. O bien, individuos que requerimos y que se reúnen por algún motivo ajeno a la investigación, lo que nos proporciona una oportunidad extraordinaria para reclutarlos. Por ejemplo, una convención nacional de alcohólicos anónimos, justo cuando conducimos un estudio sobre las consecuencias del alcoholismo en la familia.

Ejemplo

Herrera (2004) realizó un estudio de caso de sí misma, sobre el lupus eritematoso sistémico (ella padecía un lupus con 31 años de evolución). Al presentar los resultados de su investigación, acudieron médicos que conocían enfermos con el mismo padecimiento, quienes recomendaron a sus pacientes para que ampliara su indagación.[6]

6. *Muestras teóricas o conceptuales*: cuando el investigador necesita entender un concepto o teoría, puede muestrear casos que le sirvan para este fin. Es decir, se eligen las unidades porque poseen uno o varios atributos que contribuyen a formular la teoría (Draucker, Martsolf, Ross y Rusk, 2007). Supongamos que quiero probar una teoría microeconómica sobre la quiebra de ciertas aerolíneas. Obviamente, selecciono empresas de esta clase que han pasado por una quiebra. Si quiero evaluar los factores que hacen que un hombre sea capaz de violar a una mujer, puedo obtener la muestra en cárceles donde se encuentren recluidos criminales violadores. Otro ejemplo característico serían los detectives, cuando seleccionan a sospechosos que encajan en sus "teorías" sobre el asesino.

Ejemplo

Lockwood (1996) llevó a cabo un estudio para encontrar en comunidades específicas submuestras de individuos con distintos trabajos, a fin de analizar si algunas situaciones laborales conducen a ciertas percepciones sobre las clases sociales.

7. *Muestras confirmativas*: la finalidad de las muestras confirmativas es sumar nuevos casos cuando en los ya analizados se suscita alguna controversia o surge información que apunta en diferentes direcciones. Puede ocurrir que al analizar los primeros casos surjan hipótesis de trabajo y otros casos posteriores las contradigan o "no se encuentren tendencias claras". Entonces, seleccionamos más casos similares a aquellos donde emergieron las hipótesis y también casos donde se contradijeron, hasta comprender lo que verdaderamente sucede.

[5] Desde luego, se incluyeron grupos de orientación "intermedia" o central en el continuo "liberalismo-conservadurismo". Los criterios producidos regulan la clasificación oficial en México.
[6] La investigación se comenta en el capítulo 4, "Estudios de caso", del centro de recursos en línea, el cual puede descargarse.

Centro de recursos en línea

Por ejemplo, en la investigación de Amate y Morales (2005) sobre las oportunidades de empleo para personas con capacidades diferentes, los primeros casos (que eran empresas grandes, transnacionales y nacionales) apuntaban a que las oportunidades eran equitativas para individuos con capacidades regulares y con capacidades distintas. Posteriormente, otros casos (empresas locales de menor tamaño) contradijeron la hipótesis de trabajo y entonces se agregaron más casos, tanto de organizaciones locales como de nacionales y transnacionales, con el fin de entender la nueva hipótesis y la explicación de las causas del fenómeno.

8. *Muestras de casos sumamente importantes o críticos para el problema analizado*: a veces hay casos del ambiente que no podemos dejar fuera; por ejemplo, en el estudio sobre la guerra cristera, no podían quedar excluidos los cronistas de las ciudades. En un estudio cualitativo en una empresa, no es conveniente prescindir del director general. Incluso hay muestras que únicamente consideran casos relevantes.
9. *Muestras por conveniencia*: estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso (Battaglia, 2008a). Tal fue la situación de Rizzo (2004), quien no pudo ingresar a varias empresas para efectuar entrevistas a profundidad en niveles gerenciales, acerca de los factores que conforman el clima organizacional, y entonces decidió entrevistar a compañeros que junto con ella cursaban un posgrado en desarrollo humano y eran directivos de diferentes organizaciones.

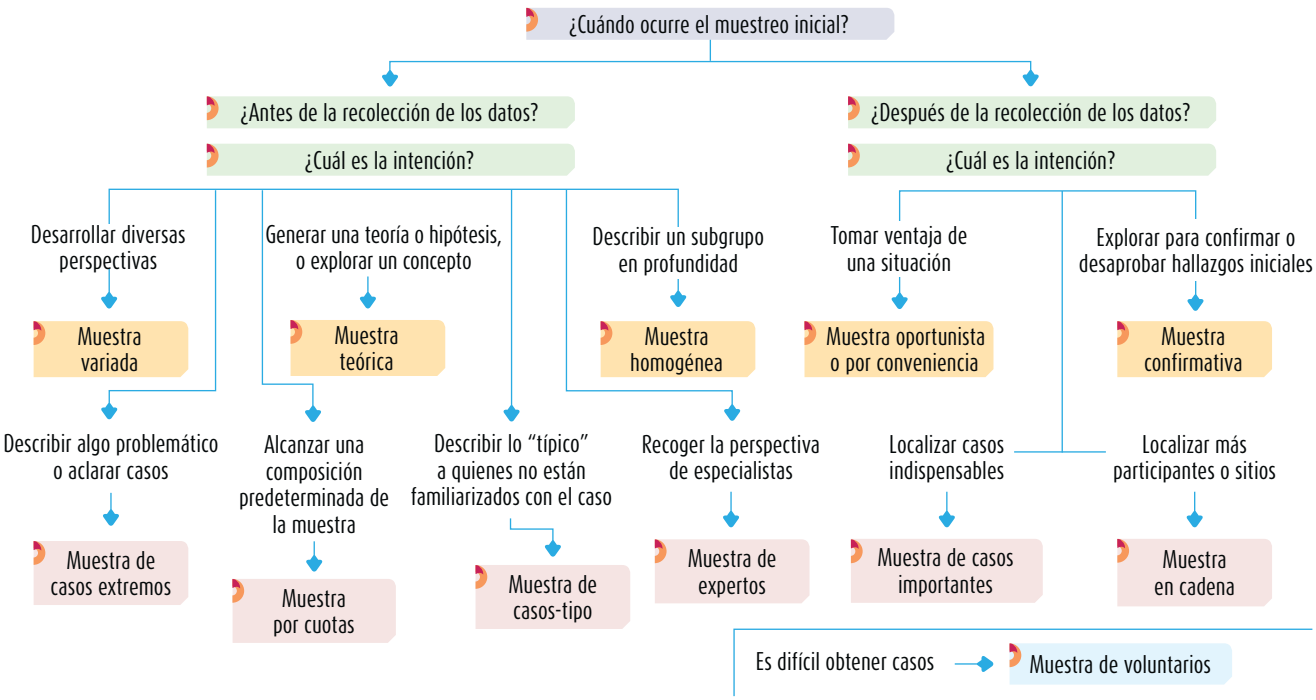
Composición y tamaño de la muestra cualitativa Depende del desarrollo del proceso inductivo de investigación.

En ocasiones, una misma investigación requiere una estrategia de muestreo mixta que combine varios tipos de muestra, por ejemplo, de cuotas y en cadena.

Las muestras dirigidas son válidas en cuanto a que un determinado diseño de investigación así las requiere; sin embargo, los resultados se aplican nada más a la muestra en sí o a muestras similares en tiempo y lugar (transferencia de resultados), pero esto último con suma precaución. No son generalizables a una población ni interesa esta extrapolación.

Finalmente, para reforzar los conceptos vertidos, se incluye un diagrama de toma de decisiones respecto de la muestra inicial (véase la figura 13.2, adaptada de Creswell (2005, p. 205)). Aunque este autor divide las decisiones en antes y después de la recolección de los datos, desde nuestro punto de vista esto es relativo, porque, como se ha insistido, el proceso cualitativo es iterativo y emergente.

Figura 13.2 Esencia de la toma de decisiones para la muestra inicial en estudios cualitativos.



Un último comentario: en todo el proceso de inmersión inicial en el campo, inmersión total, elección de las unidades o casos y de la muestra, debemos tomar en cuenta el planteamiento del problema, el cual constituye el elemento central que guía todo el proceso, pero tales acciones pueden hacer que el planteamiento se modifique de acuerdo con la "realidad del estudio" (construida por el investigador, la situación, los participantes y las interacciones entre el primero y estos últimos). El planteamiento siempre estará sujeto a revisión y cambios.

Resumen

- La muestra inicial se define durante la inmersión inicial o después.
- En los estudios cualitativos, el tamaño de muestra no es importante desde una perspectiva probabilística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia.
- Tres son los factores que intervienen para "determinar" o sugerir el número de casos que compondrán la muestra: 1) capacidad operativa de recolección y análisis, 2) el entendimiento del fenómeno o saturación de categorías y 3) la naturaleza del fenómeno en análisis.
- En una investigación cualitativa, la muestra puede contener cierto tipo definido de unidades iniciales, pero conforme avanza el estudio es posible agregar otros tipos de unidades.
- En un estudio cualitativo se pueden tener unidades de naturaleza diferente.
- En el muestreo cualitativo es usual comenzar con la identificación de ambientes propicios, luego de grupos y, finalmente, de individuos.
- La investigación cualitativa, por sus características, requiere muestras más flexibles.
- Las muestras dirigidas son de varias clases: 1) muestra de sujetos voluntarios, 2) muestra de expertos, 3) muestra de casos tipo, 4) muestreo por cuotas y 5) muestras de orientación a la investigación cualitativa (muestra variada, homogénea, muestra por cadena, muestra de casos extremos, muestras por oportunidad, muestra teórica, muestra confirmativa, muestra de casos importantes y muestra por conveniencia).

Conceptos básicos

- Muestra
- Muestra dirigida (no probabilística)
- Muestras orientadas a la investigación cualitativa
- Unidad de muestreo

Ejercicios

1. Respecto al artículo de una revista científica que contiene los resultados de una investigación cualitativa (que seleccionó como parte de los ejercicios del capítulo anterior), responda: ¿cuál es la unidad de análisis? ¿Qué tipo de muestra final eligieron los investigadores?
2. Si visitó una comunidad rural y observó qué sucedía en ella, y de esa experiencia planteó un problema de investigación cualitativa, ¿cuál es o cuáles son las unidades de análisis apropiadas para desarrollar su estudio? y ¿cuál sería el tipo adecuado de muestreo? Recuerde que pueden mezclarse muestras de varias clases.
3. Respecto de la idea que eligió en el capítulo 2 y que transformó en un planteamiento del problema de investigación cualitativa en el capítulo 12. ¿Cuál sería la unidad de análisis inicial y el tipo de muestra dirigida que considera más apropiadas para su estudio?

Centro de recursos en línea

Podrá encontrar más ejercicios al final del capítulo 13 adicional, "Profundizar en temáticas de la investigación cualitativa", del centro de recursos en línea.

Ejemplos desarrollados

La guerra cristera en Guanajuato

Unidades iniciales de la muestra:

a) Documentos generados en la época y disponibles en los archivos históricos del ayuntamiento, el museo local y las iglesias (notas periodísticas, correspondencia oficial, reportes y, en general, publicaciones del gobierno municipal o estatal; diarios personales, bandos municipales y avisos a la población).

b) Testimonios de:

- Participantes en la guerra (testigos directos), ya sea como combatientes cristeros, soldados del Ejército Mexicano, sacerdotes y observadores que vivieron en la

época (1926-1929), sin importar la edad que tenían en ese tiempo.
- Descendientes de participantes en la guerra cristera (hijos o nietos de los testigos directos y que hubieran oído historias sobre los sucesos).

Unidades posteriores que se integraron a la muestra:

a) "Artefactos u objetos" (armas usadas en la conflagración, símbolos religiosos —escapularios, imágenes, crucifijos, entre otros—, fotografías, artículos personales, como el peine del abuelo, las botas del padre, etcétera).
b) Documentos personales que pertenecieron a los testigos (cartas y diarios).
c) "Sitios específicos":
   - Casas u otros lugares (como plazas, mercados y bodegas) donde se celebraban en secreto las misas católicas.
   - Iglesias.
   - Cuarteles del Ejército (ambos bandos utilizaron iglesias como cuarteles).
   - Lugares donde fueron ejecutados cristeros u ocurrieron batallas o escaramuzas.

Tipo de muestra dirigida: por cadena o "bola de nieve" (en todos los casos). Los participantes, conforme se incorporaron a la muestra, recomendaron a otros informantes. Quien detonó la red en la mayoría de las poblaciones fue el cronista de la ciudad. Asimismo, muchas veces un documento condujo a otros. Los lugares estaban referidos en los documentos escritos o por señalamiento de los testigos o sus descendientes. Los sitios fueron visitados para buscar evidencias materiales confirmatorias.

Consecuencias del abuso sexual infantil

Unidades iniciales y finales de la muestra: once mujeres de 25 a 72 años, que habían sufrido abuso sexual en su infancia. Una mujer era afroestadounidense, una india occidental y el resto blancas. Tres eran lesbianas, una bisexual y siete heterosexuales. Tres participantes habían quedado incapacitadas físicamente. Su escolaridad variaba, desde la terminación del grado (equivalente a "graduado" o pasantía) hasta el nivel de maestría. Las experiencias de abuso fueron de un solo incidente de molestia por parte de un amigo de la familia, a un caso de 18 años de abuso progresivo sádico efectuado por diversos perpetradores. La edad del abuso inicial fluctuó entre la primera infancia y los 12 años; y el abuso continuó, en la situación más extrema, hasta los 19. Todas las participantes habían estado en programas de asesoría o recuperación (desde una reunión con el sistema de 12 pasos hasta años de psicoterapia).

Note el lector que las descripciones de la muestra son más profundas que simplemente enumerar casos y sus características demográficas (aquí, desde luego, se resumió).

Tipo de muestra: participantes voluntarias.

Centros comerciales

Unidades iniciales y finales de la muestra: hombres y mujeres clientes de los centros comerciales, de 18 a 89 años. En total, 80 participantes por centro comercial. Los clientes asistieron a una sesión de discusión o enfoque (10 individuos por sesión) y fueron agrupados por indicaciones de la empresa que solicitó el estudio (la cual se fundamentó en la información disponible en su base de datos sobre los hábitos de compra de cada segmento de clientes), de la siguiente forma:

- Mujeres menores de 40 años
- Hombres mayores de 30 años
- Grupo mixto (hombres y mujeres) de adultos jóvenes (18 a 27 años)
- Mujeres mayores de 40 años

Es decir, de cada segmento se tuvieron dos grupos.

Tipo de muestra: una mezcla de muestreo por cuotas y participantes voluntarios.

Los investigadores opinan

En el debate intelectual sobre las diversas posturas a las que se puede allegar la metodología de la investigación, surge actualmente un fuerte ímpetu por respaldar y dar validez a aquellas orientadas hacia los aspectos cualitativos.

Motivados por la complejidad de los problemas, la necesidad de estudiar los fenómenos de forma holística e incluso de instrumentar herramientas heurísticas que interpreten debidamente determinados objetos de estudio, los investigadores precisan y profundizan cada día más en estas herramientas, sobre todo en la justificación y sustento de la investigación cualitativa; motivo por el cual el discurso administrativo actual comienza a reconocerla y a tener un mayor interés por el debido empleo de las propuestas que se están generando en esta área.

Cierto es que, si bien es indispensable sustentar de manera fehaciente cualquier estudio cualitativo, también es verdad que hoy en día están surgiendo grandes áreas de oportunidad, incluso para la definición de lo que debe ser el rigor metodológico de este tipo de investigación.

Todos los esfuerzos que se realicen para soportar correctamente los estudios en torno a la aplicación de la metodología de la investigación cualitativa son de incalculable valor, ya que además de dar la oportunidad de abrir nuevos horizontes para la correcta utilización de los métodos modernos, se abre un nuevo abanico de posibilidades para discurrir sobre diversos temas.

Los esfuerzos presentados en este libro permiten el reconocimiento de la existencia de la metodología de la investigación cualitativa, motivan su aplicación para todos aquellos casos en los que sea adecuado, sin descartar incluso, en ningún momento, la conveniencia de vincularla con elementos cuantitativos cuando así lo permita el caso.

Dr. Carlos Miguel Barber Kuri
Vicerrector Institucional de Negocios
y Ciencias Sociales
Universidad del Valle de México

capítulo

14

Recolección y análisis de los datos cualitativos

Intentar capturar el amor profundo de un padre o una madre hacia sus hijos, comprender cómo las envidias afectan el rumbo de ciertas empresas, entender por qué un individuo es capaz de privar a otro de la vida, mientras que hay seres humanos que dedican su existencia con pasión a salvar las vidas de los demás, recoger las experiencias de un experto en manufactura que lleva medio siglo trabajando en ciertos procesos o conocer los sentimientos de alguien que ha sido diagnosticado con una enfermedad terminal, son cuestiones que requieren el enriquecedor proceso cualitativo.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cualitativa

Paso 4A Recolección y análisis de los datos cualitativos

- Confirmar la muestra o modificarla.
- Recolectar los datos cualitativos pertinentes.
- Analizar los datos cualitativos: codificación abierta, axial y selectiva.
- Generar conceptos, categorías, temas, descripciones, hipótesis y teoría fundamentada en los datos, así como narrativas.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

- Entender la estrecha relación que existe entre la selección de la muestra, la recolección y el análisis de los datos en el proceso cualitativo.
- Comprender quién recolecta los datos en la investigación cualitativa.
- Conocer los principales métodos para recolectar datos cualitativos.
- Efectuar análisis de datos cualitativos.

Síntesis

En el capítulo se considera la estrecha vinculación que existe entre la conformación de la muestra, la recolección de los datos y su análisis. Asimismo, se revisa el papel del investigador en dichas tareas.

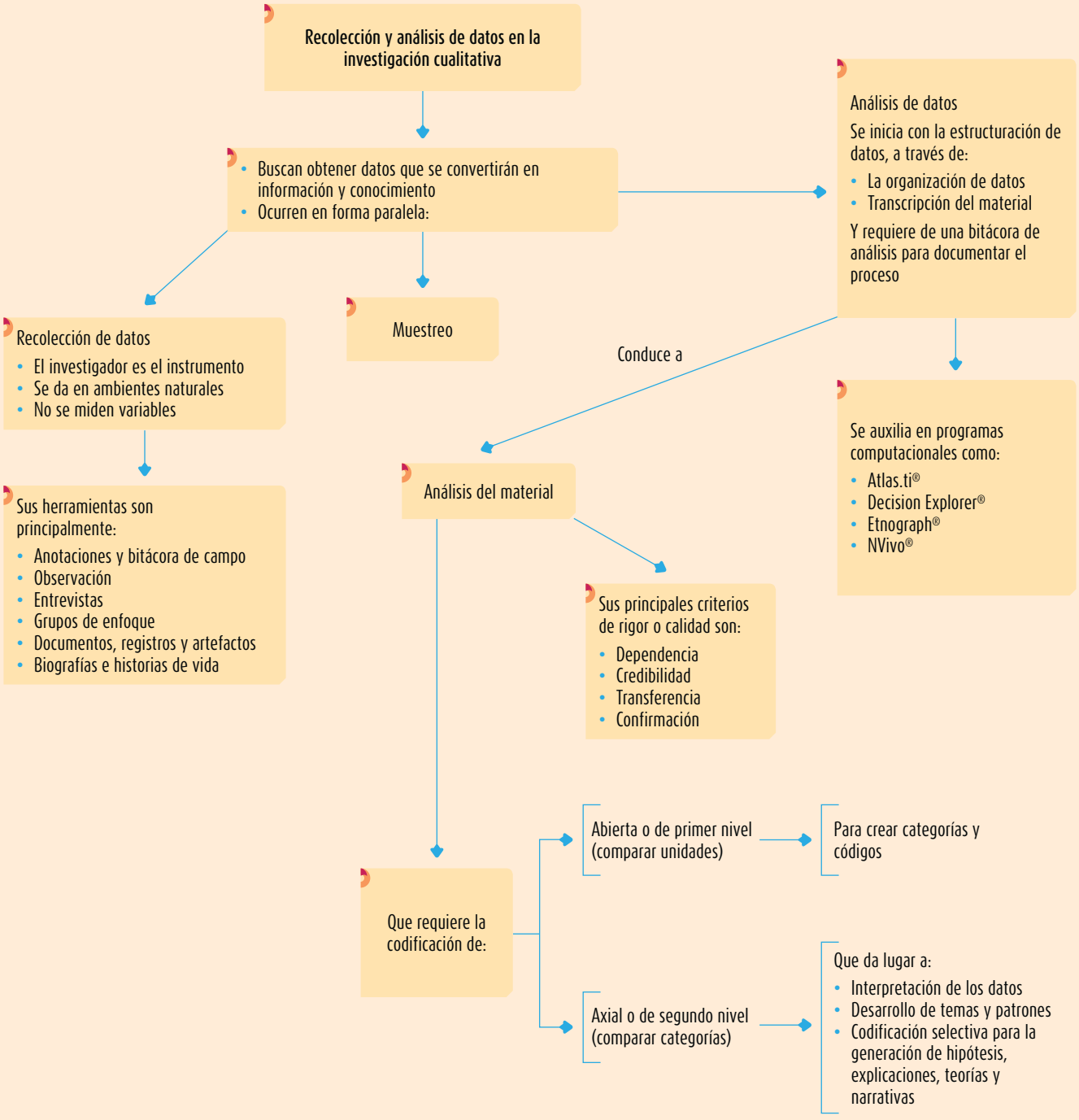
Los principales métodos para recabar datos cualitativos son la observación, la entrevista, los grupos de enfoque, la recolección de documentos y materiales, y las historias de vida.

El análisis cualitativo implica organizar los datos recogidos, transcribirlos cuando resulta necesario y codificarlos. La codificación tiene dos planos o niveles. Del primero, se generan unidades de significado y categorías. Del segundo, emergen temas y relaciones entre conceptos. Al final se produce una teoría enraizada en los datos.

El análisis cualitativo es iterativo y recurrente, y puede efectuarse con la ayuda de programas computacionales como Atlas.ti® y Decision Explorer®, cuyas demostraciones ("demos") se podrán descargar del centro de recursos en línea de la obra. De igual forma, en este medio, hemos puesto a disposición del lector un sencillo manual para Atlas.ti® en PDF.

Centro de recursos en línea

ATLAS TI



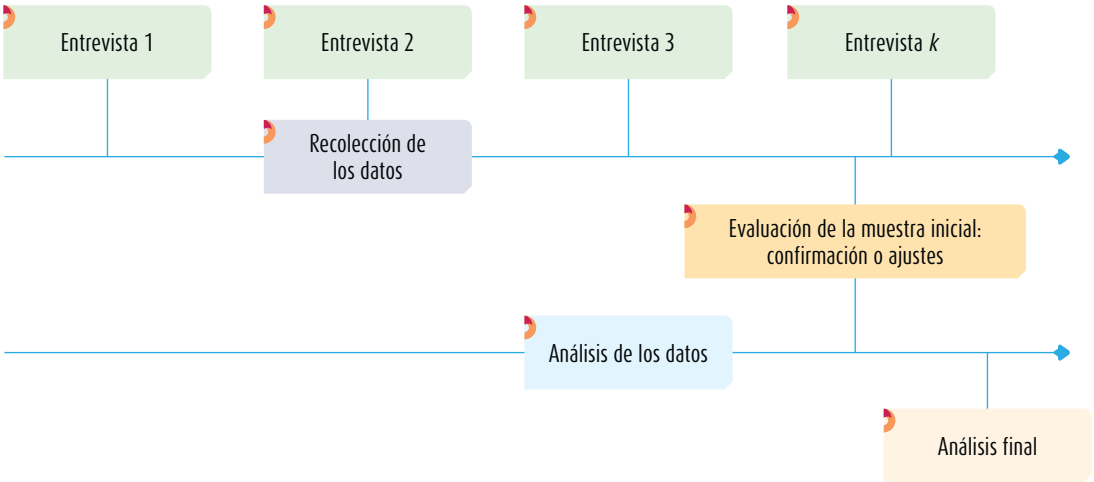
Nota: Este capítulo se complementa con uno adicional, el 13 "Profundización en temáticas de la investigación cualitativa", que puede descargarse del centro de recursos en http://www.mhhe.com/he/hmi6e.

Centro de recursos en línea

Hemos ingresado al campo y elegimos una muestra inicial, ¿qué sigue?

1 Como se ha mencionado en varias ocasiones, el proceso cualitativo no es lineal ni lleva una secuencia como el proceso cuantitativo. Las etapas constituyen más bien acciones que efectuamos para cumplir con los objetivos de la investigación y responder a las preguntas del estudio; son acciones que se yuxtaponen, además de ser iterativas o recurrentes. No hay momentos en el proceso en el que podamos decir: aquí terminó esta etapa y ahora sigue tal etapa. Al ingresar al campo o ambiente, por el simple hecho de observar lo que ocurre estamos recolectando y analizando datos, y en esta labor puede ir ajustándose la muestra. Muestreo, recolección y análisis son actividades casi paralelas. Desde luego, no siempre la muestra inicial cambia. Así que, aunque veremos los temas pertinentes a la recolección y análisis, uno por uno, no debemos olvidar la naturaleza del proceso cualitativo, la cual se representa en la figura 14.1.

Figura 14.1 Naturaleza del proceso cualitativo ejemplificada con un tipo de recolección de datos: la entrevista.



En la figura se pretende mostrar el procedimiento usual de recolección y análisis de los datos con el método de las entrevistas, pero pudieran ser sesiones en grupo, revisión de documentos o de artefactos, observaciones u otro método para recabar información.

Se recogen datos —en la muestra inicial— de una unidad de análisis o caso y se analizan. Simultáneamente se evalúa si la unidad es apropiada de acuerdo con el planteamiento del problema y la definición de la muestra inicial. Se recolectan datos de una segunda unidad y se analizan, se vuelve a considerar si esta unidad es adecuada; del mismo modo, se obtienen datos de una tercera unidad y se analizan; y así sucesivamente. En tales actividades la muestra inicial puede o no modificarse (mantenerse las unidades, cambiar por otras, agregar nuevos tipos, etc.); incluso el planteamiento está sujeto a cambios.

Comentada la esencia del proceso de recolección y análisis, hagamos algunas consideraciones.

La recolección de los datos desde el enfoque cualitativo

2 Para el enfoque cualitativo, al igual que para el cuantitativo, la recolección de datos resulta fundamental, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, situaciones o procesos en profundidad; en las propias "formas de expresión" de cada uno. Al tratarse de seres humanos, los datos que interesan son conceptos, per-

cepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias manifestadas en el lenguaje de los participantes, ya sea de manera individual, grupal o colectiva. Se recolectan con la finalidad de analizarlos y comprenderlos, y así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento.

Esta clase de datos es muy útil para capturar y entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano. Asimismo, no se reducen sólo a números para ser analizados estadísticamente (Savin-Baden y Major, 2013; Stake, 2010; Firmin, 2008; y Encyclopedia of evaluation, 2004), pues aunque a veces sí se efectúan conteos, no es tal el fin de los estudios cualitativos.

La **recolección de datos** ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis. En el caso de seres humanos, en su vida diaria: cómo hablan, en qué creen, qué sienten, cómo piensan, cómo interactúan, etcétera.

Recolección de datos Acopio de datos en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes o unidades de análisis.

Ahora bien, ¿cuál es el instrumento de recolección de los datos en el proceso cualitativo? Cuando en un curso se hace esta pregunta, la mayoría de los alumnos responden: son varios los instrumentos, como las entrevistas o los grupos de enfoque; lo cual es parcialmente cierto. Pero, la verdadera respuesta y que constituye una de las características fundamentales del proceso cualitativo es: **el propio investigador**. Sí, el investigador es quien, mediante diversos métodos o técnicas, recoge los datos (él es quien observa, entrevista, revisa documentos, conduce sesiones, etc.). No sólo analiza, sino que es el medio de obtención de la información. Por otro lado, en la indagación cualitativa los instrumentos no son estandarizados, sino que se trabaja con múltiples fuentes de datos, que pueden ser entrevistas, observaciones directas, documentos, material audiovisual, etc. Estas técnicas se revisarán más adelante. Además, recolecta datos de diferentes tipos: lenguaje escrito, verbal y no verbal, conductas observables e imágenes (Lichtman, 2013 y Morse, 2012). Su reto mayor consiste en introducirse al ambiente y mimetizarse con éste, pero también en captar lo que las unidades o casos expresan y adquirir una comprensión profunda del fenómeno estudiado.

¿Qué tipos de unidades de análisis pueden incluirse en el proceso cualitativo, además de las personas o casos? Lofland *et al.* (2005) proponen varias unidades de análisis, las cuales comentaremos brevemente. Hay que añadir que éstas van de lo microscópico a lo macroscópico, es decir, del nivel individual al social.

- *Significados*. Son los referentes lingüísticos que utilizan los actores humanos para aludir a la vida social como definiciones, ideologías o estereotipos. Los significados van más allá de la conducta y se describen e interpretan. Los significados compartidos por un grupo son reglas y normas.
- *Prácticas*. Es una unidad de análisis conductual que se refiere a una actividad continua, definida por los miembros de un sistema social como rutinaria. Por ejemplo, las prácticas de un profesor en el salón de clases.
- *Episodios*. Implican sucesos dramáticos y sobresalientes. Los divorcios, accidentes y otros eventos traumáticos se consideran episodios y sus efectos en las personas se analizan en diversos estudios. Llegan a involucrar a una pareja, familia, comunidad o a miles de personas, como sucedió el 11 de septiembre de 2001 con los ataques terroristas en Nueva York y Washington o el accidente del crucero *Costa Concordia*, en enero de 2012.
- *Encuentros*. Es una unidad dinámica y pequeña que se da entre dos o más personas de manera presencial. Generalmente sirve para completar una tarea o intercambiar información, y termina cuando las personas se separan. Por ejemplo, una consulta de un paciente con un médico.
- *Papeles o roles*. Son unidades articuladas conscientemente que definen en lo social a las personas. El papel sirve para que la gente organice y proporcione sentido o significado a sus prácticas. El estudio cualitativo de papeles es muy útil para desarrollar tipologías y entender los vínculos dentro de un grupo o colectividad.
- *Díadas*. Parejas que interactúan por un periodo prolongado o que se conectan por algún motivo y forman un vínculo. Adquieren diversas "tonalidades": íntimas, maritales, paternales, amistosas, impersonales, tiranas o burocráticas. Se analiza su origen, intensidad y procesos.

- *Grupos*. Representan conjuntos de personas que interactúan por un periodo extendido, que están ligados entre sí por una meta y que se consideran a sí mismos como una entidad. Las familias, las redes y los equipos de trabajo son ejemplos de esta unidad de análisis.
- *Organizaciones*. Son unidades formadas con fines colectivos. Su análisis suele centrarse en el origen, el control, las jerarquías y la cultura (valores, ritos y mitos).
- *Comunidades*. Se trata de asentamientos humanos en un territorio definido socialmente donde surgen organizaciones, grupos, relaciones, papeles, encuentros, episodios y actividades. Es el caso de un pequeño pueblo, un grupo religioso o una ciudad.
- *Subculturas*. Los medios de comunicación y las nuevas tecnologías favorecen la aparición de una nebulosa unidad social; por ejemplo, la "cibercultura" de internet o las subculturas alrededor de los grupos de rock. Las características de las subculturas son que contienen a una población grande y prácticamente "ilimitada", por lo que sus fronteras no siempre quedan definidas. Los verdaderos seguidores o "hinchas" de un equipo de fútbol son subculturas muy importantes.
- *Estilos de vida*. Son ajustes o conductas adaptativas que realiza un gran número de personas en una situación similar. Por ejemplo, estilos de vida adoptados por una clase social, por la ocupación de un sujeto o inclusive por sus adicciones.
- *Procesos*. Conjuntos de actividades, tareas o acciones que se realizan o suceden de manera sucesiva o simultánea con un fin determinado. Por ejemplo, de enseñanza-aprendizaje, manufactura de un producto o emigración de una especie animal.

Respecto a las anteriores unidades de análisis, el investigador se cuestiona: ¿de qué tipo se trata (qué clase de organizaciones, papeles, prácticas, estilos de vida y demás)? ¿Cuál es la estructura de esta unidad? ¿Cómo se presentan los episodios, los eventos, las interacciones, etc.? ¿Cuáles son las coyunturas y consecuencias de que ocurran? ¿En qué forma se vinculan entre sí diferentes tipos de unidades? Un ejemplo es la determinación de las consecuencias de un papel respecto de los significados, episodios o relaciones.

El papel del investigador en la recolección de los datos cualitativos

En la indagación cualitativa, los investigadores deben establecer formas inclusivas para descubrir las visiones múltiples de los participantes y adoptar papeles más personales e interactivos con ellos. El *investigador* debe ser sensible, genuino y abierto, y nunca olvidar por qué está en el contexto. Lo más difícil es crear lazos de amistad con los participantes y mantener al mismo tiempo una perspectiva interna y otra externa. En cada estudio debe considerar qué papel adopta, en qué condiciones lo hace e ir acoplándose a las circunstancias. Desde luego, toma una postura reflexiva y procura minimizar la influencia que sobre los participantes y el ambiente pudieran ejercer sus creencias, fundamentos o experiencias de vida asociadas con el problema de estudio (Grinnell y Unrau, 2007). Se trata de que no interfieran en la recolección de los datos para obtener la información de los individuos tal como la revelan.

Algunas recomendaciones que pueden hacerse al respecto son:

1. No inducir respuestas y comportamientos de los participantes.
2. Lograr que los participantes narren sus experiencias y puntos de vista sin enjuiciarlos ni criticarlos.
3. Tener varias fuentes de datos, personas distintas mediante métodos diferentes.
4. Recordar que cada cultura, grupo e individuo representa una realidad única. Por ejemplo, los hombres y las mujeres experimentan "el mundo" de manera distinta, los jóvenes urbanos y los campesinos construyen realidades diferentes, etc. Cada quien percibe el entorno social desde la perspectiva generada por sus creencias y tradiciones. Por ello, los testimonios de todos los individuos son importantes y el trato siempre es el mismo, respetuoso. No se puede ser sexista o racista.
5. No hablar de miedos o angustias ni preocupar a los participantes. Tampoco tratar de darles terapia, pues no es el papel del investigador; lo que sí puede hacer es solicitar la ayuda de profesionales y recomendar a los participantes que los consulten.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

6. Rechazar de manera prudente a quienes tengan comportamientos "machistas" o "impropios" con el investigador. No ceder a ninguna clase de chantaje.
7. Nunca poner en riesgo la seguridad personal ni la de los participantes.
8. Cuando son varios los investigadores, conviene efectuar reuniones para evaluar los avances y analizar si el ambiente o lugar, las unidades y la muestra son las adecuadas.
9. Leer y obtener la mayor información posible del lugar o contexto antes de adentrarnos en él.
10. Platicar frecuentemente con algunos participantes para conocer más a fondo dónde estamos ubicados y comprender su cotidianidad, además de lograr que acepten nuestra participación. Por ejemplo, en una comunidad conversaríamos con algunos vecinos, sacerdotes, médicos, profesores o autoridades; en una fábrica, con obreros, supervisores, personas que atienden el comedor, etcétera.
11. Participar en alguna actividad para acercarnos a las personas y lograr empatía.

El investigador debe lidiar con sus emociones: no negarlas, pues son fuentes de datos, pero debe evitar que influyan en los resultados, por esta razón es conveniente tomar notas personales.

Los datos se recolectan con métodos que también pueden cambiar con el transcurso del estudio. Veamos las principales herramientas del investigador cualitativo.

Observación

En la investigación cualitativa necesitamos estar entrenados para **observar**, que es diferente de ver (lo cual hacemos cotidianamente). Es una cuestión de grado. Y la "observación investigativa" no se limita al sentido de la vista, sino a todos los sentidos. Por ejemplo, si estamos en una iglesia (como la de San Juan Chamula descrita en el capítulo 12), prestar atención a lo que nos dice el "olor a pino, incienso y humo", lo mismo cuando "suena la campana" o se escuchan las plegarias.

3

Observación cualitativa No es mera contemplación ("sentarse a ver el mundo y tomar notas"); implica adentrarnos profundamente en situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones.

Los propósitos esenciales de la observación en la inducción cualitativa son:

a) Explorar y describir ambientes, comunidades, subculturas y los aspectos de la vida social, analizando sus significados y a los actores que la generan (Eddy, 2008; Patton, 2002; y Grinnell, 1997).
b) Comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones, experiencias o circunstancias, los eventos que suceden al paso del tiempo y los patrones que se desarrollan (Miles, Huberman y Saldaña, 2013; y Jorgensen, 1989).
c) Identificar problemas sociales (Daymon, 2010).
d) Generar hipótesis para futuros estudios.

Durante décadas, los zoólogos, naturalistas y etólogos han confiado en la observación para entender el comportamiento de ciertas especies de animales (Wells, 2010).

Con respecto a estos propósitos, ¿qué cuestiones son importantes para la observación? Aunque cada investigación es distinta, Angrosino y Rosenberg (2012), Willig (2008a), Anastas (2005), Rogers y Bouey (2005) y Esterberg (2002) proporcionan una idea de los elementos más específicos que podemos observar, además de las unidades que proponen Lofland *et al.* (2005).

- *Ambiente físico* (entorno): tamaño, distribución, señales, accesos, sitios con funciones centrales (iglesias, centros del poder político y económico, hospitales, mercados y otros), además, resultan muy importantes nuestras impresiones iniciales. Puede ser muy grande o pequeño, desde un quirófano, un arrecife de coral, una habitación; hasta un hospital, una fábrica, un barrio, una población o una megaciudad. Se recomienda elaborar un mapa del ambiente.
- *Ambiente social y humano*: formas de organización en grupos, patrones de vinculación (propósitos, redes, dirección de la comunicación, elementos verbales y no verbales, jerarquías y procesos de liderazgo, frecuencia de las interacciones). Características de los grupos y participantes (edades, orígenes étnicos, niveles socioeconómicos, ocupaciones, género, estados maritales, vestimenta, atuendos, etc.); actores clave; líderes y quienes toman decisiones; costumbres. Además de nuestras impresiones iniciales al respecto, es conveniente trazar un mapa de relaciones o redes.

- *Actividades* (acciones) *individuales y colectivas:* ¿qué hacen los participantes? ¿A qué se dedican? ¿Cuándo y cómo lo hacen? (desde el trabajo hasta el esparcimiento, el consumo, el uso de medios de comunicación, el castigo social, la religión, la inmigración y la emigración, los mitos y rituales, etc.). ¿Cuáles son los propósitos y las funciones de cada actividad?
- *Artefactos que utilizan* los participantes y funciones que cubren.
- *Hechos relevantes*, eventos e historias (ceremonias religiosas o paganas, desastres, guerras) ocurridas en el ambiente y a los individuos (pérdida de un ser querido, matrimonios, infidelidades y traiciones). Se pueden presentar en una cronología de sucesos o, en otro caso, ordenados por su importancia.
- *Retratos humanos* de los participantes.

Y ésta es una lista parcial. Desde luego, no todos los elementos se aplican a todos los estudios cualitativos. Los elementos se van convirtiendo en unidades de análisis; además, no se determinan de antemano, ya que surgen de la misma inmersión y observación. Así, seleccionamos las unidades de análisis (una o más, de acuerdo con los objetivos y preguntas de la investigación). A esto nos referimos al decir que la observación va enfocándose.

Ejemplo

Supongamos que decidimos analizar la relación entre pacientes con cáncer terminal y sus médicos para entender los lazos que se generan conforme se desarrolla la enfermedad, así como el significado que tiene la muerte para cada grupo. Elegimos un ambiente: un hospital de oncología en Valencia.

En la inmersión inicial observaríamos el hospital y su organización social (ambiente físico: qué tan grande es, cómo es su distribución, cómo son los pabellones, las salas de hospitalización, las estancias, el restaurante y demás espacios; su estructura organizacional —jerarquías—; su ambiente social: grupos, vínculos, quiénes son los líderes, costumbres, servicio al paciente y otros aspectos). Es necesario entender todo lo que rodea a la relación que nos interesa.

Posteriormente, la observación se centraría en la interacción del médico y el paciente. Como resultado de las observaciones en la inmersión, elegiríamos ciertos médicos y a sus pacientes. Para finalizar, podríamos seleccionar episodios de interacción y observarlos. La observación va enfocándose hasta llegar a las unidades vinculadas con el planteamiento inicial.

Un ejemplo de unidades de observación, después de que se fue enfocando el proceso, lo proporciona Morse (1999) en un estudio con pacientes que llegaban traumatizados y con evidentes muestras de dolor a la sala de urgencias. La investigación pretendió explorar el significado de "confortar" por parte de las enfermeras, considerando el contexto y el proceso en el que se reanimaba al individuo. Se observó —entre otras dimensiones— las estrategias verbales y no verbales que utilizaban las enfermeras, el tono y volumen de las conversaciones y las funciones que cumplía ese comportamiento. A continuación reproducimos un diálogo entre paciente y enfermera de dicho estudio.

Paciente:	aaaagh, aaagh (llorando).
Enfermera:	me voy a quedar junto a ti. ¿Está bien? (7:36). Me voy a quedar junto a ti hasta… ¿Está bien?
Paciente:	Ugh, ugh, ugh, ugh, ugh, ugh, ugh (llorando).
Enfermera:	ha sido mucho tiempo, querida. Yo lo sé, sé que duele.
Paciente:	ugh, ugh, ugh, ugh, ooooh (llorando).
Enfermera:	no llores, querida; yo sé, querida, yo sé… Está bien.
Paciente:	agh, agh, agh, aaaagh (llorando).
Enfermera:	está bien, querida. No llores (7:38).
Paciente:	aaah, aaah (llorando).
Enfermera:	oh, está bien; sé que duele, querida. Está bien, está bien.
Paciente:	agafooo (llorando).
Enfermera:	lo sé.
Paciente:	¡diles que ya paren! (llorando y gritando).
Enfermera:	necesitan detenerte las piernas hasta ahorita, querida. ¿Está bien? En un rato las van a dejar, ¿está bien? (7:40)… Necesitan tenerte las piernas derechas. Eres una niña grande…

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

> Es… es… es importante, ¿está bien? Voy a estar aquí contigo; voy a tomarte la mano. ¿Está bien? Tú me vas a tomar de la mano, ¡eh!

El anterior diálogo podría ser una unidad para analizar. Después de recolectar varias unidades, se analizan los datos que generan.

En el ejemplo, el ambiente natural y cotidiano es la sala de emergencias. También se ha reiterado que parte de la observación consiste en tomar notas para ir conociendo el contexto, sus unidades (participantes, cuando son personas) y las relaciones y eventos que ocurren, así como interpretarlas (Emerson, Fretz y Shaw, 1995).

Los formatos de observación

Durante la observación en la inmersión inicial podemos o no utilizar un formato. A veces, puede ser tan simple como una hoja dividida en dos: de un lado se registran las anotaciones descriptivas de la observación y del otro las interpretativas (Cuevas, 2009).

Conforme *avanza la inducción* podemos ir generando listados de elementos que no podemos dejar fuera y unidades que deben analizarse. Por ejemplo, al inicio de la investigación sobre la guerra cristera, los templos eran unidades de análisis que fueron observadas en su totalidad; cada área del recinto era visualizada con sumo cuidado. Después de observar algunas iglesias, se comenzó a buscar marcas o rastros de las acciones armadas[1] (orificios de bala en el exterior de las edificaciones y en el interior, daños provocados por proyectiles de cañones), así como evidencias de que fueron usadas como cuarteles (en algunos templos se encontraron marcas que indicaban que se habían utilizado como tales: huecos para sostener los maderos donde se ataban a los caballos, perímetros con vestigios de viejas caballerizas o bodegas para almacenar víveres).[2] Desde luego, las conjeturas sobre lo observado se confirmaban en las entrevistas con los supervivientes. También se observaba si había imágenes religiosas de la época y a quiénes representaban.

Otro caso sería el de evaluar cómo se atiende a los clientes, después de observar con profundidad el ambiente y varios casos; de este modo, podemos determinar cuestiones en las cuales nos tenemos que enfocar: condición en que llega el cliente (malhumorado, contento, muy enojado, tranquilo, etc.), quién o quiénes lo reciben y atienden, cómo lo tratan (con cortesía, de forma grosera, con indiferencia), qué estrategias utilizan para proporcionarle servicio, etc. El planteamiento del problema (y su evolución) ciertamente nos ayuda a particularizar las observaciones. Día con día, el investigador decide qué es conveniente observar o qué otras formas de recolección de los datos es necesario aplicar para obtener más datos, pero siempre con la mente abierta a nuevas unidades y temáticas.

Después de la inmersión inicial y de que sabemos en qué elementos enfocarnos, se pueden diseñar ciertos formatos de observación. A continuación veremos un ejemplo. Cabe señalar que se presenta con comentarios y datos. En el capítulo 13 adicional del centro de recursos el línea ("Profundización en temáticas de la investigación cualitativa"), el lector podrá encontrar otros ejemplos de formatos de observación.

Centro de recursos en línea

Ejemplo

Guía de observación para el inicio del estudio sobre la moda y la mujer mexicana

Un estudio (que será presentado como ejemplo de investigación mixta) sobre la moda y la mujer mexicana (Costa y Hernández-Sampieri, 2002), cuya indagación pretendía —entre otras cuestiones— conocer el concepto de la moda entre las mujeres mexicanas y cómo lo vinculaban a una gran cadena de tiendas departamentales. Se inició inductivamente. Primero se realizó una inmersión en el ambiente (en este caso, los

[1] Desde la guerra cristera de 1926 a 1929 y la segunda Cristiada, no ha habido ningún conflicto armado que comprenda a la población, por lo que se asumió que las marcas eran de dichas guerras. Un análisis que relaciona el tipo de rastro con el arma puede ayudar, pero cabe señalar que el armamento cristero lo siguen utilizando algunos campesinos.

[2] En el capítulo 12 se mostró una fotografía de ejemplo de tales marcas.

departamentos o secciones de ropa para damas adultas y adolescentes de las tiendas de la cadena en cuestión). Después se observó, de manera abierta durante una semana, la conducta de compra de distintas mujeres en tales secciones. De esta observación (que evidentemente no se guiaba por un formulario o formato) se precisaron algunos elementos que deberían considerarse y se elaboró una guía de observación, para continuar con más observaciones enfocadas.

Fecha: 6/VIII/02
Lugar: tienda de Cuernavaca.
Observador: RGA **Hora de inicio:** 11:20 **Hora de terminación:** 13:30
Episodio: desde que la cliente ingresa al área de ropa y accesorios para mujeres y hasta que sale.

Sección a la que se dirige primero: ropa casual (cómoda).
Prendas y marcas de ropa que elige ver: vestidos (Marcia, Rocío, Valente), blusas (Rocío, Clareborma). Colores de los vestidos: blanco, azul marino, negro. Colores de las blusas: blanco y azul marino.
Prendas y marcas de ropa que decide probarse: vestido (Rocío) y blusas (Clareborma). Colores de los vestidos: blanco y azul marino. Colores de las blusas: blanco y azul marino.
Prendas y marcas de ropa que decide comprar: vestido (Rocío) color blanco.
Tiempo de estancia en la sección: 60 minutos.

Sección a la que se dirige después (segundo lugar): vestidos de noche (para fiesta).
Prendas y marcas de ropa que decide ver: vestidos de seda negra (Rocío).
Prendas y marcas de ropa que decide probarse: ninguna.
Prendas y marcas de ropa que decide comprar: ninguna.
Tiempo de estancia en la sección: 30 minutos.

Sección a la que se dirige en tercer lugar: accesorios para dama.
Prendas y marcas de ropa que decide ver: brazaletes de fantasía dorados (Riggi), relojes negros (Moss) y bufandas negras, cuadros verdes y azules (La Escocesa y Abril).
Prendas y marcas de ropa que decide probarse: bufanda negra (Abril).
Prendas y marcas de ropa que decide comprar: bufanda de cuadros verdes y azules (La Escocesa).
Tiempo de estancia en la sección: 40 minutos.

Sección a la que se dirige en cuarto lugar:
Etcétera.

Descripción de la experiencia de compra: la mujer entró al área seria, con expresión adusta, sin dirigir su atención a ninguna persona y sin mirar nada en especial. Iba vestida con ropa casual informal, con la falda hasta el tobillo. Su ropa en tonos café, al igual que su bolso. Al ver un maniquí con la nueva colección de trajes de baño (verde fosforescente) se detuvo a mirarlo (le llamó la atención) y sonrió, dejando atrás su actitud seria; cambió su humor, se relajó y al estar en la sección de ropa casual se mostró alegre y entretenida. Así se mantuvo durante toda su estancia en el área de ropa y accesorios para mujeres.
Experiencia de compra: satisfactoria, pues no mostró ninguna molestia y sonrió durante toda su estancia; estuvo alegre y contenta, y fue amable con el personal que la atendió. Sus ojos se "abrían" cuando una prenda o un artículo le agradaba.
Quejas: Ninguna.
Felicitaciones al personal o comentarios positivos: le comentó a una dependienta: "Hoy aquí me cambiaron el día".

Acudió: ☑ Sola ☐ Acompañada de: _____

Observaciones: le llamaron la atención los maniquíes con trajes de baño y los aparadores (vitrinas) con los relojes. Pagó con tarjeta de crédito y salió contenta con sus compras; incluso se despidió del guardia de la puerta de salida.
Nivel socioeconómico aparente de la clienta: A/B (media alta).
Edad aproximada: 48 años.

Nota: Las marcas reales han sido sustituidas por nombres ficticios.

Por supuesto, un formato así se logra después de efectuar varias observaciones abiertas.

Papel del observador cualitativo

Ya se mencionó que el observador tiene un papel activo en la indagación, pero puede asumir diferentes niveles de participación, los cuales se muestran en la tabla 14. 1.

Tabla 14.1 Papeles del observador

No participación	Participación pasiva	Participación moderada	Participación activa	Participación completa
Por ejemplo: cuando se observan videos.	Está presente el observador, pero no interactúa.	Participa en algunas actividades, pero no en todas.	Participa en la mayoría de las actividades; sin embargo, no se mezcla completamente con los participantes, sigue siendo ante todo un observador.	Se mezcla totalmente, el observador es un participante más.

Los papeles que permiten mayor entendimiento del punto de vista interno son la participación activa y la completa, pero también pueden generar que se pierda el enfoque como **observador**. Es un balance muy difícil de lograr y las circunstancias nos indicarán cuál es el papel más apropiado en cada estudio. Mertens (2010) recomienda contar con varios observadores para evitar sesgos personales y tener distintas perspectivas.

Los periodos de la observación cualitativa son abiertos (Anastas, 2005 y Jorgensen, 1989). La observación es formativa y constituye el único medio que se utiliza siempre en todo estudio cualitativo. Podemos decidir hacer entrevistas o sesiones de enfoque, pero no podemos prescindir de la observación.

Un buen observador cualitativo
Necesita saber escuchar y utilizar todos los sentidos, poner atención a los detalles, poseer habilidades para descifrar y comprender conductas, ser reflexivo y flexible para cambiar el centro de atención, si es necesario.

Entrevistas

La *entrevista cualitativa* es más íntima, flexible y abierta que la cuantitativa (Savin-Baden y Major, 2013; y King y Horrocks, 2010). Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En el último caso podría ser tal vez una pareja o un grupo pequeño como una familia o un equipo de manufactura. En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998).

Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas (Ryen, 2013; y Grinnell y Unrau, 2011). En las primeras, el entrevistador realiza su labor siguiendo una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué cuestiones se preguntarán y en qué orden). Las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información. Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla.

Regularmente en la investigación cualitativa, las primeras entrevistas son abiertas y de tipo "piloto", y van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo. Regularmente el propio investigador conduce las entrevistas.

Las entrevistas, como herramientas para recolectar datos cualitativos, se emplean cuando el problema de estudio no se puede observar o es muy difícil hacerlo por ética o complejidad (por ejemplo, la investigación de formas de depresión o la violencia en el hogar).

En el capítulo 9 se comentaron las entrevistas cuantitativas. Ahora, con los mismos elementos comentaremos las características de las entrevistas cualitativas:[3]

1. El principio y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso las entrevistas pueden efectuarse en varias etapas. Es flexible.
2. Las preguntas y el orden en que se hacen se adecuan a los participantes.
3. La entrevista cualitativa es en buena medida anecdótica y tiene un carácter más amistoso.
4. El entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y la dirección de la entrevista.

[3] Basadas en Seidman (2013), Hernández-Sampieri *et al.* (2013), Cuevas (2009), Willig (2008b), y Rogers y Bouey (2005).

La entrevista cuantitativa se centra en el instrumento y la cualitativa se enfoca en la interacción.

5. El contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados.
6. El entrevistador ajusta su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado.
7. Las preguntas son abiertas y neutrales, ya que pretenden obtener perspectivas, experiencias y opiniones detalladas de los participantes en su propio lenguaje.

Tipos de preguntas en las entrevistas

Hablaremos de dos tipologías sobre las preguntas: la primera de Grinnell, Williams y Unrau (2009), que aplica a entrevistas en general (cuantitativas y cualitativas) y se ejemplifica en la tabla 14.2. La segunda es más propia de entrevistas cualitativas.

Tabla 14.2 Clases de preguntas en entrevistas en general

Clase	Características	Ejemplos
*Preguntas generales (*gran tour*)*	Parten de planteamientos globales para dirigirse al tema que interesa. Propias de entrevistas abiertas.	¿Qué opina de la violencia familiar? ¿Cuáles son sus metas en la vida? ¿Cómo ve usted la economía del país? ¿Cómo es la vida aquí en Barranquilla?
Preguntas para ejemplificar	Sirven como disparadores para exploraciones más profundas. Se le solicita al entrevistado que proporcione un ejemplo de evento, suceso o categoría.	Usted ha comentado que la atención médica es pésima en este hospital, ¿podría proporcionarme un ejemplo? ¿Qué personajes históricos han tenido metas claras en su vida? ¿Qué situaciones le generaban ansiedad en la guerra cristera?
Preguntas de estructura o estructurales	El entrevistador solicita al entrevistado una lista de conceptos a manera de conjunto o categorías.	¿Qué tipos de drogas se venden más en este barrio? ¿Qué clase de problemas tuvo al construir este puente? ¿Qué elementos toma en cuenta para decir que la ropa de una tienda departamental tiene buena calidad?
Preguntas de contraste	Al entrevistado se le cuestiona sobre similitudes y diferencias respecto a ciertos temas y se le pide que clasifique símbolos en categorías.	Hay personas a las que les gusta que los dependientes de la tienda se mantengan cerca y al tanto de sus necesidades, mientras que otros quieren que se presenten solamente si se les solicita, ¿usted qué prefiere? ¿Cómo es el trato que recibe de las enfermeras del turno matutino, en comparación con el trato de las enfermeras del turno nocturno? ¿Qué semejanzas y diferencias encuentra?

Mertens (2010) clasifica las preguntas en seis tipos, los cuales se ejemplifican a continuación:

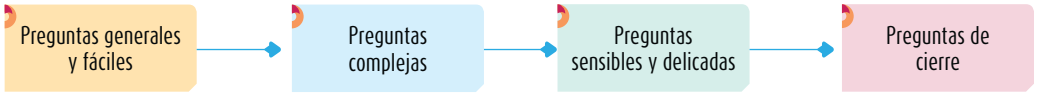
1. *De opinión*: ¿considera usted que haya corrupción en el actual gobierno de…? Desde su punto de vista, ¿cuál cree que es el problema en este caso…? ¿Qué piensa de esto…?
2. *De expresión de sentimientos*: ¿cómo se siente con respecto al alcoholismo de su esposo? ¿Cómo describiría lo que experimenta sobre…?
3. *De conocimientos*: ¿cuáles son los candidatos a ocupar la alcaldía de…? ¿Qué sabe usted de las causas que provocaron el alcoholismo de su esposo?
4. *Sensitivas* (relativas a los sentidos): ¿qué género de música le gusta escuchar más cuando se encuentra estresado? ¿Qué vio en la escena del crimen?
5. *De antecedentes*: ¿cuánto tiempo participó en la guerra cristera? ¿Después de su primer alumbramiento sufrió depresión posparto?
6. *De simulación*: suponga que usted es el alcalde de…, ¿cuál sería el principal problema que intentaría resolver?

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Recomendaciones para realizar entrevistas[4]

- El propósito de las entrevistas es obtener respuestas en el lenguaje y perspectiva del entrevistado ("en sus propias palabras"). El entrevistador debe escucharlo con atención e interesarse por el contenido y la narrativa de cada respuesta.
- Lograr espontaneidad y amplitud de respuestas, así como que el entrevistado se relaje. Evitar que el participante sienta que la entrevista es un interrogatorio.
- Es muy importante que el entrevistador genere un clima de confianza con el entrevistado y cultive la empatía (*rapport*). Se recomienda que el entrevistador hable algo de sí mismo para lograrlo. Hay temas en los que un perfil es mejor que otro. Por ejemplo, si la entrevista es sobre la depresión posparto, resulta muy obvio que una mujer es más adecuada para la tarea. Gochros (2005) señala que, de preferencia, no debe haber una gran diferencia de edad, origen étnico o religión entre entrevistador y entrevistado.
- No preguntar de manera tendenciosa ni induciendo la respuesta. Un error consiste en hacer preguntas que inducen respuestas en cuestionamientos posteriores. Por ejemplo: ¿considera que la mayoría de los matrimonios son felices? ¿Es usted feliz en su matrimonio? ¿Piensa que su matrimonio es como el de la mayoría? La secuencia induce respuestas y genera confusión. Es mejor preguntar: ¿cómo se siente en su matrimonio? ¿Qué lo hace feliz de su matrimonio?, y dejar que la persona se explaye.
- No se deben utilizar calificativos. Por ejemplo: ¿la huelga de los trabajadores está saliéndose de control?, es una pregunta prejuiciosa. En todo caso es mejor: ¿cuál es el estado actual en que se encuentra la huelga?
- Escuchar activamente, pedir ejemplos y hacer una sola pregunta a la vez.
- Debemos evitar elementos que obstruyan la conversación, como el timbre del teléfono, el ruido de la calle, las interrupciones de terceros, el sonido de un aparato, etc. No interrumpir al entrevistado, sino guiarlo con discreción.
- No brincar "abruptamente" de un tema a otro, aun en las entrevistas no estructuradas, ya que si el entrevistado se enfocó en un tema, no hay que perderlo, sino profundizar en el asunto.
- Siempre informar al entrevistado sobre el propósito de la entrevista y el uso que se le dará. Incluso a veces resulta conveniente leer primero todas las preguntas.
- La entrevista debe ser un diálogo y resulta importante dejar que fluya el punto de vista único y profundo del entrevistado. El tono tiene que ser espontáneo, tentativo, cuidadoso y con cierto aire de "curiosidad" por parte del entrevistador. Nunca incomodar al entrevistado o invadir su privacidad. Evite sarcasmos y si se equivoca, admítalo.
- Normalmente se efectúan primero las preguntas generales. Un orden que podemos sugerir es el que se muestra en la figura 14.2.

Figura 14.2 Orden de formulación sugerido de las preguntas en una entrevista cualitativa.



- El entrevistador tiene que demostrar interés en las reacciones del entrevistado y pedirle que señale ambigüedades, confusiones y opiniones no incluidas.
- Cuando al entrevistado no le quede clara una pregunta, es recomendable repetirla; del mismo modo, en caso de que el entrevistador no entienda una respuesta, es conveniente que le pida al entrevistado que la repita, para verificar que no haya errores de comprensión. Cuando las respuestas están incompletas pueden hacerse pausas para sugerir que falta profundidad o hacer preguntas

[4] Algunas adaptadas de Rubin y Rubin (2012), Persaud (2010), Currivan (2008), Fowler (2002) y Esterberg (2002).

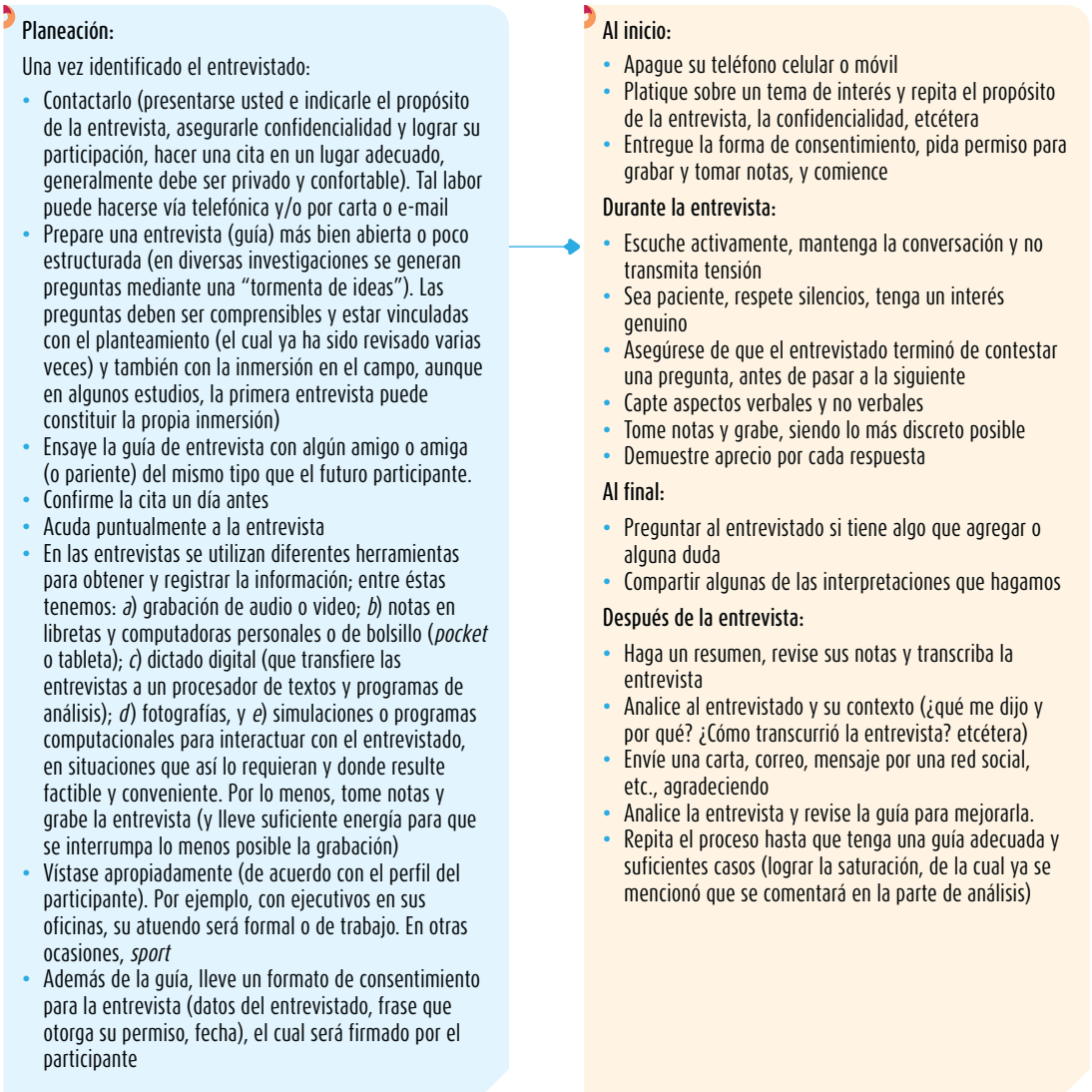
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

y comentarios de ampliación (por ejemplo: dígame más, ¿qué quiere decir? ¿Lo cual significa que…?)
- El entrevistador debe estar preparado para lidiar con emociones y exabruptos. Si expresamos comentarios solidarios, debemos hacerlo de manera auténtica.
- Cada entrevista es única y crucial, y su duración debe mantener un equilibrio entre obtener la información de interés y no cansar al entrevistado.
- Siempre demostrar la legitimidad, seriedad e importancia del estudio y la entrevista.
- El entrevistado debe tener siempre la posibilidad de hacer preguntas y disipar sus dudas. Es importante hacérselo saber.

Partes en la entrevista cualitativa (y más recomendaciones)

Ahora, en la figura 14.3 vamos a hablar de recomendaciones de acuerdo con la secuencia más común de una entrevista, aunque recordemos que cada una es una experiencia de diálogo única y no hay estandarización.

Figura 14.3 Esquema sugerido de entrevista cualitativa (con más recomendaciones).



A continuación mostramos un ejemplo de una guía o protocolo de entrevista semiestructurada que se empleó en varios países latinoamericanos con ejecutivos medios (supervisores, coordinadores, jefes de área y gerentes) en los estudios sobre el clima laboral en empresas medianas:

Ejemplo

Guía de entrevista sobre el clima laboral

Fecha: _____ Hora: _____
Lugar (ciudad y sitio específico): _____

Entrevistador:
Entrevistado (nombre, edad, género, puesto, dirección, gerencia o departamento):

Introducción
Descripción general del proyecto (propósito, participantes elegidos, motivo por el cual fueron seleccionados, utilización de los datos).

Características de la entrevista
Confidencialidad, duración aproximada.

Preguntas

1. ¿Qué opina de esta empresa?
2. ¿Cómo se siente trabajando en esta empresa?
3. ¿Cómo se siente en cuanto a su motivación en el trabajo?
4. ¿Cómo es la relación que tiene con su superior inmediato o jefe?
5. ¿Qué tan orgulloso se siente de trabajar aquí en esta empresa?
6. ¿Qué tan satisfecho está en esta empresa? ¿Por qué?
7. Si compara el trabajo que realiza en esta empresa con trabajos anteriores, ¿en cuál se sintió mejor? ¿Por qué?
8. Si le ofrecieran empleo en otra empresa, pagándole lo mismo, ¿cambiaría de trabajo?
9. ¿Cómo es la relación que tiene con sus compañeros de trabajo? ¿Podría describirla?
10. ¿Qué le gusta y qué no le gusta de su trabajo en esta empresa?
11. ¿Cómo ve su futuro en esta empresa?
12. Si estuviera frente a los dueños de esta empresa, ¿qué les diría? ¿Qué no funciona bien? ¿Qué se puede mejorar?
13. ¿Qué opinan sus compañeros de trabajo de la empresa? ¿Qué tan motivados están?
14. ¿Qué les gustaría cambiar a ellos?

Observaciones:
Dé las gracias e insista en la confidencialidad y la posibilidad de participaciones futuras.

En el ejemplo de la **entrevista** sobre el clima laboral, el entrevistador, según el curso que siga la interacción, tiene libertad para ahondar en las respuestas (agregando la frase "¿por qué?" y otras preguntas que complementen la información).

Entrevista cualitativa Pueden hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etcétera.

Para diseñar la guía de temas es necesario tomar en cuenta aspectos prácticos, éticos y teóricos. Los prácticos tienen que ver con que debe buscarse que la entrevista capte y mantenga la atención del participante. Los éticos en el sentido de que el investigador debe reflexionar sobre las posibles consecuencias que tendría que el participante hable de ciertos temas. Y los teóricos en cuanto a que la guía de entrevista tiene la finalidad de obtener la información necesaria para responder al planteamiento. Asimismo, debemos tener en mente que la cantidad de preguntas está relacionada con la extensión que se busca en la entrevista. Se incluyen sólo las preguntas o frases detonantes necesarias y es recomendable redactar varias formas de plantear la misma pregunta, para tenerlas como alternativa en caso de que no se entienda.

Paradójicamente, en ocasiones nos puede interesar cierta unidad de análisis, pero las entrevistas no las hacemos con el ser humano que la representa, sino con personas de su entorno. El siguiente caso es un ejemplo y consideramos que habla por sí mismo.

Ejemplo[5]

Por cada 100 000 nacidos vivos en Indonesia, se calcula que mueren hasta 400 mujeres. Se cree que en algunas regiones del país —incluida la provincia de Java Occidental—, las tasas de mortalidad materna son todavía más elevadas.

¿Se puede reducir allí la mortalidad materna mediante el cambio de comportamiento individual? Si es posible, ¿cómo se puede hacer? ¿Pueden los organismos públicos locales y los servicios de salud poner en práctica alguna política, capacitación o presupuestación, o cambiar los procedimientos para prevenir las defunciones maternas?

Para responder a esas preguntas, los investigadores del Centro de Investigaciones de Salud de la Universidad de Indonesia emplearon métodos de investigación cualitativa para entender mejor las experiencias de 63 mujeres procedentes de regiones geográficamente diversas de Java Occidental, que habían experimentado urgencias obstétricas —53 de ellas mortales— en 1994 y 1995. Mediante una técnica innovadora de recopilación de datos cualitativos llamada "Rashomon", los investigadores realizaron entrevistas a fondo con un promedio de seis testigos de las emergencias, entre ellos familiares, vecinos, funcionarios municipales, asistentes tradicionales de partos y personal de atención de salud. Los testigos compartieron sus observaciones e interpretaciones de las causas del resultado obstétrico. Luego, se compararon sus relatos detallados para hacer un resumen de las circunstancias en torno al acontecimiento.

Por último, esos relatos se unieron a las pruebas; a saber, historiales clínicos, informes policiales, certificados de defunción y otros documentos. Con base en toda esa información, los médicos e investigadores evaluaron la causa de la muerte y cómo se podía evitar en el futuro.

Finalmente, incluimos un formato para evaluar las entrevistas cualitativas realizadas (tabla 14.3), basado en Creswell (2005).

Tabla 14.3 Sugerencia de formato para evaluar la entrevista

1. ¿El ambiente físico de la entrevista fue el adecuado? (quieto, confortable, sin molestias).
2. ¿La entrevista fue interrumpida?, ¿con qué frecuencia?, ¿afectaron las interrupciones el curso de la entrevista, la profundidad y la cobertura de las preguntas?
3. ¿El ritmo de la entrevista fue adecuado al entrevistado o la entrevistada?
4. ¿Funcionó la guía de entrevista?, ¿se hicieron todas las preguntas?, ¿se obtuvieron los datos necesarios?, ¿qué puede mejorarse de la guía?
5. ¿Qué datos no contemplados originalmente emanaron de la entrevista?
6. ¿El entrevistado se mostró honesto y abierto en sus respuestas?
7. ¿El equipo de grabación funcionó adecuadamente?, ¿se grabó toda la entrevista?
8. ¿Evitó influir en las respuestas del entrevistado?, ¿lo logró?, ¿se introdujeron sesgos?
9. ¿Las últimas preguntas fueron contestadas con la misma profundidad de las primeras?
10. ¿Su comportamiento con el entrevistado o la entrevistada fue cortés y amable?
11. ¿El entrevistado se molestó, se enojó o tuvo alguna otra reacción emocional significativa?, ¿cuál?, ¿afectó esto la entrevista?, ¿cómo?
12. ¿Fue un entrevistador activo?
13. ¿Estuvo presente alguien más aparte de usted y el entrevistado?, ¿esto afectó?, ¿de qué manera?

Con las nuevas tecnologías de comunicación las entrevistas personales también pueden llevarse a cabo por internet (por ejemplo, usando Skype, su red social favorita u otros sistemas para videollamadas o conferencias virtuales).

Sesiones en profundidad o grupos de enfoque

En los grupos de enfoque existe un interés por parte del investigador por cómo los individuos forman un esquema o perspectiva de un problema a través de la interacción.

Un método de recolección de datos cuya popularidad ha crecido son los **grupos de enfoque**. Algunos autores los consideran como una especie de entrevistas grupales, las cuales consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan a profundidad en torno a uno o varios temas

[5] Ejemplo tomado de Iskandar *et al.* (1996), "Elementos clave para reducir la mortalidad materna: se investigan las circunstancias de las defunciones maternas en Indonesia", *FHI: Boletín Trimestral de Salud: Network en Español*: 2002, vol. 22, núm. 2, p. 1.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

en un ambiente relajado e informal bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009j; y Krueger, 2004). Más allá de hacer la misma pregunta a varios participantes, su objetivo es generar y analizar la interacción ente ellos y cómo se construyen grupalmente significados (Morgan, 2008; y Barbour, 2007). Los grupos de enfoque se utilizan en la investigación cualitativa en todos los campos del conocimiento. A continuación se desarrollará un enfoque general para cualquier disciplina.

Creswell (2005) indica que el tamaño de los grupos varía dependiendo del tema: tres a cinco personas cuando se expresan emociones profundas o temas complejos y de seis a 10 participantes si las cuestiones versan sobre asuntos más cotidianos, aunque en las sesiones no debe excederse de un número manejable de individuos. El formato y naturaleza de la sesión o sesiones depende del objetivo y las características de los participantes y del planteamiento del problema (Hennink y Leavy, 2013; y Krueger y Casey, 2008).

En un estudio de esta naturaleza es posible tener un grupo con una sesión única, varios grupos que participen en una sesión cada uno, un grupo que intervenga en dos, tres o más sesiones, o varios grupos que participen en múltiples sesiones. En general, es difícil decidir de antemano el número de grupos y sesiones; normalmente se piensa en una aproximación, pero la evolución del trabajo con el grupo o los grupos es lo que nos va indicando cuándo "es suficiente" (una vez más, la "saturación" de información, que implica que tenemos los datos que requerimos, desempeña un papel crucial, además de los recursos que dispongamos).

En esta técnica de recolección de datos, la unidad de análisis es el grupo (lo que expresa y construye) y tiene su origen en las dinámicas grupales, muy socorridas en la psicología. El formato de las sesiones es parecido al de una reunión de alcohólicos anónimos o a grupos de crecimiento en el desarrollo humano. Se reúne a un grupo de personas para trabajar con los conceptos, las experiencias, emociones, creencias, categorías, sucesos o los temas que interesan en el planteamiento de la investigación. El centro de atención es la narrativa colectiva (Ellis, 2008), a diferencia de las entrevistas, en las que se busca explorar detalladamente las narrativas individuales.

Los grupos de enfoque son positivos cuando todos los miembros intervienen y se evita que uno de los participantes guíe la discusión. Algunos ejemplos se muestran en la tabla 14.4.

Tabla 14.4 Ejemplos de estudios con grupos de enfoque

Estudio	Grupo o grupos de enfoque
Hundley y Shyles (2010) llevaron a cabo un estudio para comprender qué piensan los adolescentes sobre sus dispositivos digitales (celulares, videojuegos e internet) y el lugar que ocupan en su vida.	Ochenta estudiantes de secundaria de las costas Este y Oeste de Estados Unidos, distribuidos en 11 grupos de enfoque y cuyas edades fluctuaron entre los 12 y 16 años.
Mkandawire-Valhmu y Stevens (2010) emprendieron una investigación para entender la problemática de mujeres diagnosticadas con VIH de zonas pobres de Malawi, África.	Se reclutaron 72 mujeres diagnosticadas con sida en cuatro clínicas de tratamiento antirretroviral (tres rurales y una urbana), para participar en 12 grupos focales.
Cooper y Yarbrough (2010) efectuaron un estudio para conocer las condiciones sanitarias en zonas rurales de Guatemala, en dos fases: la primera usando grupos de enfoque y la segunda mediante fotovoz.	Un grupo de enfoque con 15 comadronas de 11 villas rurales, cuyas edades oscilaron entre los 27 y los 81 años (con experiencia como comadronas de entre dos y 68 años).
Duits y van Romondt (2009) analizaron cómo se identifican las niñas con celebridades de su mismo género y cómo influyen en su vida.	Seis grupos de enfoque conformados por niñas holandesas de 12 y 13 años (n = 21, los grupos variaron de dos a seis participantes).
Ruppenthal, Tuck y Gagnon (2005) realizaron una investigación para validar culturalmente cuestionarios y formas de consentimiento preparados en 11 idiomas, para poderlos aplicar a inmigrantes que llegan a Canadá.	Se reclutaron 13 mujeres (inmigrantes, refugiadas, asiladas y estudiantes internacionales), de las cuales 11 participaron en tres sesiones de cuatro horas. Los idiomas fueron: español, mandarín, cantonés, francés, árabe, ruso, tamil, punjabi, urdu, darí (persa) e inglés.

Asimismo, se han formado grupos de enfoque para comprender las experiencias de toda clase de enfermos en diferentes tratamientos médicos, evaluar los problemas en la atención a pacientes de un hospital, diseñar mejores prácticas de manufactura, optimizar un proceso de producción, entender los motivos por los cuales mujeres maltratadas por sus esposos, mantienen sin embargo la relación; conocer la manera en que se aplican modelos de enseñanza, profundizar en las percepciones sobre un nuevo producto, etcétera.[6]

Es importante que el moderador de las sesiones esté facultado para organizar y conducir de manera eficiente estos grupos y lograr los resultados esperados; de ese modo, manejar las emociones cuando surjan y obtener significados de los participantes en su propio lenguaje, además de ser capaz de alcanzar un alto nivel de profundización. El guía debe estimular la participación de todas las personas, evitar agresiones y lograr que todos tomen su turno para expresarse.

Con respecto a la conformación de los grupos, si deben ser homogéneos o heterogéneos, el planteamiento del problema y el trabajo de campo indicarán cuál composición es la más adecuada.

Pasos para realizar las sesiones de grupo

1. Se determina un número provisional de grupos y sesiones que habrán de realizarse (y como se mencionó, tal número se puede acortar o alargar de acuerdo con el desarrollo del estudio).
2. Se define el tipo tentativo de personas que habrán de participar en la sesión o sesiones. Regularmente, durante la inmersión el investigador se percata del perfil de los individuos adecuados para los grupos; pero también el perfil puede modificarse si la investigación lo requiere. Algunos ejemplos de perfiles son:
   - Jóvenes drogadictos entre los 16 y 19 años de cierto barrio de una ciudad.
   - Mujeres limeñas de 45 a 60 años divorciadas recientemente (hace un año o menos) de nivel económico alto (A).
   - Pacientes terminales de cáncer que no tengan familia, que sean mayores de 70 años y estén en hospitales públicos (gubernamentales) de una ciudad, etcétera.
3. Se detectan personas del tipo elegido y se les invita a las sesiones.
4. Se organiza la sesión o sesiones en un lugar confortable, silencioso y aislado. Los participantes deben sentirse tranquilos y relajados. Asimismo, es indispensable planear lo que se va a tratar en cada sesión (preparar una agenda) y asegurar los detalles (aun cuestiones sencillas, como servir café y refrescos; no hay que olvidarse de colocar identificadores con el nombre de cada participante o etiquetas pegadas a la ropa).
5. Se lleva a cabo cada sesión. El moderador tiene que crear un clima de confianza entre los participantes. También, debe ser un individuo paciente y que no sea percibido como "distante" por ellos y que propicie la intervención ordenada y la interacción entre todos. Durante la sesión se pueden solicitar opiniones, hacer preguntas, administrar cuestionarios, discutir casos, intercambiar puntos de vista y valorar diversos aspectos. Es necesario que cada sesión se grabe en audio o video (es mucho más recomendable esta segunda opción, porque así se dispone de mayor evidencia no verbal en las interacciones, como gestos, posturas corporales o expresiones por medio de las manos) y después realizar análisis de contenido y observación. El conductor debe tener muy en claro la información o los datos que habrán de recolectarse y debe evitar desviaciones del objetivo planteado, aunque tendrá que ser flexible.
6. Se elabora el reporte de la sesión, el cual incluye principalmente:
   - Datos sobre los participantes (edad, género, nivel educativo y todo aquello que sea relevante para el estudio).
   - Fecha y duración de la sesión (hora de inicio y terminación).

[6] El lector encontrará más ejemplos y aplicaciones en el capítulo 13 adicional, "Profundización en temáticas de la investigación cualitativa" que puede descargarse del centro de recursos en línea.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

- Información completa del desarrollo de la sesión, actitud y comportamiento de los participantes hacia el moderador y la sesión en sí, resultados de la sesión.
- Observaciones del conductor, así como una bitácora de la sesión. Es prácticamente imposible que el guía tome notas durante la sesión, por lo que éstas pueden ser elaboradas por otro investigador.

La agenda de **cada sesión** tiene que estructurarse con cuidado para señalar las actividades principales, aunque es también una herramienta flexible. La tabla 14.5 es un ejemplo de agenda.

Grabar cada sesión es fundamental; por ello, es recomendable usar equipos de última generación.

Tabla 14.5 Agenda de una sesión en profundidad o de enfoque

Fecha: Horario: Hora	Número de sesión: Facilitador (conductor): Actividad
9:00	Revisar el salón (Francis Barrios)
9:10	Instalar el equipo de video (filmación) (Guadalupe Riojas)
9:30	Probar equipos (incluyendo micrófonos) (Guadalupe Riojas)
9:45	Verificar servicio de café (Francis Barrios)
10:00	Verificar disponibilidad de estacionamiento para participantes (Francis Barrios)
10:15	Recibir a participantes (todos)
10:30	Iniciar la sesión: René Fujiyama. Observadora: Talía Ramírez
12:00	Concluir la sesión: René Fujiyama
12:15	Entregar obsequios a los participantes (Francis Barrios)
12:30	Revisión de notas, grabación en audio y video (René Fujiyama y Talía Ramírez)
13:30	Llevar el equipo (Guadalupe Riojas)

Se acostumbra que a los participantes se les pague o se les entregue un obsequio (vales de despensa, perfume, entradas para el cine, vale para una cena en un restaurante elegante, etc., según sea el caso).

La guía de los temas (al igual que en el caso de las entrevistas) puede ser estructurada, semiestructurada o abierta. En la estructurada los temas son específicos y el margen para salirse de éstos es mínimo; en la semiestructurada se presentan temas que deben tratarse, aunque el moderador tiene libertad para incorporar nuevos que surjan durante la sesión, e incluso alterar parte del orden en que se tratan; finalmente, en la abierta se plantean puntos generales para cubrirse con libertad durante la sesión.

De acuerdo con Carey, Asbury y Tolich (2012), así como Barbour (2007), las guías temáticas son breves, con pocas preguntas o frases detonantes. La aparente brevedad de la guía tiene detrás un trabajo minucioso de selección y formulación de las preguntas que fomenten más la interacción y profundización en las respuestas. Al diseñar la guía, el investigador debe anticiparse a las posibles respuestas y reacciones de los participantes para optimizar la sesión.

Se muestra un ejemplo de guía de temas que se utilizó en el ya mencionado estudio sobre la moda y la mujer mexicana (Costa y Hernández-Sampieri, 2002). Como se ha comentado, la investigación implicó: inmersión inicial en el campo, observación abierta y observación particularizada. Posteriormente, se recolectaron datos cuantitativos y cualitativos (esto último se detallará un poco más en el proceso mixto). En la parte cualitativa se realizaron cinco sesiones en cada una de las ocho ciudades donde se llevó a cabo el estudio (40 en total). Para cada ciudad, los grupos se integraron de la siguiente manera:

Ejemplo

Número de sesión	Rango de edad	Nivel socioeconómico
1	Damas 18-25 años	A y B (alto y medio alto)
2	Damas 18-25 años	C (medio)
3	Damas 26-45 años	A y B (alto y medio alto)
4	Damas 26-45 años	C (medio)
5	Jóvenes 15-17 años	B y C (medio alto y medio)

La guía de temas se muestra a continuación y se despliega en las páginas siguientes y es producto de la inmersión y la observación previas:

Ejemplo

Guía de temas para la "moda y la mujer mexicana"[7]

Departamento de ropa y accesorios para mujeres

A. Preferencia de tiendas

1. ¿Qué tiendas departamentales o boutiques han visitado últimamente?
2. ¿Por qué razón han visitado esas tiendas?
3. ¿Cuál es la tienda que prefieren visitar? ¿Por qué?
4. ¿Qué tan seguido visitan su tienda favorita?

B. Percepción del departamento de ropa y accesorios para mujeres de LLL

1. ¿Qué secciones del departamento de ropa y accesorios para mujeres conocen?
2. ¿Qué secciones considerarían las mejores del departamento de ropa y accesorios para mujeres?
3. ¿Cuáles serían las secciones del departamento de ropa y accesorios para mujeres que se necesitan mejorar?
4. Dentro de todo el departamento de ropa y accesorios para mujeres, ¿qué servicios de LLL consideran son mejores que los de otras tiendas?
5. ¿Cómo calificarían al personal en el departamento de ropa y accesorios para mujeres?
6. En cuanto a las tallas, ¿siempre...
   - *a*) encuentran de todo?
   - *b*) hay secciones para tallas extragrandes o pequeñas?
   - *c*) está bien surtido?
   - *d*) los precios son accesibles?

7a. ¿Cómo evaluarían la ropa que vende el departamento de ropa y accesorios para mujeres en cuanto a...
   - *a*) calidad?
   - *b*) surtido?
   - *c*) moda?

7b. ¿Cómo evaluarían las ofertas especiales en la ropa que vende el departamento de ropa y accesorios para mujeres en cuanto a...
   - *a*) calidad?
   - *b*) surtido?
   - *c*) moda?

C. Percepción de la moda

1. ¿Qué es estar a la moda?
2. ¿Qué marcas consideran que están a la moda?
3. ¿Cuál tienda departamental opinan que está más a la moda?

[7] El nombre de la empresa se mantiene anónimo por acuerdo con ésta, y en su lugar se designa como LLL. Cabe señalar que las sesiones duraron entre tres y cuatro horas.

4. ¿Qué entienden por...
   - *a*) calidad?
   - *b*) surtido?
   - *c*) moda?

D. Evaluación de las secciones de LLL

A continuación voy a preguntar por cada una de las secciones que tiene el departamento de ropa y accesorios para mujeres, y me gustaría saber qué opinan con respecto a: *surtido, calidad, precio y moda*.

- *a*) Ropa casual
- *b*) Conjuntos de vestidos, trajes sastre, pantalones o faldas de vestir (ropa formal)
- *c*) Vestidos para fiesta o noche
- *d*) Zapatos elegantes y exclusivos
- *e*) Zapatos del diario y casuales
- *f*) Ropa interior (lencería, corsetería)
- *g*) Tallas pequeñas (petite) (explicar previamente el término)
- *h*) Tallas grandes
- *i*) Pijamas
  - ¿Qué prenda utilizan para dormir?
  - ¿Qué factores son importantes para ustedes al elegir una prenda de dormir?
- *j*) Joyería de fantasía
- *k*) Trajes de baño
- *l*) Bolsas, accesorios, lentes, sombreros, mascadas, etcétera
- *m*) Joyería fina

En caso que lo amerite:

- *n*) Maternidad
- *o*) Uniformes

E. Percepción de LLL en comparación con la competencia

Comparen a LLL con la competencia. Evalúen las ventajas y desventajas que tiene el departamento de ropa y accesorios para mujeres en ambas tiendas, en cuanto a...

- *a*) productos
- *b*) precio
- *c*) calidad
- *d*) variedad
- *e*) personal (atención, servicio, conocimiento de los productos que venden, etcétera)
- *f*) moda
- *g*) surtido
- *h*) probadores
- *i*) publicidad

F. Sugerencias

1. Para finalizar, ¿qué sugerencias le haría al departamento de ropa y accesorios para mujeres de esta tienda?
2. Comentarios generales

Fecha: _____ **Hora**: _____ **Moderador:**

Para elaborar y optimizar la guía se recomienda:

- *a*) Tomar en cuenta las observaciones de la inmersión en el ambiente.
- *b*) Realizar una "tormenta de ideas" con expertos en el planteamiento del problema para obtener preguntas o temas.
- *c*) Efectuar la primera sesión como prueba piloto para mejorar la guía.
- *d*) A veces es conveniente usar la secuencia que se propone en la figura 14.4 para generar preguntas.

Figura 14.4 Secuencia para la formulación de preguntas.

Por ejemplo, supongamos que realiza un estudio para conocer los perfiles de consumidores de una tienda que vende ropa. El proceso para obtener preguntas podría ser el de la tabla 14.6.

Tabla 14.6 Proceso para obtener preguntas

Concepto	Dimensiones	Preguntas
Establecer los perfiles y caracterizaciones de los consumidores de...	• Frecuencia de compra	1. ¿Cada cuándo compran ropa?
	• Marcas de compra	2. ¿Cuáles son las tres marcas de ropa que acostumbran comprar? 3. ¿Por qué?
	• Marcas ideales	4. ¿Cuál es la marca de ropa que les gustaría comprar (su ideal)? 5. ¿Por qué?, ¿qué tiene esa marca que les llama la atención?
	• Prendas que compran	6. ¿Cuál es el tipo de prendas que adquieren con mayor frecuencia (pantalones, playeras, blusas, etcétera)? 7. ¿Por qué?
	• Prendas ideales o aspiracionales	8. ¿Cuáles son las prendas que les gustaría comprar más si tuvieran todo el dinero o la plata para hacerlo sin límites? 9. ¿Por qué?
	• Prendas que disfrutan comprar	10. ¿Cuáles son las prendas que más disfrutan comprar?
	• Motivos de compra	11. ¿En qué se fijan al escoger la prenda y marca que compran?
	• Precios	12. ¿Cuánto acostumbran pagar por blusa o camisa, pantalón o falda, chamarra o suéter y ropa interior?
	• Precio máximo	13. ¿Cuánto estarían dispuestos a pagar por blusa o camisa, pantalón o falda, chamarra o suéter y ropa interior? (lo máximo, suponiendo que les gustan mucho las prendas).
	• Lugar de compra	14. ¿Dónde compran su ropa? 15. ¿Por qué ahí?

En algunos grupos de enfoque se puede utilizar material estimulador, como dibujos, fotografías, videos, recortes de periódico, entre otros; para "romper el hielo", introducir un tema, incentivar una discusión o proveer puntos de comparación y que los participantes expongan su perspectiva y experiencias de forma detallada acerca de un tema, fenómeno o situación.

Ejemplo

En unas sesiones grupales llevadas a cabo para conocer el punto de vista de los pacientes respecto a la atención médica básica que recibían en una clínica de una localidad pequeña, se usó como material estimulador una imagen de una conocida telenovela cuya historia se desarrollaba en una clínica de atención médica básica. Todos los participantes habían visto la telenovela, por lo que podían utilizarla como referencia para comparar a los personajes con sus médicos personales. En la sesión el moderador mostraba la fotografía de los médicos de la telenovela y les decía: "éste es un médico con el que probablemente todos están familiarizados, ¿cómo se compara su propio médico general de la clínica a éste de la novela?" (Barbour, 2007).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Otra alternativa para complementar la discusión en los grupos de enfoque son los ejercicios escritos. Por ejemplo, se puede diseñar una serie de preguntas que los participantes respondan por escrito de manera individual antes de discutir el tema de forma grupal, lo que ayuda al investigador a conocer la respuesta personal y a que los participantes reflexionen más detenidamente su respuesta, si esto fuera lo que se busca.

Tanto en el caso de los materiales de estímulo como en los ejercicios escritos, es indispensable diseñarlos en función del objetivo de investigación y hacer una prueba piloto para asegurar su pertinencia (Cuevas, 2009).

Asimismo, recordemos que al final de cada jornada de trabajo es necesario llenar la bitácora o diario, donde vaciemos las anotaciones de cada sesión, reflexiones, puntos de vista, conclusiones preliminares, hipótesis iniciales, dudas e inquietudes. Una vez efectuadas las sesiones de grupo, se preparan los materiales para su análisis.

Documentos, registros, materiales y artefactos

Una fuente muy valiosa de datos cualitativos son los documentos, materiales y artefactos diversos. Nos pueden ayudar a entender el fenómeno central de estudio. Prácticamente la mayoría de las personas, grupos, organizaciones, comunidades y sociedades los producen y narran, o delinean sus historias y estatus actuales. Le sirven al investigador para conocer los antecedentes de un ambiente, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal (LeCompte y Schensul, 2013; Rafaeli y Pratt, 2012; Van Maanen, 2011; y Zemliansky, 2008).

Entre tales elementos podemos mencionar cartas, diarios personales, fotografías, grabaciones de audio y video por cualquier medio, objetos como vasijas, armas y prendas de vestir, grafiti y toda clase de expresiones artísticas, documentos escritos de cualquier tipo, archivos, huellas, medidas de erosión y desgaste, etcétera.

Como muestra, aludimos a las grabaciones de video realizadas por medio de teléfonos celulares, tabletas y otros dispositivos, las cuales han sido muy útiles en diversas investigaciones. *National Geographic* ha exhibido varios documentales en los que se presentan grabaciones efectuadas por diversas personas y que sirven, entre otras cosas, para entender qué ocurrió, cuáles fueron las experiencias y reacciones de la gente y las consecuencias de los hechos (por ejemplo: "Costa Concordia: Un año después", transmitido en 2012 o "El Tsunami de Japón: Testigos del desastre", mostrado en 2011). *History Channel* ha hecho lo mismo con sus documentales: "Chile 3:34 AM: El terremoto en tiempo real" (2011) y "102 Minutos que cambiaron al mundo" (sobre los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en Nueva York, presentado en 2009).

A veces se les solicita a los participantes que los elaboren como en la fotovoz* y otras veces simplemente se recopilan.

Algunos ejemplos de estudios que se han fundamentado en este tipo de materiales que proporcionan datos cualitativos para el análisis son:

1. Los encendedores marca Zippo que fueron proporcionados a algunos soldados estadounidenses en la guerra de Vietnam, quienes grabaron en los costados de tales artefactos diversas leyendas (Esterberg, 2002): sus nombres, fecha de partida o lugar de servicio, también mensajes breves, de patriotismo y orgullo por su país o de odio hacia la guerra y su gobierno.

   Muestras de estos mensajes son: "Somos los indispuestos dirigidos por los incompetentes haciendo lo innecesario para los desagradecidos"; "Para aquellos que luchan por ello, la libertad tiene un sabor que los protegidos nunca conocerán"; "Algo y todo"; "En el infierno", "¡Concedido!, seré el primero de todos en pelear, soy el soldado que va en el trasero". Hubo quien dibujó personajes como el perro *Snoopy* o escribió poemas completos.

*__Nota del editor.__ La fotovoz es una técnica desarrollada por la profesora Caroline Wang en la década de 1980 que ella misma define como "una técnica de fotografía participativa que busca dar voz a través de la imagen, creando nuevas oportunidades para reflexionar y representar asuntos de la comunidad de una forma creativa y personal".

Los mensajes pueden ser analizados para conocer sentimientos, experiencias, deseos, vínculos y otros aspectos de los combatientes.

2. Rathje (1992 y 1993) analizó la basura de los hogares de Tucson, Arizona, Estados Unidos, con la finalidad de aprender hábitos y conductas de las personas, particularmente en aspectos complejos de evaluar como el consumo de alcohol o compra de comida procesada ("chatarra").
3. Gotschi, Delve y Freyer (2009) realizaron un estudio en el distrito de Búzi, Mozambique, utilizando la fotografía participativa para estimular a los agricultores en el debate sobre su pertenencia al grupo y evaluar lo que ésta significaba para ellos como individuos, familias, grupos o comunidad. Los investigadores lograron que la combinación de evaluar fotos tomadas por los participantes, analizar procesos de grupo y entrevistar a los agricultores les permitiera conocer dimensiones cualitativas del capital social de los grupos, incluyendo la dinámica comunitaria, el comportamiento solidario y la acción colectiva. Querían comprender el punto de vista de los agricultores (cómo ser miembro de sus grupos tiene un impacto en su vida) y conocer su visión de su mundo.

Asimismo, la criminología, por ejemplo, se basa mucho en el análisis de huellas, rastros, artefactos y objetos encontrados en la escena del crimen o vinculados con ésta (incluso se fotografía a los sospechosos para evaluar actitudes y comportamientos), así como en archivos criminales.

Centro de recursos en línea

En el capítulo 13 "Profundización en temáticas de la investigación cualitativa", que el lector puede descargar del centro de recursos en línea, se amplía el uso de artefactos, grabaciones, documentos, fotografías y otros materiales como herramienta para recolectar los datos cualitativos.

Ejemplo

En el ejemplo de la guerra cristera que se utiliza en este texto, se recolectaron y analizaron, entre otros:

- Símbolos religiosos de la época, desde imágenes y figuras en las casas de los supervivientes hasta objetos más pequeños (escapularios y medallas, por ejemplo) y monumentos como el de Cristo Rey (una escultura que mide 20 metros de altura y pesa 80 toneladas), situado en el cerro de El Cubilete, lugar que fue el centro cristero más importante en Guanajuato.
- Fotografías de la época de diversos ambientes donde ocurrió este conflicto armado tomadas cuando se realizó el estudio.
- Documentos (cartas, bandos municipales, partes de guerra, artículos periodísticos, etc.) que se encontraban en archivos municipales, eclesiásticos, de grupos religiosos y de archivos personales. Tales elementos sirvieron como fuentes complementarias a las entrevistas y observaciones.

Recolección de artefactos Incluye entender el contexto social e histórico en que se fabricaron, usaron, desecharon y reutilizaron.

En la **recolección** de documentos, registros, materiales y **artefactos**, un punto muy importante es que el investigador debe verificar que el material sea auténtico y que se encuentre en buen estado.

Biografías e historias de vida

La **biografía** o **historia de vida** es otra forma de recolectar datos muy socorrida en la investigación cualitativa. Puede ser individual (un participante o un personaje histórico) o colectiva (una familia, un grupo de personas que vivieron durante un periodo y que compartieron rasgos y vivencias). Para realizarla se suelen utilizar entrevistas en profundidad y revisión de documentos y artefactos personales e históricos. Han probado ser un excelente método para comprender, por ejemplo, a los asesinos en serie y su terrible proceder, el éxito de líderes en diversos ámbitos (político, empresarial, religioso, etc.), así como prácticamente el comportamiento de cualquier individuo. También se han usado para analizar las experiencias de mujeres violadas, personas secuestradas, pacientes en tratamientos médicos y psicológicos, así como procesos de invención y desarrollo de patentes. Esta herramienta para recabar datos será comentada en el capítulo 13 "Profundización en temáticas de la investigación cualitativa", que se puede localizar y descargar del centro de recursos en línea (en Material complementario → Capítulos).

Centro de recursos en línea

Al momento de elegir y diseñar el o los instrumentos de recolección de los datos más adecuados para lograr el objetivo del estudio, es necesario pensar en las ventajas y desventajas de cada uno; en otras palabras, la selección de las herramientas de investigación de un proyecto en particular depende del planteamiento del estudio, los objetivos específicos de análisis, el nivel de intervención del investigador, los recursos disponibles, el tiempo y el estilo (Cuevas, 2009). Por ejemplo, en ocasiones lo que nos interesa es la perspectiva individual; así, utilizamos la observación, la historia de vida/biografía o la entrevista personal. Pero otras veces queremos la perspectiva colectiva y entonces recurrimos a la observación de un grupo, la entrevista grupal o el grupo de enfoque.

En la tabla 14.7 se comparan brevemente los instrumentos para recolectar revisados en este capítulo.

Tabla 14.7 Ventajas y limitaciones de los principales instrumentos para recolectar datos cualitativos[8]

Instrumento	Ventajas	Limitaciones
Observación participante	El investigador mantiene experiencias directas con los participantes y el ambiente.	El investigador puede ser visto como intrusivo.
Observación directa no participante	Es factible observar cuestiones inusuales y el investigador puede captar datos directos de los participantes y el ambiente. Útil para temas que pueden incomodar a los participantes cuando se discuten con el investigador.	Requiere que el investigador posea la habilidad para captar cuestiones "veladas" y signos no verbales. La información personal puede no aflorar o no ser detectada.
Observación mediante equipos	El investigador puede grabar y estudiar el material una y otra vez.	Los participantes pueden sentirse incómodos al saber que se les graba y con algunos (como los niños) puede ser más complicado lograr la empatía.
Entrevistas personales (incluyendo personalizadas por internet)	Los participantes pueden proveer información histórica. El investigador realmente está utilizando dos herramientas: la propia entrevista y la observación. Permite cierto control del entrevistador sobre los temas por incluir y excluir, mediante preguntas.	Los datos están "filtrados" por los puntos de vista de los participantes. A veces el ambiente no es el natural de los participantes. No todos los participantes tienen las mismas habilidades para expresarse verbalmente y por otros medios.
Documentos	Permiten al investigador estudiar el lenguaje escrito y gráfico de los participantes. Es una forma no obtrusiva cuando no se les pide elaborarlos, y en este caso, pueden ser consultados en cualquier momento y ser analizados cuantas veces sea preciso. No es necesario dedicar tiempo a transcribirlos.	No siempre se puede tener acceso a éstos, particularmente los de carácter privado, y a veces es complicado encontrarlos. Debe asegurarse su autenticidad. Frecuentemente es necesario escanearlos. Pueden estar incompletos.
Material audiovisual	Si ya han sido elaborados, no es obtrusivo y puede revisarse cuantas veces resulte necesario. Muchas veces proporciona información del contexto.	No siempre es accesible. Si se graba durante la investigación, el fotógrafo o camarógrafo puede ser obtrusivo.

Triangulación de métodos de recolección de los datos

Siempre y cuando el tiempo y los recursos lo permitan, es conveniente tener varias fuentes de información y métodos para recolectar los datos. En la indagación cualitativa poseemos una mayor riqueza, amplitud y profundidad de datos si provienen de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y de una mayor variedad de formas de recolección. Imaginemos que queremos entender el fenómeno de la depresión posparto en mujeres de una comunidad indígena y nuestro esquema de estudio incluye:

[8] Adaptada de Creswell (2013a) y Savin-Baden y Major (2013).

- Observación durante la inmersión en la comunidad (contexto).
- Entrevistas con mujeres que la padecen.
- Entrevistas con sus familiares.
- Observación inmediatamente posterior al parto (durante la convalecencia) en hospitales rurales o en sus hogares (en diversas comunidades indígenas, las mujeres paren en su casa).
- Algún grupo de enfoque con mujeres que la han experimentado.

Triangulación de datos Utilización de diferentes fuentes y métodos de recolección.

De esta manera, el sentido de comprender la depresión posparto en tal comunidad será mayor que si únicamente llevamos a cabo entrevistas.

Al hecho de utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección se le denomina **triangulación de datos**. Sobre este tema regresaremos de manera recurrente.

El análisis de los datos cualitativos

En el proceso cuantitativo primero se recolectan todos los datos y luego se analizan, mientras que en la investigación cualitativa no es así, sino que la recolección y el análisis ocurren prácticamente en paralelo; además, el análisis no es uniforme, ya que cada estudio requiere un esquema peculiar. Sin embargo, diversos autores hemos propuesto un análisis genérico o básico común a diversas investigaciones cualitativas, porque en nuestra experiencia, a la mayoría de los alumnos que se inician en la indagación cualitativa —sobre todo si el único enfoque que han utilizado es el cuantitativo— les cuesta trabajo comenzar su tarea analítica y se preguntan por dónde empezar y qué secuencia establecer.

En este apartado se propone un proceso de análisis que incorpora las concepciones de diversos teóricos de la metodología en el campo cualitativo,[9] sin ser una camisa de fuerza. Cada estudiante, tutor o investigador podrá adoptarlo o no de acuerdo con las circunstancias y naturaleza de su estudio en particular.

En el análisis de los datos, la acción esencial consiste en que recibimos datos no estructurados, a los cuales nosotros les proporcionamos una estructura. Los datos son muy variados, pero en esencia consisten en observaciones del investigador y narraciones de los participantes:[10] *a*) visuales (fotografías, videos, pinturas, entre otras), *b*) auditivas (grabaciones), *c*) textos escritos (documentos, cartas, etc.) y *d*) expresiones verbales y no verbales (como respuestas orales y gestos en una entrevista o grupo de enfoque), además de las narraciones del investigador (anotaciones o grabaciones en la bitácora de campo, ya sea una libreta o un dispositivo electrónico).

Los propósitos centrales del análisis cualitativo son: 1) explorar los datos, 2) imponerles una estructura (organizándolos en unidades y categorías), 3) describir las experiencias de los participantes según su óptica, lenguaje y expresiones; 4) descubrir los conceptos, categorías, temas y patrones presentes en los datos, así como sus vínculos, a fin de otorgarles sentido, interpretarlos y explicarlos en función del planteamiento del problema; 5) comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos, 6) reconstruir hechos e historias, 7) vincular los resultados con el conocimiento disponible y 8) generar una teoría fundamentada en los datos.[11]

El logro de tales propósitos es una labor paulatina. Asimismo, algunas características que definen la naturaleza del análisis cualitativo son las siguientes:

1. El análisis es un proceso ecléctico (que concilia diversas perspectivas) y sistemático, mas no rígido.
2. Una fuente de datos importantísima que se agrega al análisis la constituyen las impresiones, percepciones, sentimientos y experiencias del investigador o investigadores.

[9] Por ejemplo, Savin-Baden y Major (2013), Charmaz (2013), Creswell (2013a y 2013b), Green y Thorogood (2013), Maxwell (2013), Morse (2012), Johnson y Christensen (2012), Saldaña y Leavy (2011), Denzin y Lincoln (2011), Stake (2010), Mertens (2010), The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences (2009c), Merriam (2009), Lapadat (2009), Ayres (2008), Van den Hoonaard y Van den Hoonaard (2008), Corbin y Strauss (2007), Esterberg (2002); y Strauss y Corbin (1990). Además el proceso se encuentra presente en múltiples artículos publicados en revistas como: *Qualitative Health Research*, *Qualitative Inquiry*, *Qualitative Research Journal*, *Qualitative Research in Psychology* y *Qualitative Sociology*.

[10] Morgan (2013), Lichtman (2013), Creswell (2013a), Firmin (2008), Garnham (2008) y Encyclopedia of Evaluation (2004).

[11] Creswell (2013a), Daymon (2010), Henderson (2009), Michael-Boje (2009), Baptiste (2001), Charmaz (2000); y Miles y Huberman (1994a).

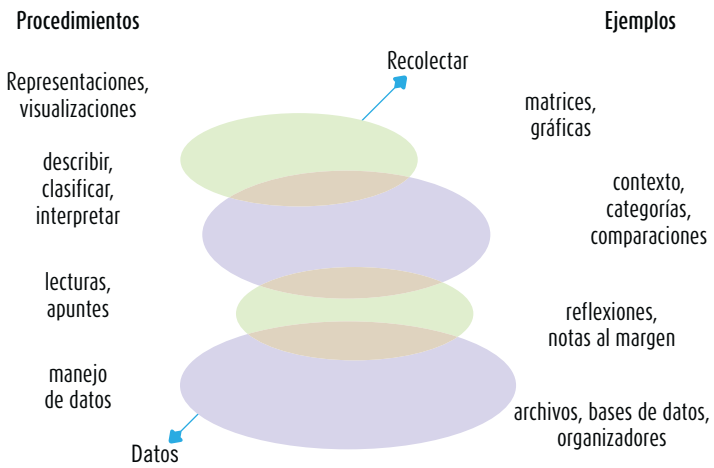
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

3. La interpretación que se haga de los datos puede diferir de la que podrían realizar otros investigadores, lo cual no significa que una interpretación sea mejor que otra, sino que cada quien posee su propia perspectiva. Esto, pese a que recientemente se han establecido ciertos acuerdos para sistematizar en mayor medida el análisis cualitativo (Lapadat, 2009).
4. Como cualquier tipo de análisis, el cualitativo es sumamente contextual y no es un análisis "paso a paso", sino que consiste en estudiar cada dato en sí mismo y en relación con los demás ("como armar un rompecabezas").
5. Es un camino con rumbo, pero no en "línea recta", pues continuamente nos movemos; vamos y regresamos entre los primeros datos recolectados y los últimos, los interpretamos y les encontramos un significado, lo cual permite ampliar la base de datos conforme es necesario, hasta que construimos significados para el conjunto de los datos.
6. La interacción entre la recolección y el análisis nos permite mayor flexibilidad en la valoración de los datos y adaptabilidad cuando elaboramos las conclusiones (Coleman y Unrau, 2005). Debe insistirse: el análisis de los datos no es predeterminado, sino que es "prefigurado o coreografiado". Se comienza a efectuar según un plan general, pero su desarrollo sufre modificaciones de acuerdo con los resultados (Dey, 1993). El análisis es moldeado por los datos (lo que los participantes o casos van revelando y lo que el investigador va descubriendo).
7. El investigador analiza cada dato, que por sí mismo tiene un valor (Abma, 2004), y deduce similitudes y diferencias con otros datos (Rihoux, 2006).
8. Los segmentos de datos o unidades son organizados en un sistema de categorías (Ritchie, Lewis, Nicholls y Ormston, 2013; y Li y Seale, 2007).
9. Los resultados del análisis son síntesis de "orden superior" que emergen en la forma de descripciones, expresiones, categorías, temas, patrones, hipótesis y teoría (Boeije, 2009).
10. Existen diversos acercamientos al análisis cualitativo de acuerdo con el diseño o el marco referencial seleccionado. Entre estos acercamientos se encuentran varios, como etnografía, teoría fundamentada, fenomenología, feminismo, análisis del discurso, análisis conversacional, análisis semióticos y posestructurales (Grbich, 2007, y Álvarez-Gayou, 2003). Pero todos efectúan análisis temático.

Cuando después de analizar múltiples casos ya no encontramos información novedosa ("saturación"), el análisis concluye. En cambio, si se descubren inconsistencias o falta claridad en el entendimiento del problema planteado, se regresa al campo o contexto para recolectar más datos.

Creswell (1998) simboliza el desarrollo del análisis cualitativo como una espiral, en la cual se cubren varias facetas o diversos ángulos del mismo fenómeno de estudio. Esto se muestra en la figura 14.5.

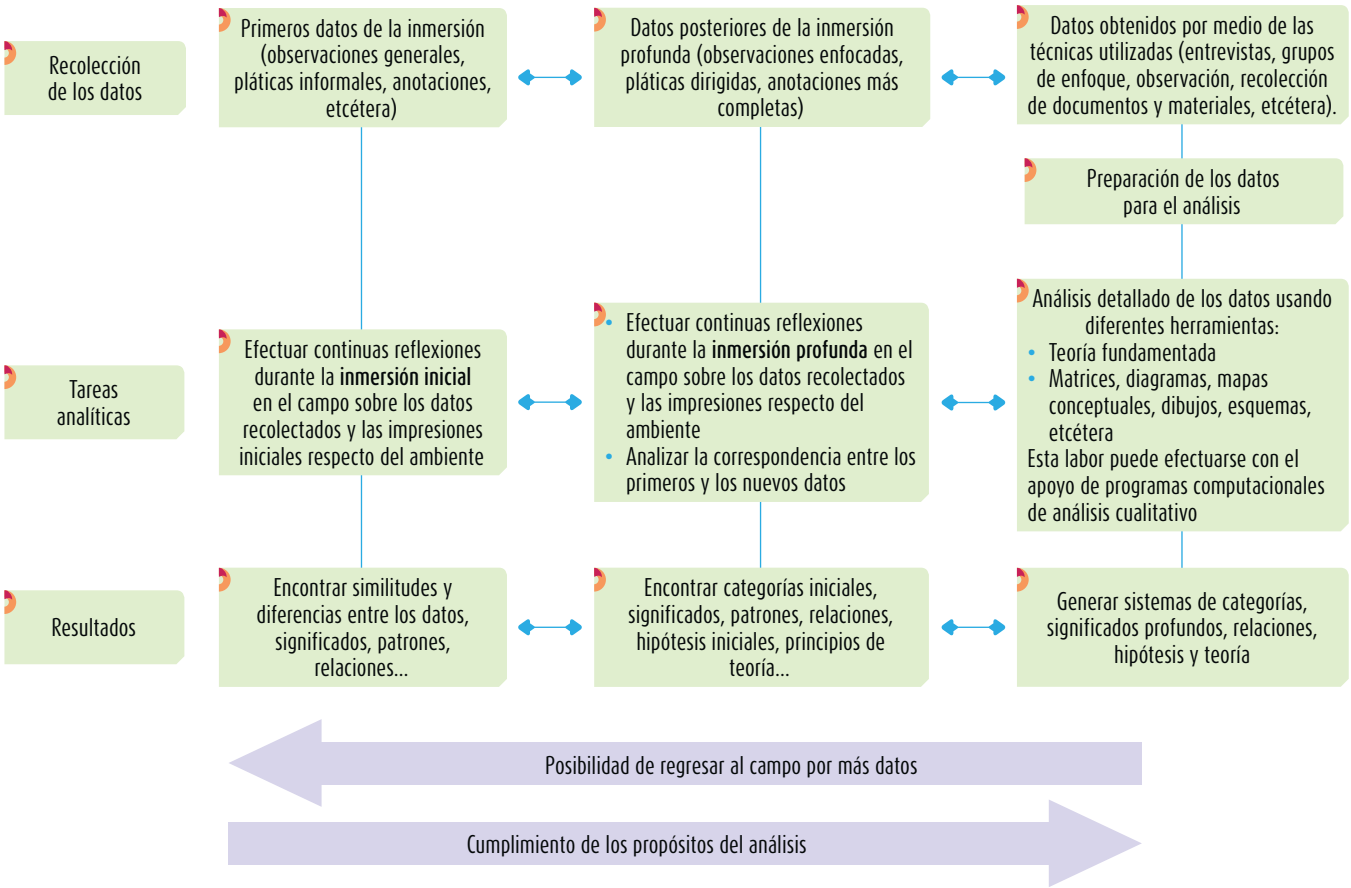
Figura 14.5 Espiral de análisis de los datos cualitativos.



Más adelante nos detendremos en algunos procedimientos de análisis (por ejemplo, las matrices).

En la figura 14.6 se presenta una propuesta de directriz general para la "coreografía" del análisis. Recordemos que se incluyen tres acciones progresivas (vertientes) en paralelo íntimamente ligadas: recolección de los datos, tareas analíticas y resultados. Las flechas en dos sentidos implican que podemos regresar a etapas previas y las flechas sin direccionalidad indican actividades asociadas.

Figura 14.6 Propuesta de "coreografía" del análisis cualitativo (directrices de las tareas potenciales para el investigador).



Ya hemos hablado de la recolección de los datos. Veamos ahora las tareas analíticas y los resultados.

Reflexiones e impresiones durante la inmersión inicial

Durante la inmersión el investigador realiza diversas observaciones del ambiente, las cuales anota junto con sus impresiones en la bitácora de campo (notas de diversos tipos, como vimos en el capítulo 12). Asimismo, el investigador platica con integrantes del ambiente (algunos de ellos son los potenciales participantes), recaba documentos y otros materiales y, en fin, realiza diversas actividades para comenzar a responder al planteamiento de su problema de investigación. Con base en estos primeros datos, el investigador reflexiona y evalúa todos los días su planteamiento (se hace preguntas como: ¿es lo que tengo en mente?, ¿el planteamiento refleja el fenómeno que quiero estudiar?, ¿el planteamiento es adecuado?, ¿debo mantenerlo o modificarlo?) y lo ajusta de acuerdo con sus propias consideraciones. También, analiza si el ambiente y la muestra son pertinentes en relación con su planteamiento y hace los cambios que crea necesarios. Como producto de las reflexiones empieza a esbozar conceptos claves que ayuden a responder al planteamiento y entender los datos (qué temas surgen, qué se relaciona con qué, qué es importante, qué se parece a qué, etcétera).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tal fue el caso del estudio de la guerra cristera. Con las primeras visitas a los contextos, los investigadores comenzaron a tener una idea de cómo fue el conflicto en cada población. Así, empezaron a entender la arraigada religiosidad de los habitantes de la región en aquellos tiempos (1926-1929) y cómo perdura hasta nuestros días.

Recordemos el ejemplo del capítulo anterior sobre los templos: en una visita a una iglesia, se encuentran agujeros en las paredes (aparentemente algo trivial), pero al visitar otro templo, el hecho se repite. Se indaga, surgen ideas (¿a qué altura están las marcas?; atraviesan de una columna a otra en los patios de los templos, ¿esto qué implica?): "aquí ataban a sus caballos, esta iglesia fue un cuartel". Se encuentra algo en común entre dos, tres o más iglesias (unidades de análisis) y al recurrir a otras fuentes, se llega a la conclusión de que los templos fueron cuarteles, en algunos casos de cristeros, pero en otros de tropas del Gobierno federal que los habían clausurado y tomado.

Reflexiones e impresiones durante la inmersión profunda

Este proceso reflexivo se mantiene conforme se recolectan más datos (¿qué me dice esto?, ¿qué significa esto otro?, ¿por qué ocurre aquello?). Las observaciones se van enfocando para responder al planteamiento, las pláticas son cada vez más dirigidas y las anotaciones más completas. En ocasiones (esto depende de la investigación en particular), se hacen las primeras entrevistas, observaciones con una guía, sesiones de grupos o recolección de materiales y objetos. Se reevalúa el planteamiento del problema, ambiente y muestra (unidades o casos). Se comparan nuevos datos con los primeros (¿en qué son similares y en qué diferentes? ¿Cómo se vinculan? ¿Qué conceptos clave se consolidan? ¿Qué otros nuevos conceptos aparecen?) De manera inductiva y paulatina surgen categorías iniciales, significados, patrones, relaciones, hipótesis primarias y principios de teoría.

Para comprender cómo avanza el análisis cualitativo (y que es casi paralelo a la recolección de los datos), tomaremos un ejemplo coloquial.

Ejemplo

Cuando vamos a conocer a una persona que nos resulta atractiva (fenómeno de estudio) en una cita en un lugar que es desconocido para nosotros, pero que fue escogido por ella o él (ambiente, contexto o escenario), ¿qué es lo primero que hacemos? Probablemente, averiguar algo de esa persona (tal vez platicamos con algunas amigas o amigos que la conocen y revisamos sus páginas en redes sociales en internet, lo que equivaldría a una revisión de la literatura). Además, buscamos información sobre el sitio. O bien, nos aventuramos y nos presentamos. Al llegar, miraremos cómo es tal lugar —inmersión inicial— (si es grande o pequeño, si tiene lugares para estacionar o parquear, cómo está decorado, si se trata de un restaurante, un bar u otro tipo, el ambiente social, etc.) y nos cuestionaremos por qué lo eligió.

Al momento de estar frente a la otra persona, la observaremos en su totalidad (desde el pelo hasta los zapatos; observación general). Comenzaremos a hacerle preguntas frecuentes (nombre, ocupación, lugar de residencia, gustos y aficiones). Mientras la observamos y conversamos (recolección de los primeros datos), nos preguntamos para nuestros adentros cómo es, qué impresión me genera, por qué me dice esto y aquello (reflexiones iniciales). Conforme transcurre la cita, iremos centrando nuestra atención en su ropa, los accesorios que trae puestos, el color de sus ojos, sus gestos [cómo sonríe, por ejemplo (observación enfocada)]; y cada vez nuestras preguntas serán más dirigidas (seguimos recolectando datos visuales y verbales, simultáneamente analizamos cada dato de manera individual y en conjunto). Al observar los movimientos de sus manos (dato), analizamos si se encuentra nerviosa o relajada (categoría) y si se trata o no de una persona expresiva (categoría). Por otro lado, establecemos relaciones entre conceptos (por ejemplo, cómo se vincula su forma de vestir con las ideas que transmite o la manera como se asocian la comunicación verbal y no verbal). Y empezamos a generar hipótesis (que emergen de los datos y la interacción misma): "es una persona calmada", "creo que podríamos ser muy buenos amigos". Y algo muy importante: fundamentamos el proceso en lo que vemos y escuchamos más que en lo que sus amigos o amigas nos dijeron de él o ella. Finalmente, hacemos preguntas más concretas y derivamos nuestras propias conclusiones. Siempre que obtenemos un dato, lo analizamos en el contexto de todo el encuentro.

Al concluir la cita, cada quien se lleva una impresión de la otra persona; ambos tienen una interpretación que es única (si la cita hubiera sido con una persona distinta, el resultado sería muy diferente). Si el encuentro fue en un restaurante, y en lugar de haber sido así, hubiera ocurrido en un bar (otro contexto), a lo mejor la situación también resultaría distinta. Así es la recolección y análisis cualitativos.

Análisis detallado de los datos

Obtuvimos los datos mediante diversas fuentes y hemos realizado reflexiones y análisis elementales. Tenemos un primer sentido de entendimiento y seguimos generando datos (cuya recolección es flexible, pero enfocada). La mayoría de las veces contamos con grandes volúmenes de datos (páginas de anotaciones u otros documentos, horas de grabación o filmación de entrevistas, sesiones grupales u observación, imágenes y distintos artefactos). ¿Qué hacer con estos datos? Como ya vimos, la forma específica de analizarlos varía según el diseño de investigación seleccionado: teoría fundamentada, estudio de caso, etnográfico, fenomenológico, etc. Cada método marca unos lineamientos para el proceso de análisis, ya que los resultados que se buscan son distintos (Grbich, 2007). Sin embargo, hay un análisis común en todo estudio cualitativo: generar categorías o temas.[12]

Teoría fundamentada Teoría o hallazgos que surgen a partir de los datos.

Para lo anterior, el procedimiento habitual es el que se ilustra en la figura 14.7 y que parte de la **teoría fundamentada** (*grounded theory*), lo cual significa que la teoría (hallazgos) va emergiendo fundamentada en los datos. Se trata de un proceso no lineal (aunque había que representarlo de alguna manera para su comprensión). Resulta sumamente iterativo (vamos y regresamos) y en ocasiones es necesario retornar al campo por más datos enfocados (entrevistas, documentos, sesiones, etcétera).

Organización de los datos y la información, así como revisión del material y preparación de los datos para el análisis detallado

Dado el amplio volumen de datos, éstos deben encontrarse muy bien organizados. Asimismo, debemos planear qué herramientas vamos a utilizar (hoy en día la gran mayoría de los análisis se efectúa mediante la computadora, al menos en un procesador de textos). Lo anterior depende del tipo de datos que hayamos generado. Pudiera ser que solamente tuviéramos datos escritos, por ejemplo, anotaciones a mano y documentos. En este caso, podemos transferir todo al procesador de textos. Si contamos únicamente con imágenes y anotaciones escritas, las primeras se escanean o transmiten a la computadora y las segundas se copian o escanean.

Cuando tenemos grabaciones de audio o video producto de entrevistas y sesiones, debemos transcribirlas para hacer un análisis exhaustivo del lenguaje (aunque algunos investigadores pueden decidir analizar directamente los materiales). La mayoría de los autores recomiendan considerar tanto las transcripciones como el análisis de primera mano. Todo depende de los recursos de que dispongamos y del equipo de investigadores con el que contemos.

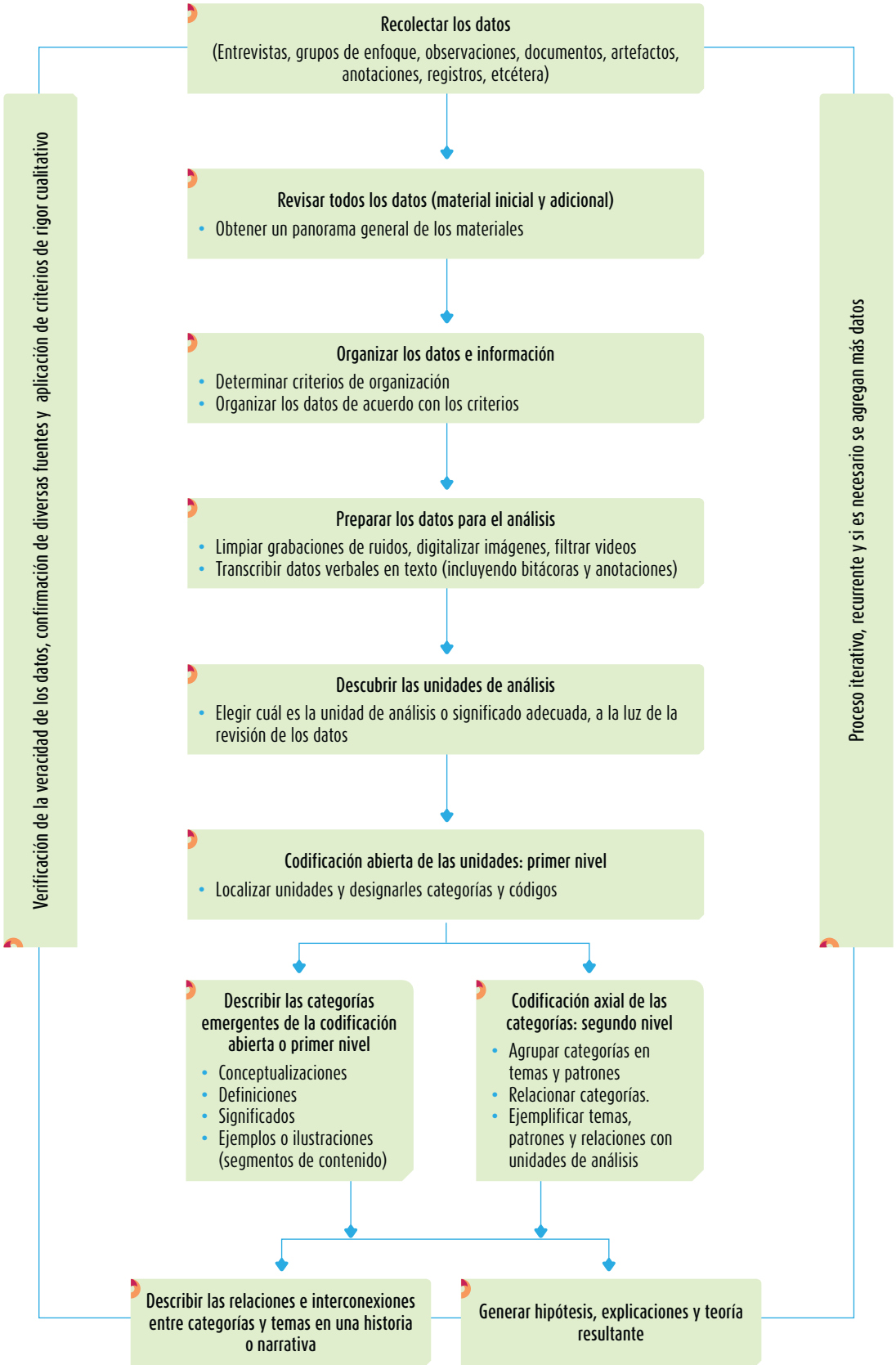
Con el material transferido a la computadora es necesario volver a examinar todo el material (explorar el sentido general de los datos) en su *forma original* (notas escritas, grabaciones en audio, fotografías, documentos, etc.). En esta revisión comenzamos a escribir una segunda bitácora (distinta a la de campo), la *bitácora de análisis*, cuya función es documentar paso a paso el proceso analítico (más adelante veremos que es una herramienta fundamental). Durante tal escrutinio debemos asegurar que el material esté completo y posea la calidad necesaria para ser analizado; en caso de que no sea así (grabaciones que no se entienden, documentos que no pueden leerse), es preciso realizar las mejoras técnicas posibles (depurar las grabaciones, optimizar imágenes, etcétera).

La tarea de transcripción de los materiales grabados es compleja y requiere paciencia. Por ejemplo, una hora de entrevista da aproximadamente 30 a 50 páginas en el procesador de textos (depende del programa, márgenes e interlineado). Y lleva más o menos de tres a cuatro horas. Si se dispone de varias personas para esta labor, el investigador puede realizar dos o tres transcripciones para mostrar reglas y procedimientos (Coleman y Unrau, 2005). Quienes transcriban deberán capacitarse (el número de personas depende del volumen de datos, los recursos y el tiempo que tengamos para completar las transcripciones). A continuación, revisaremos una serie de recomendaciones para la hora de transcribir.

[12] Creswell (2013a); Savin-Baden y Major (2013); Melanie-Birks y Mills (2011); Floersch, Longhofer, Kranke y Townsend (2010); Mertens (2010); Lapadat (2009); O'Neil (2008); Noerager (2008); Charmaz (2008); Wiersma y Jurs (2008); Torrance (2001); Denzin y Lincoln (2000); y Strauss y Corbin (1998).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 14.7 Proceso de análisis cualitativo para generar categorías o temas.



- Por cuestiones de ética, es preciso apegarse al principio de confidencialidad. Para esto, es posible sustituir el nombre verdadero de los participantes por códigos, números, iniciales, apodos u otros nombres, tal como hicieron Morrow y Smith (1995). Lo mismo ocurre con el reporte de resultados.
- Utilizar un formato con márgenes amplios y separar las intervenciones con doble espacio (por si queremos hacer anotaciones o comentarios). Por ejemplo: en entrevistas, las intervenciones del entrevistador y del entrevistado; en sesiones, la intervención del conductor y de cada participante (cada vez que alguien interviene), señalando quién realiza la participación:

  Entrevistador: ¿Me podrías aclarar el punto?
  Entrevistado: Desde luego que sí. Ana Paola siempre me ha parecido atractiva; si no le he propuesto ir más allá es porque…
  Entrevistador: Pero, entonces, ¿cómo podrías definir tu relación con ella?
  Entrevistado: es algo diferente, extraña, dadas las circunstancias…

  Es decir, indicar cuándo comienza y termina cada pregunta y respuesta.
- Transcribir todas las palabras, sonidos y elementos paralingüísticos: muecas, interjecciones (como ¡oh!, ¡mmm!, ¡eh! y demás).[13]
- Indicar pausas (pausa) o silencios (silencio); expresiones significativas (llanto, risas, golpe en la mesa); sonidos ambientales (timbró el teléfono móvil; se azotó la puerta); hechos que se deduzcan (entró alguien); cuando no se escucha (inaudible), etc. Se trata de incluir el máximo de información.
- Si vamos a analizar línea por línea (cuando ésta va a ser la unidad de análisis), numerar todos los renglones (lo que se puede hacer automáticamente en los procesadores de texto y los programas de análisis cualitativo).

Una vez transcritos los materiales mediante el debido equipo, lo ideal es volver a revisar todos los datos, ahora *reprocesados* (incluso anotaciones), en particular, si varios investigadores los recolectaron. De cualquier manera, ayuda a recordar casos y vivencias en el campo (Coleman y Unrau, 2005). En este momento, leemos y releemos varias veces las transcripciones para profundizar el sentido general de los datos, al mismo tiempo que comenzamos a cuestionarnos: ¿qué ideas generales mencionan los participantes? ¿Qué tono tienen dichas ideas? ¿Qué me dicen los datos? (Creswell, 2013a).

La siguiente actividad es organizar con precisión los datos, mediante algún criterio o varios que creamos más convenientes.

Algunos de estos criterios son:

1. Cronológico (por ejemplo, orden en que fueron recolectados: por día y bloque, como mañana, tarde y noche).
2. Por sucesión de eventos (por ejemplo, en el caso de una catástrofe, como una inundación o terremoto: antes de la calamidad, durante ella e inmediatamente después de la catástrofe —digamos hasta que cesaron los efectos físicos— y etapa posterior (secuela).
3. Por tipo de datos: entrevistas, observaciones, documentos, fotografías, artefactos, etcétera.
4. Por grupo o participante (por ejemplo: Marcela, Lucy, Ana Paola, Roberto, Sergio…; mujeres y hombres; médicos, enfermeras, paramédicos, pacientes, familiares…).
5. Por ubicación del ambiente (centro de la catástrofe, cercanía, periferia, lejanía).
6. Por tema (por ejemplo, en un estudio sobre las relaciones en un hospital, si hubo sesiones en los que la discusión se centró en el tema de la seguridad en el recinto, mientras que en otras se trató sobre la calidad en la atención y en algunas más sobre los problemas emocionales de los pacientes).
7. Importancia del participante (testimonios de actores principales, testimonios de actores secundarios).

   O bien otro criterio.

[13] En cada país y región hay expresiones propias de la cultura local.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

A veces los datos también se organizan mediante varios criterios progresivos; por ejemplo, primero por tipo (**transcripciones** de entrevistas y anotaciones), y luego estas últimas por la clase de notas (de la observación, interpretativas, temáticas, personales y de reactividad); o criterios cruzados (combinaciones). Un ejemplo lo sería la matriz que se presenta en la tabla 14.8.

Transcripción Registro escrito de una entrevista, sesión grupal, narración, anotación y otros elementos similares. Refleja el lenguaje verbal, no verbal y contextual de los datos.

Tabla 14.8 Guerra cristera

	Municipio	Irapuato	Cortazar	Villagrán	Salamanca	Apaseo
Materiales	Notas Observaciones Documentos Entrevistas Fotografías					

En el caso de documentos, materiales, artefactos, grabaciones, etc., es conveniente elaborar un listado o relación que los contenga a todos (con número, fecha de realización, fecha de transcripción y aquellos otros datos apropiados). Además, no debemos olvidar respaldar todo documento en al menos dos fuentes (tener una copia adicional de las fotografías y grabaciones).

Bitácora de análisis

Esta bitácora tiene la función de documentar el procedimiento de análisis y las reacciones del investigador al proceso y contiene fundamentalmente:

- Anotaciones sobre el método utilizado (se describe el proceso y todas las actividades realizadas; por ejemplo: ajustes a la codificación, problemas y la forma en que se resolvieron).
- Anotaciones sobre ideas, conceptos, significados, categorías e hipótesis que van surgiendo.
- Anotaciones en relación con la credibilidad y verificación del estudio, para que cualquier otro investigador pueda evaluar el trabajo (información contradictoria, razones por las cuales se procede de una u otra forma).

Resulta ser un instrumento invaluable para la validez y confiabilidad del análisis (punto que abordaremos al final del capítulo).

Cuando realizamos la codificación o categorización de los datos, pueden surgir interrogantes, ideas, hipótesis y conceptos que nos comiencen a ilustrar en torno al planteamiento del problema, por lo que resulta indispensable escribirlos para que no olvidemos cuestiones importantes. Las notas nos ayudan a identificar unidades y categorías de significado. Es una estrategia útil para organizar los procedimientos analíticos. Para las anotaciones, que suelen también llamarse "memos analíticos", Strauss y Corbin (1998) recomiendan:

- Registrar la fecha de la anotación o memorándum.
- Incluir cualquier referencia o fuente importante (por ejemplo, si consultamos con un colega, a quién, de qué institución y cuál es su comentario).
- Marcar los memos con encabezados que sinteticen la idea, categoría o concepto señalado.
- No restringir el contenido de los memos o anotaciones; permitirnos el libre flujo de ideas.
- Identificar el código al cual pertenece el memo.
- Usar diagramas, esquemas y matrices (u otra clase de síntesis analítica) en los memos para explicar ideas, hipótesis y conceptos.
- Cuando uno piense que una categoría o un concepto quedó lo suficientemente definido, crear un memo adicional (distinguirlo y etiquetarlo con la palabra "saturación").
- Registrar las reflexiones en memos que ayuden a pasar de un nivel descriptivo a otro interpretativo.
- Guardar una copia de todos los memos.

Memo analítico Documenta decisiones o definiciones hechas al momento de analizar los datos. Desde cómo surge una categoría hasta el código que se le asigna o el establecimiento de una regla de codificación.

Los **memos analíticos** se elaboran con fines de triangulación o auditoría entre investigadores, para que otras personas puedan ver lo que hicimos y cómo lo hicimos (Coleman y Unrau, 2005).

La bitácora se escribe diariamente (anotando la fecha) y cada investigador sigue su propio sistema para llenarla. Grinnell y Unrau (2007) proponen el siguiente esquema: 1) memos, anotaciones o comentarios acerca del método de análisis, 2) memos sobre los problemas durante el proceso, 3) memos en relación con la codificación, 4) memos respecto a ideas y comentarios de los investigadores (incluyendo diagramas, mapas conceptuales, dibujos, matrices, etc., 5) memos sobre el material de apoyo localizado (fotografías, videos, etc.) y 6) memos relacionados con significados, descripciones y conclusiones preliminares.

Así como la bitácora de campo refleja lo que "transpiramos" durante la recolección de los datos y nos ayuda a establecer la credibilidad de los participantes, la bitácora analítica muestra lo que "transpiramos" al analizar los datos y nos apoya a establecer la credibilidad del método de análisis.

Surgimiento de unidades de análisis y codificación abierta (en primer nivel o plano inicial)

En la mayoría de los estudios cualitativos se codifican los datos para tener una descripción más completa de éstos, se resumen, se elimina la información irrelevante y se realizan análisis cuantitativos elementales; finalmente, se trata de entender mejor el material analizado.

La codificación tiene dos planos o niveles: en el primero (codificación abierta), se codifican las unidades (datos en bruto) en categorías; en el segundo, se comparan las categorías entre sí para agruparlas en temas y buscar posibles vinculaciones (Saldaña, 2012; Matthew y Price, 2009a; Wicks, 2009; y Miles y Huberman, 1994).

El primer nivel es una combinación de varias acciones: identificar unidades de significado, categorizarlas y asignarles códigos a las categorías. A diferencia de la codificación cuantitativa, en la que una unidad constante se ubica en un sistema de categorías, en la codificación cualitativa abierta el investigador considera un segmento o unidad de contenido (no siempre estándar), lo analiza (se cuestiona: ¿qué significa este segmento?, ¿a qué se refiere?, ¿qué me dice?); toma otro segmento, también lo analiza, compara ambos segmentos y los analiza en términos de similitudes y diferencias (¿qué significado tiene cada uno?, ¿qué tienen en común?, ¿en qué difieren?, ¿me dicen lo mismo o no?). Si los segmentos son distintos en términos de significado y concepto, de cada uno induce una categoría (o bien, considera que no poseen un significado para el planteamiento); si son similares, induce una categoría común. Al considerar un tercer segmento, el investigador lo analiza conceptualmente y en términos de significado; del mismo modo, lo contrasta con los dos anteriores, evalúa similitudes y diferencias, induce una nueva categoría o lo agrupa con los otros. Con el cuarto segmento repite el proceso, y así sucesivamente (a este procedimiento se le denomina "comparación constante") (Tracy, 2013; Noerager, 2008; y Parry, 2003). El investigador va otorgando significados a los segmentos o unidades y descubriendo categorías. A cada una de éstas les asigna un código.

Codificación cualitativa El investigador considera segmentos de contenido, los analiza y compara. Si son distintos en términos de significado y concepto, de cada uno induce una categoría; si son similares, induce una categoría común.

Categorías Conceptualizaciones analíticas desarrolladas por el investigador para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana que está bajo investigación.

Códigos Identifican las categorías que emergen de la comparación constante de segmentos o unidades de análisis.

En la **codificación cualitativa** los códigos surgen de los datos (más precisamente, de los segmentos de datos): los datos van mostrándose y los "capturamos" en categorías. Usamos la codificación para comenzar a revelar significados potenciales y desarrollar ideas, conceptos e hipótesis; vamos comprendiendo lo que sucede con los datos (empezamos a generar un sentido de entendimiento respecto al planteamiento del problema). Los **códigos** son etiquetas para identificar **categorías**, es decir, describen un segmento de texto, imagen, artefacto u otro material.

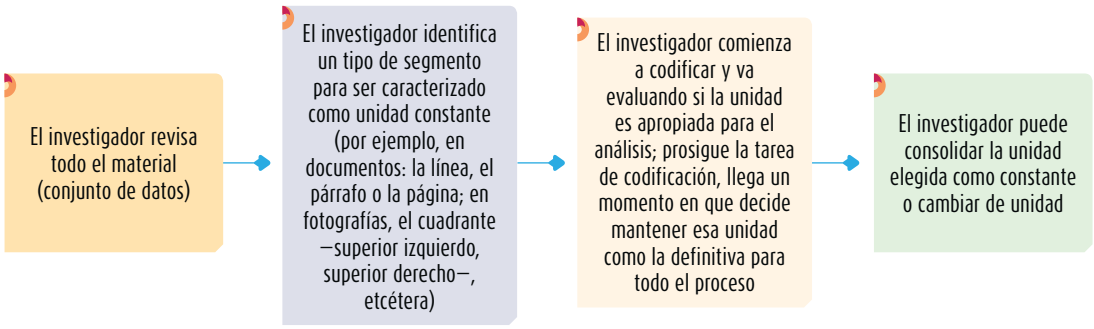
Cuando consideramos que un segmento o unidad es relevante (en términos del planteamiento, de representatividad de lo que expresaron los participantes, de importancia a juicio del investigador) podemos extraerlo como un potencial ejemplo de la categoría o de los datos.

Conforme el investigador revisa nuevos segmentos de datos y vuelve a revisar los anteriores segmentos (comparación constante), continúa "conectando conceptualmente" unidades y genera más categorías o consolida las anteriores.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Cabe señalar que la identificación de unidades o segmentos es tentativa en su comienzo y se encuentra sujeta a cambios. En la literatura sobre investigación cualitativa podemos identificar dos maneras para definir las unidades de análisis que serán codificadas: la primera, que podemos denominar como la elección de una "unidad constante", implica el proceso que se muestra en la figura 14.8.

Figura 14.8 Proceso de elección de una unidad constante.



La segunda, la de "libre flujo" implica que las unidades no poseen un tamaño equivalente. Se selecciona el inicio del segmento y hasta que se encuentra un significado, se determina el final del segmento. Por ejemplo, algunos segmentos podrían tener cinco líneas, otros 10, otros 50 (desde luego, en el caso del párrafo o una intervención de un participante en una sesión de grupo, como unidad constante, puede poseer diferentes extensiones también).

En ambas formas para decidir cuál es la unidad o segmento de análisis, es posible cambiar de unidad en cualquier momento. Incluso, quizá decidamos utilizar en un mismo estudio las dos posibilidades para diferentes clases de datos (entrevistas y fotografías, por ejemplo).

Codificación Implica, además de identificar experiencias o conceptos en segmentos de los datos (unidades), tomar decisiones acerca de qué piezas "embonan" entre sí para ser categorizadas, codificadas, clasificadas y agrupadas para conformar los patrones que serán empleados con el fin de interpretar los datos.

En este primer nivel de análisis, las categorías (y códigos) identificadas deben relacionarse lógicamente con los datos que representan (que quede clara la vinculación). Las categorías pueden emerger de preguntas y reflexiones del investigador o reflejar los eventos críticos de las narraciones de los participantes.

En la bitácora de análisis es necesario explicar con claridad las razones por las que se genera una categoría.

La esencia del proceso reside en que a segmentos que comparten naturaleza, significado y características, se les asigna la misma categoría y código, los que son distintos se ubican en diferentes categorías y se les proporcionan otros códigos. La tarea es identificar y etiquetar categorías relevantes de los datos.

Los segmentos se convierten en unidades cuando poseen un significado (de acuerdo con el planteamiento del problema) y en categorías del esquema final de codificación en el primer nivel, si su esencia se repite más adelante en los datos (por ejemplo, en la entrevista o en otras entrevistas). Las unidades son segmentos de los datos que constituyen los "tabiques" para construir el esquema de clasificación y el investigador considera que tienen un significado por sí mismas.

Bazeley (2013) y Coffey y Atkinson (1996) señalan que son tres las actividades de la codificación abierta o en primer plano:

1. Advertir cuestiones relevantes en los datos.
2. Analizar esas cuestiones para descubrir similitudes y diferencias, así como estructuras.
3. Recuperar ejemplos de tales cuestiones (unidades o segmentos).

Tal como resumen Coleman y Unrau (2005), la codificación en el primer nivel es predominantemente concreta y consiste en identificar propiedades de los datos. Las categorías se forman comparando datos, pero en este nivel no combinamos ni relacionamos datos. Todavía no interpretamos el significado subyacente en ellos. En la codificación abierta se trata intensivamente, unidad por unidad,

con la identificación de categorías que pudieran ser interesantes, sin limitarnos. Es importante asegurarnos de entender las categorías que se muestran en los datos.

En el caso de que el investigador decida la elección de una "unidad constante", algunos ejemplos serían los que a continuación se mencionan.

En textos (documentos, notas, transcripciones, etcétera):

1. Palabras: "alcoholismo", "Ricardo", "divorcio", "patria".
2. Líneas: "mi esposo me abandonó después de que me embaracé por tercera vez"
3. Párrafos:

   No puedo dejar de pensar (mmm) en que mis hijas vean a su padre completamente ebrio. Es algo en lo que pienso todas las noches antes de acostarme. Ojalá dejara la bebida (¡uhh!), pero lo veo como algo imposible. No ha podido dejar de hacerlo desde que lo conozco… (¡mmm!) pero antes bebía mucho menos (…)

4. Intervenciones de participantes (desde que comienza hasta que concluye su intervención cada uno).

   Jesús: No puedo dejar de beber, no puedo (¡ugg!).
   Alejandra: Ni lo quieres intentar. Piensa en lo mal que te sientes; en tus hijas. ¿Qué va a pasar cuando sean grandes?

   En este último caso tenemos dos unidades de análisis (intervenciones).

5. Páginas.
6. Cambios de tema (cada vez que aparece un nuevo tema).
7. Todo el texto.

En grabaciones de audio o video (hayan o no sido transcritas a texto):

1) Palabras o expresiones, 2) intervenciones de participantes, 3) cambios de tema, 4) periodos (segundo, minuto, cada *k* minutos, hora), o 5) sesión completa (entrevista, grupo de enfoque, otro).

En biografías: 1) periodo (día, mes, año, etapa o pasaje de vida), 2) cambios de tema y 3) actos conocidos.

Música: 1) verso de canción, 2) estrofa, 3) canción completa y 4) obra.

Construcciones, materiales o artefactos: 1) pieza completa, 2) partes específicas o sitios dependiendo del material, artefacto o construcción (en iglesias: atrio, altar, confesionario, etcétera).

A continuación presentamos muestras de unidades de análisis de los principales ejemplos que se han ido desarrollando en esta tercera parte del libro (tabla 14.9).

Tabla 14.9 Muestras de unidades de significado en los ejemplos desarrollados

Estudio	Participantes	Método de recolección de los datos	Ejemplos de unidades
Estudio sobre las experiencias de abuso sexual infantil de Morrow y Smith (1995)	Mujeres adultas que habían experimentado abuso sexual durante su infancia	Entrevista inicial y sesiones de enfoque	• "Solía jugar con muñecas de papel. Ellas eran mis amigas. Ellas nunca me podrían lastimar". • "Yo me refugié en la abuela, ella era una mujer muy espiritual... Ella acostumbraba mecernos y cantarnos". • "Me aislé para siempre". • "Debo ser invisible siendo buena niña, muy buena niña".
La guerra cristera en Guanajuato (1926-1929)	Sobrevivientes de la época	Entrevista	• El padre poco a poco platicaba: "no estamos bien aquí, niño, de ninguna manera... Mira, aquí me agarran con los cabecillas... Pedro no tiene ni para cuándo irse... no saben que aquí está el cabecilla, porque si no...". • "Estaba duro, si llegaba a los ranchos el Gobierno, se tragaba lo que había ahí y la gente se quedaba con hambre, si llegaban los cristeros, igual, no, se armó un desmadre". • "Todo valía madres, el que les caía mal, lo mataban. Había quienes eran cristeros y no ponían ni una pata en la cárcel".

(*continúa*)

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 14.9 (*continuación*)

Estudio	Participantes	Método de recolección de los datos	Ejemplos de unidades
Evaluación de la experiencia de compra de los clientes en centros comerciales de una importante cadena latinoamericana	Clientes de diferentes edades	Grupos de enfoque	• "Yo vengo a comprar, cuando tenemos tiempo nos venimos a tomar un café, pero deberían de abrir más temprano, mis hijos que son adolescentes vienen por cercanía y visitan mucho la parte del *fast-food*, en la tarde hay mucho joven". • "El ambiente me da paz, huele rico, el sonido me gusta, es agradable el aire acondicionado y todo está muy ordenado". • "La plaza no es para comprar, es más bien para dar la vuelta".

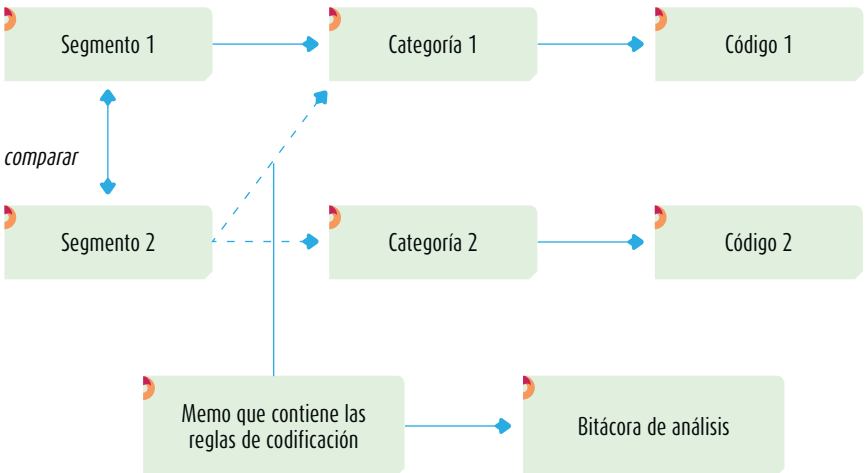
Las unidades o segmentos de significado se analizan tal como se recolectan en el campo (en el lenguaje de los participantes, aunque las expresiones sean gramaticalmente incorrectas, la estructura sea incoherente, haya faltas de ortografía e incluso groserías o términos vulgares).

En nuestra bitácora de análisis, por ejemplo, anotaríamos que las unidades de análisis elegidas fueron las líneas. Asimismo, recordemos que en la codificación cualitativa, las **categorías** son conceptos, experiencias, ideas, hechos relevantes y con significado.

Categorías Deben guardar una relación estrecha con los datos.

En resumen, desde el comienzo (a través de la comparación constante), cada segmento o unidad se clasifica como similar o diferente de otras. Si las primeras dos unidades poseen cualidades similares, generan tentativamente una categoría y a ambas se les asigna un mismo código. En el momento de asignar los códigos, elaboramos una nota sobre las características de las unidades por las que se consideran similares (un memo analítico sobre la regla), la cual se incluye en la bitácora de análisis. Si las dos unidades no son similares, la segunda produce una nueva categoría y se le asigna otro código. Y de nuevo, la información que defina a esta segunda categoría, se registra en la bitácora (regla en el memo analítico). Durante el proceso se van especificando las reglas que señalan cuándo y por qué se incluye una unidad en esa categoría. Tomamos una tercera, cuarta, quinta, *k* unidad o segmento y repetimos el proceso. La actividad se esquematiza en la figura 14.9.

Figura 14.9 Proceso de codificación cualitativa abierta.



El número de categorías aumenta cada vez que el investigador identifica unidades diferentes (en cuanto a significado) del resto de los datos (unidades previas categorizadas).

Veámoslo con un ejemplo sencillo, el análisis de los tipos de violencia entre parejas, en que se muestra una transcripción con nueve unidades de análisis (constantes), definiendo a la unidad como línea:

Ejemplo

De unidades de análisis (constantes)

Investigación sobre la experiencia negativa de una mujer golpeada por su esposo y los tipos de violencia que ejercen los maridos que abusan de sus parejas.

Recolección de los datos: Entrevistas en profundidad.
Unidad de análisis: línea.
Contexto: entrevista con una joven esposa de 20 años, dos años de casada, de origen humilde, que vive en los suburbios de Valledupar, Colombia.

1. Carolina: Mi esposo me ha golpeado varias veces (¡ehh!) (pausa).
2. No sé cómo decirlo. Me pega con la mano abierta y con el puño.
3. La última vez me dijo: "Eres una ramera". También me ha
4. dicho que soy malnacida, perra. Siempre me insulta. Y la
5. verdad es que nunca he dado motivo. Nunca (pausa). Me dice que
6. los hombres se meten en mí como culebras. Que me gusta hacerlo
7. quedar mal. Me mira con odio del malo. Me amenaza con los ojos.
8. Y a veces le contesto y le pego también. El otro día le rompí
9. una lámpara en la cabeza...

Analizamos la primera línea (unidad de análisis):

1. Carolina: "Mi esposo me ha golpeado varias veces (¡ehh!) (pausa)".

Consideramos su significado: ¿a qué se refiere? Decidimos generar la categoría "violencia física" (memo: la "violencia física" implica que una persona arremete contra la otra utilizando una parte de su cuerpo). Si más adelante encontramos que en la violencia física se utilizan objetos (además de partes del cuerpo), la regla podría modificarse (ampliándola): la "violencia física" implica que una persona arremete contra la otra utilizando una parte de su cuerpo o un objeto. Y si resulta que se producen hematomas o heridas, podría agregarse a la regla, lo mismo que "uso de armas de fuego". Cada elemento nuevo se agrega a la regla o definición.

La segunda unidad o segmento:

2. "No sé cómo decirlo. Me pega con la mano abierta y con el puño".

La comparamos con la primera (¿significan ambas lo mismo?, ¿qué clase de violencia reflejan?). La conclusión es que se refiere a lo mismo, sería parte también de "violencia física".

La tercera:

3. "La última vez me dijo: 'Eres una ramera'. También me ha…"

¿Qué significa? ¿Comparada con las otras dos significa lo mismo? La respuesta es que resulta ser algo diferente, pues no se trata de violencia física y no aplica la regla establecida. Esta tercera unidad posee un significado distinto, así que creamos la categoría "violencia verbal" (memo: "la violencia verbal" se refiere a que una persona insulta a la otra).

El cuarto segmento o unidad:

4. "…dicho que soy malnacida, perra. Siempre me insulta. Y la…"

¿Qué significa? (comparada esta unidad con las demás, ¿es similar o diferente?) La respuesta es que es distinta de las primeras dos y similar a la tercera, por lo que se asigna a la categoría "violencia verbal".

La quinta:

5. "…verdad es que nunca he dado motivo. Nunca (pausa). Me dice que…"

No es similar a ninguna unidad; debe crearse otra categoría, pero si el análisis está dirigido a describir los tipos de violencia utilizados por el marido, tal unidad no es pertinente para generar categorías.

Sin embargo, si el análisis pretende evaluar, además de los tipos de violencia presentes en las interacciones, el contexto en que se dan y la atribución de la esposa respecto de las razones por las cuales

los maridos abusan de ellas, habría que crear una categoría y su regla (por ejemplo: "desconocimiento de la razón o motivo", cuando la mujer no expresa una razón o manifiesta no conocerla).

Y así seguiríamos con cada unidad de análisis, comparándola con las demás.

En la codificación abierta, las unidades van produciendo categorías nuevas o van "encasillándose" en las que surgieron previamente. En el ejemplo, la séptima línea haría "brotar" la categoría "violencia psicológica".

En la transcripción del ejemplo analizado observamos tres tipos de violencia. Asimismo, notamos que el proceso de generar categorías se realiza sobre la base de la comparación constante entre unidades de análisis. Las categorías surgirán más rápidamente si primero leemos todo el material (unidades) y nos familiarizamos con éste. El número de categorías crece conforme revisamos más unidades de análisis. Desde luego, al principio de la comparación entre unidades se crean varias categorías; pero cuando avanzamos hacia el final, el ritmo de generación de nuevas categorías desciende.

En algunas ocasiones, las unidades de análisis o significado no generan con claridad categorías. Entonces, se acostumbra crear la categoría "otras" ("varios", "miscelánea"). Estas unidades son colocadas en dicha categoría, junto con otras difíciles de clasificar. Tal como señalan Grinnell *et al.* (2009), debemos tomar nota de la razón por la cual no producen una categoría o no pueden ser ubicadas en ninguna categoría emergida. Es posible que más adelante, al revisar otras unidades, generemos una nueva categoría en la que tengan cabida dos o más unidades que fueron asignadas a la categoría "otras". Al terminar de considerar todas las unidades, resulta conveniente revisar dicha categoría miscelánea y evaluar qué unidades habrán de juntarse en nuevas categorías. Si una unidad no puede clasificarse en el sistema de categorías, no debe desecharse, sino agregarse a la categoría miscelánea, a menos que no tenga relación con el planteamiento del problema.

La categoría miscelánea cumple la función preventiva de desechar lo que "aparentemente" son unidades irrelevantes, pero que más adelante pueden mostrarnos su significado. Cuando nos encontramos que la categoría "otras" incluye demasiadas unidades de significado, es recomendable revisar el proceso y cerciorarnos de que nuestro esquema de categorías y las reglas establecidas para producirlas y clasificarlas sean claras y nos permitan discernir entre categorías. Coleman y Unrau (2005) indican que la categoría "otras" no debe ser mayor de 10% respecto al conjunto total del material analizado. Cuando supera aproximadamente este porcentaje o nos damos cuenta que la categoría absorbe muchas unidades, puede deberse a cansancio, "ceguera", "falta de concentración" o, lo que es más delicado, a que tenemos problemas con el esquema de categorización (codificación y las reglas).

Bitácora de análisis o analítica Sirve para asegurar la aplicación coherente de las reglas emergentes que guían la generación de categorías y sus definiciones, así como la asignación de unidades posteriores a las categorías que ya surgieron.

Ocasionalmente, podemos detenernos y reafirmar las reglas o modificarlas (ampliarlas o transformarlas por completo). Por su parte, las categorías también pueden cambiar su estatus (llegar a ser irrelevantes de acuerdo con el planteamiento o eliminarse, por ejemplo, por ser redundantes).

El número de categorías que encontremos o generemos depende del volumen de datos, el planteamiento del problema, el tipo de material revisado y la amplitud y profundidad del análisis. Por ejemplo, no es lo mismo analizar percepciones de un grupo de niños sobre sus madres, que las percepciones de los infantes sobre sus madres, padres, hermanos y hermanas.

La complejidad de la categorización también debe considerarse, una unidad puede generar más de una categoría o colocarse en dos, tres o más categorías. Por ende, la unidad:

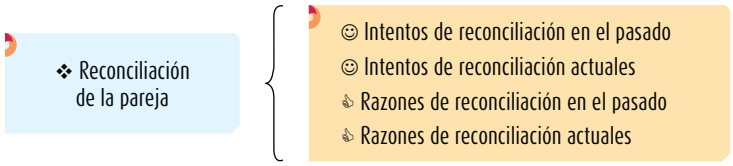
25. Carolina: "Me dijo que era una estúpida y que él manda y sólo él habla en esta casa".

Puede emerger como la categoría "violencia verbal" (categoría de la dimensión tipo de violencia) y como la categoría "autocrático o impositivo" (al ubicar el papel del esposo en la relación).

También es posible codificar unidades (que hagan surgir categorías) que se superpongan o traslapen entre sí. En otros casos, "pequeñas" categorías pueden "encajar" dentro de categorías más amplias e inclusivas, que suelen denominarse "códigos anidados" (Coleman y Unrau, 2005).

Algunas categorías pueden ser tan complejas que es necesario fragmentarlas en varias, pero si esto resulta muy difícil, es mejor dejarlas como un todo y continuar la codificación y al refinar el análisis,

Figura 14.10 Muestra de la fragmentación de una categoría.



la fragmentación puede ser más sencilla. En la figura 14.10 se muestra un ejemplo de fragmentación de categorías.

La categoría fragmentada puede constituir más adelante un tema.

Un ejemplo de categorías referidas a los "estados conductuales de los pacientes", lo ofrece Morse (1999). En su estudio, las categorías emergieron al observar el proceso de confrontación que ofrecían enfermeras a pacientes traumatizados (en estado de gravedad), en la sala de urgencia de hospitales en Estados Unidos y Canadá (que fue esbozado en el capítulo anterior).

- Inconsciente
- Tranquilo y relajado
- Asustado
- Aterrorizado
- Fuera de control

Estas categorías emergentes reflejan el estado del paciente durante la urgencia.

Otras categorías que surgieron fueron las estrategias usadas por las enfermeras para confortar a los pacientes:

1. Hablar a los pacientes en situaciones dolorosas.
2. Permitirles soportar la agonía, empleando un estilo particular de conversación y posturas que denominamos registro de conversación para confortar.
3. Normalizar la situación al prevenir los gritos, la excitación y el pánico, lo mismo que controlar la propia expresión mientras se atendían las lesiones.
4. Bromear con los pacientes en condiciones serias, de tal forma que la situación no parezca grave.
5. Apoyar a los médicos en sus tareas y recordarles cuánto tiempo había pasado desde que comenzaron los esfuerzos de resucitación, cuándo era tiempo de mover a los pacientes, si era necesario darles más analgésicos u otra observación.
6. Llevar a los familiares de los pacientes, lo cual implicaba ocultar cualquier signo de severidad del padecimiento (limpiar la sangre), describir a la gente lo que debe hacer al entrar a la sala de traumatología.
7. Apoyar a los parientes y explicarles cómo hablar a sus seres queridos.

La creación de categorías a partir del análisis de unidades es una muestra de por qué el enfoque cualitativo es inductivo. Los nombres de las categorías y las reglas de clasificación deben ser claras para evitar reprocesos excesivos en la codificación. Recordemos que en el análisis cualitativo hay que reflejar lo que nos dicen los participantes en sus "propias palabras".

Veamos algunos ejemplos de las categorías generadas en el estudio sobre las experiencias de abuso sexual infantil de Morrow y Smith (1995).

- Los abusos variaron desde insinuaciones y transgresiones a la intimidad, hasta violaciones completas con la presencia de armas de fuego cargadas. Estas formas del abuso produjeron cinco categorías: *a*) abusos sexuales no físicos, *b*) molestias físicas (actos físicos para molestar), *c*) forzar a realizar actos sexuales, *d*) penetración y *e*) tortura sexual.
- Las dos categorías centrales que surgieron de las experiencias del abuso sexual infantil fueron:
  - ***a)*** Agobio abrumante por los sentimientos de miedo y sensación de peligro.
  - ***b)*** Experimentar impotencia, falta de apoyo y control.
- De estos sentimientos profundos descritos por las víctimas, surgieron también dos estrategias fundamentales paralelas (categorías) para sobrevivir y afrontar la terrible experiencia:

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

a) Evitar ser consumida por el agobio provocado por los sentimientos peligrosos o amenazantes.
b) Manejar la sensación de carencia de ayuda, impotencia y falta de control. Porque la niña disponía de pocos recursos de ayuda, la mayor parte de las estrategias descritas por las participantes se orientaron internamente y se enfocaron en las emociones.

Una cuestión adicional es que emergen diversas clases de categorías: 1) esperadas (que anticipábamos encontrar; por ejemplo, en el caso de la guerra cristera, crímenes contra sacerdotes), 2) inesperadas (uso de las iglesias como cuarteles por ambos bandos), 3) centrales para el planteamiento del problema (prohibición oficial a la población de toda muestra de culto religioso), 4) secundarias para el planteamiento (lugares específicos donde asesinaban a los cristeros) y 5) las misceláneas. A esta clasificación se pueden agregar otras dos sugeridas por Creswell (2009): categorías inusuales (situaciones poco comunes pero de interés conceptual para la comprensión del fenómeno) y categorías teóricas (obtenidas desde una perspectiva de teoría).

Por otra parte, Bogdan y Biklen (2003) mencionan los siguientes tipos de categorías que pueden surgir del análisis: 1) del contexto o ambiente, 2) de perspectivas de los participantes, 3) de maneras de pensar de los participantes sobre otras personas, objetos y situaciones, 4) de procesos, 5) de actividades, 6) de estrategias, 7) de relaciones y 8) de estructuras.

Regresando a los códigos, se asignan a las categorías (las etiquetan) con la finalidad de que el análisis sea más manejable y sencillo de realizar, además son una forma de distinguir a una categoría de otras. Pueden ser números, letras, símbolos, palabras, abreviaturas, imágenes o cualquier tipo de identificador, como se muestra en el siguiente ejemplo:

Ejemplo

Tipo de violencia

1. Violencia física
2. Violencia verbal
3. Violencia psicológica

VF: Violencia física
VV: Violencia verbal
VP: Violencia psicológica

Violencia física

Violencia verbal

Violencia psicológica

Los códigos identifican las categorías, y también se puede asignar un código que indique dimensión y categoría (Ritchie *et al.,* 2013 y Benaquisto, 2008a). Por ejemplo:

TVF: Violencia física
TVV: Violencia verbal
TVP: Violencia psicológica

Donde T nos señala que es la dimensión "Tipo de violencia" y VF, VV y VP las diferentes categorías.
A veces tenemos codificaciones más complejas:

PASJE: Pariente que abusó sexualmente de la joven y que estaba bajo el influjo de un estupefaciente.
PASJA: Pariente que abusó sexualmente de la joven y que estaba bajo el influjo del alcohol.
PASJNS: Pariente que abusó sexualmente de la joven y que no estaba bajo el influjo de ninguna sustancia.

PAOC: Profesor autocrático que obliga a los alumnos a quedarse después de que terminaron las clases.
PASR: Profesor autocrático que sanciona a los alumnos ridiculizándolos en público.
PDNS: Profesor democrático que no ejerce sanción.

Hay quienes separan la secuencia; por ejemplo, P-A-S-J-E, etcétera.

Cuando las categorías son personas (por ejemplo, al analizar relaciones entre miembros de una familia o un grupo de pandilleros), suelen asignarse como códigos las siglas de cada quien (GRR- Guadalupe Riojas Rodríguez). También suelen identificarse secuencias de acción por medio de códigos (E- VF- ES- A: el esposo abusó, mediante violencia física, de la esposa bajo el influjo del alcohol). Los códigos son como "apodos" o "sobrenombres" de las categorías. Sirven para identificarlas más rápidamente. Es una manera relativamente simple de códigos, muy útil cuando se hacen los primeros trabajos de codificación cualitativa. Lo ideal es que los códigos reflejen en mayor grado la sustancia de las unidades.

Por ejemplo:

"Después de que me dejó mi marido, no me siento segura, estoy gorda (silencio), me veo a mí misma y digo 'no valgo nada'".

Código: Autoestima (refleja algo de la unidad, pero no toda la riqueza). Sería más apropiado: Baja autoestima.

Una forma de asignar códigos a unidades es lo que se denomina "códigos en vivo" (King, 2008), en los que el código es un segmento del texto. Por ejemplo:

Unidad (guerra cristera).

"...obviamente, estas personas no llegaban preguntando por la llave o por quién les abriera, sino que ellos, en un auténtico asalto, entraban por la fuerza".

Código en vivo:

"…obviamente, estas personas no llegaban preguntando por la llave".

Es decir, es un fragmento de la propia unidad (o podría ser toda la unidad). Resulta obvio que la codificación "en vivo" no es conveniente para unidades grandes.

Cuando trabajamos la codificación mediante un procesador de textos, dejamos un espacio en el margen derecho para anotar los códigos. Por ejemplo:

> Empezaron a [...] hacer una matazón horrible esa vez [...] yo fui acabando de pasar eso, fui a ver y había un reguero de gente, heridos y muertos en toda la cuadra entre Corregidora e Hidalgo, en esa cuadra, ahí una barbaridad, muchos estaban ahí. Y cuando llegó ese ejército a poner paz, no recogieron más que 22 cadáveres, los demás los había recogido la gente ya, era 1940.

El conflicto se prolongó más allá de 1929.

STATS®

Los programas de análisis cualitativo (como Atlas.ti® y NVivo®) dejan automáticamente un margen a la derecha para los códigos y los anotan. Para ver un ejemplo de categorización producto de Atlas.ti®, recomendamos al lector consultar el ejemplo 3 del centro de recursos en línea: "Entre 'no sabía qué estudiar' y 'esa fue siempre mi opción': selección de institución de educación superior por parte de estudiantes en una ciudad del centro de México" (Hernández-Sampieri y Méndez, 2009).

Centro de recursos en línea

Una vez categorizadas todas las unidades, se hace "un barrido" o revisión de los datos para:

1. Darnos cuenta de si captamos o no el significado que buscan transmitir los participantes o el que pretendemos encontrar en los documentos o materiales.
2. Reflexionar si incluimos todas las categorías relevantes posibles.

3. Revisar las reglas para establecer las categorías emergentes.
4. Evaluar el trabajo realizado.

En este punto puede suceder que validemos el proceso, o bien, que estemos confundidos acerca de las razones por las cuales generamos ciertas categorías o poseamos inseguridad respecto a las reglas. También que consideremos que algunas categorías son demasiado complejas y generales y debamos fragmentarlas en nuevas categorías. Es el momento de evaluar cada unidad para que sea incluida en una determinada categoría. El propósito es eliminar vaguedad e incertidumbre en la generación de categorías.

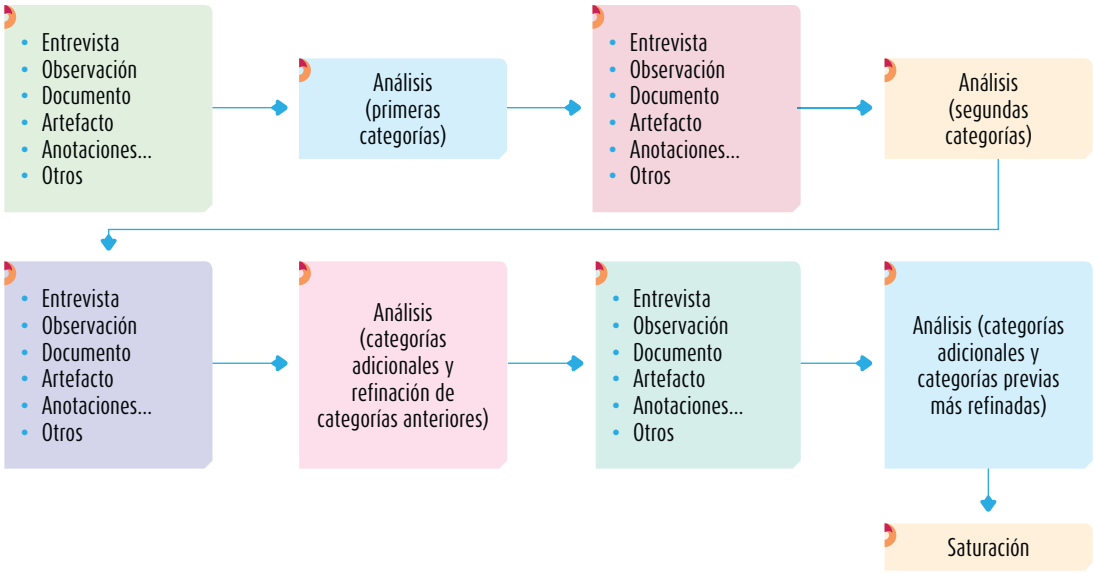
Asimismo, podemos descubrir que algunas categorías no se han desarrollado por completo o se definieron parcialmente. Además, quizá detectemos que no aparecieron las categorías esperadas. Ante problemas e inconsistencias, habrá que revisar dónde fallamos: si en la definición de las unidades de análisis, en las reglas de categorización, en la detección de categorías que emergieron por comparación de unidades, etc. Entonces, resulta conveniente anotar en la bitácora todos estos sucesos y no angustiarnos. Además, cabe la posibilidad de que el fenómeno se comporte o sea de otra manera a la anticipada.

Algunas decisiones que podemos tomar ante esta clase de contingencias negativas son: *a*) regresar al campo en búsqueda de datos adicionales (más entrevistas, observaciones, sesiones, artefactos u otros datos), o *b*) solicitar a otro investigador que "pruebe" nuestro sistema de categorías y reglas, mediante su propio análisis con al menos algunos casos (por ejemplo, entrevistas). Como ya se dijo, siempre hay una diferencia entre los resultados que podrían obtener dos personas que analizan un mismo material, pero si va más allá de lo razonable, Coleman y Unrau (2005) recomiendan acudir a un tercero para que vuelva a codificar y dilucidemos lo que está ocurriendo, para efectuar las modificaciones pertinentes.

Por otro lado, cuando estamos analizando datos y "todo va bien", a veces nos cuestionamos cuándo parar. ¿Tenemos suficientes entrevistas, sesiones, artefactos? (por ejemplo, hicimos 15 entrevistas, ¿requerimos más?). Regularmente nos detenemos en lo referente a recolectar datos o agregar casos cuando al revisar nuevos datos (entrevistas, sesiones, documentos, etc.), ya no encontramos categorías nuevas (significados diferentes) ni información relevante; o bien, tales datos encajan fácilmente dentro de nuestro esquema de categorías (Neuman, 2009). A este hecho se le denomina **saturación de categorías**, que significa que los datos se vuelven repetitivos o redundantes y los nuevos análisis confirman lo que hemos fundamentado (Sparkes y Smith, 2014; Sandelowski, 2008; Guest, Bunce y Johnson, 2006; y Morse, 2003). Este concepto se representa en la figura 14.11.

Saturación de categorías Cuando los datos se vuelven repetitivos o redundantes y los nuevos análisis confirman lo que se ha fundamentado.

Figura 14.11 Saturación de categorías.



Hay un par de cuestiones que, aunque ya se mencionaron, debemos recalcar: durante el proceso de codificación inicial es aconsejable ir eligiendo segmentos muy representativos de las categorías (ejemplos, citas textuales), que las caractericen o que posean un significado muy vinculado con el planteamiento, porque más adelante habremos de necesitarlos en lo que suele conocerse como recuperación de unidades. Asimismo, recordemos que las anotaciones del investigador (contenidas en la bitácora de recolección de los datos u otro medio), también se codifican (a veces aparte y en otras ocasiones junto con las entrevistas, sesiones, etc.; en esta segunda opción deben vincularse con los datos).

Si el proceso se completó, los voluminosos datos se reducirán a categorías y se transformarán, sin perder su significado (lo cual es imprescindible en la investigación cualitativa), además de encontrarse ahora codificados. A veces tenemos como resultado unas cuantas categorías, y en otras diversidad de ellas.

A quienes efectúan un estudio cualitativo por primera vez, les cuesta trabajo generar categorías (y a veces aún a investigadores con experiencia). Por ello, se incluye el siguiente apartado propio de esta edición.

Técnicas para generar categorías cuando cuesta trabajo hacerlo

Antes de revisar las técnicas para generar categorías, debemos señalar que los autores de la investigación cualitativa a lo largo de la historia las denominan de diferentes formas. En teoría fundamentada se les designan "categorías" (Glaser y Strauss, 1967), pero también se les ha nombrado de otras maneras: "expresiones" (Opler, 1945), "unidades temáticas" (Krippendorf, 1980), "segmentos" (Tesch, 1990), "conceptos" (Strauss y Corbin, 1990), "etiquetas" (Dey, 1993), "códigos" (Miles y Huberman 1994) y "temas" (Ryan y Bernard, 2003). Nosotros preferimos denominarlas "categorías", y al conjunto de categorías que se refieren a un mismo asunto, "temas" (corresponden al mismo fenómeno). Son los términos que se han acuñado en las últimas ediciones de esta obra.

Una técnica sencilla para producir categorías es la de "agrupamiento": primero, anotar temas vinculados al planteamiento mencionados en las entrevistas o grupos, o bien, detectados en las observaciones y documentos. Luego, señalar cuáles son comunes (se repiten una y otra vez), cuáles son los más distintivos (muy relacionados con el planteamiento) y cuáles solamente se mencionan una o pocas veces. Estos últimos se descartan. Posteriormente, agrupar temas. Esto se ilustra gráficamente de la siguiente manera (puede ser un formato):

Lista de temas	¿Cuáles son comunes? (se repiten frecuentemente)	¿Cuáles son los más distintivos? (vinculados con el planteamiento)	Agrupamiento (¿cuáles se pueden agrupar?)
1			
2			
3			
k			

Los más distintivos representan a las categorías más importantes y cada una se nombra, describe, ilustra y analiza. Para denominar a las categorías se aconseja utilizar las palabras que representen más a los temas (¿de qué se trata?).

Asimismo, diversos autores consideran varias técnicas para desarrollar categorías porque es difícil anticipar todas las que pueden emerger, desde el conteo de palabras hasta los análisis de diferentes unidades.[14] Cada una tiene ventajas y desventajas. Ciertas técnicas son más apropiadas para narrativas complejas y ricas en contenido, mientras que otras resultan más adecuadas para respuestas cortas a preguntas abiertas. Algunas requieren mayor mano de obra y experiencia del investigador. Ryan y Bernard (2003) las dividen en técnicas de escrutinio y técnicas de procesamiento.

Tratándose de material escrito se buscan categorías examinando el texto y se destacan frases clave o segmentos con marcadores de diferentes colores (manualmente) o bien se establecen categorías en el programa de análisis (en computadora). Se subrayan o marcan segmentos que tienen sentido de acuerdo con el planteamiento.

[14] Hernández-Sampieri *et al.* (2013); Ryan y Bernard (2003); Patton (2002); y Strauss y Corbin (1990).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

En material audiovisual, una vez más se recomienda transcribirlo para que sea posible manejarlo. Si el análisis es manual se generan categorías en dos vías: a partir del texto y a partir de observar las imágenes. Si se hace mediante un programa de computadora, se integran las transcripciones, las imágenes, el audio y el video.

Técnicas de escrutinio

Veamos algunas técnicas de escrutinio.

1. Repeticiones

   La repetición es una de las maneras más fáciles de identificar categorías. Cuando una unidad o idea se repite frecuentemente, puede significar que representa una categoría (regularidad recurrente).

   Por ejemplo, si en una entrevista sobre las razones para laborar en cierta empresa el participante menciona varias veces ideas asociadas con el dinero, los ingresos, aumentar su posición económica, resulta claro que hay una categoría: factor económico. Desde luego, debe referirse al planteamiento del problema (por ejemplo, comprender las motivaciones de los estudiantes para ingresar a su primer trabajo). Así, las recurrencias nos sirven para producir categorías.

2. Conceptos locales o usados frecuentemente en el contexto del estudio

   Buscar términos "locales" que no sean comunes en otros ambientes y parezcan propios de los participantes (Ryan y Bernard, 2003; y Patton, 2002). Son expresiones muy reveladoras en el contexto analizado y pueden implicar categorías por su significado profundo para los participantes. Son códigos "en vivo" que muchas personas utilizan cuando quieren poner algo de relieve. Por ejemplo, si efectuamos un grupo de enfoque entre jóvenes mexicanos y en el lenguaje encontramos que ciertos conceptos van acompañados del término: "chingona" (genial, extraordinaria)[15] refiriéndose a ciertas experiencias, éstas pueden encontrarse en frases con potencial para constituir categorías. Es una manera útil de encontrar categorías en mensajes presentes en redes sociales de internet.

3. Metáforas y analogías

   Diversos autores han observado que las personas frecuentemente representan sus pensamientos, conductas y experiencias a través de analogías y metáforas (Ryan y Bernard, 2003), lo cual ayuda a localizar categorías con significado. Por ejemplo, si evaluamos experiencias de matrimonios y sus conflictos y el esposo comenta: "Tenemos problemas porque ella es fría como el hielo". Podemos comenzar a establecer la categoría "frigidez" y luego corroborarla en otras citas o pasajes.

4. Transiciones

   Cambios que ocurren de manera natural en conversaciones e interacciones pueden constituir "marcadores" de categorías. En textos, se trata de párrafos nuevos. En el lenguaje verbal también los cambios en el tono de voz, las interrupciones o la presencia de ciertas frases pueden implicar transiciones y marcadores. Por ejemplo, en el estudio sobre las experiencias de matrimonios, pausas largas pueden indicar que el lenguaje que le sigue es importante y con potencial para generar una categoría.

5. Similitudes y diferencias

   Similitudes entre pasajes, unidades, segmentos de lenguaje verbal y no verbal, pueden indicar categorías. De hecho, como hemos visto, la comparación constante se fundamenta en ello. Cuando un pasaje es similar a otros, es muy probable que se presente una categoría.

[15] En México este término es soez para quienes son tradicionalistas. Pero la realidad es que se usa con frecuencia. De antemano, una disculpa a quien se ofenda por su utilización. En cada país hay palabras o expresiones reveladoras que pueden aparecer junto a conceptos con potencial para ser categorías ("piola", "chorro", "chilero", "chamullo", "¡juaz!", "cahüinero", "buitrear", "maco", "alero", "¡chesu!", "morfar", "embolillar", "¡tufoso!", "arebatao", "ambia ", "babieco", "cabriado", "coñazo", "malandro", "lebudo", "agare", "hangear", etc.). Piense en su región qué términos se mencionan comúnmente para enfatizar conceptos.

6. Conectores lingüísticos y adverbios, pronombres o similares

Útiles para encontrar categorías y establecer relaciones entre ellas. Una manera de localizar categorías es buscando las palabras "no", "nunca", "ninguno", o sus opuestos. Los investigadores pueden descubrir categorías buscando grupos de palabras y mirando los términos que las conectan. También, en características negativas o positivas pueden descubrirse categorías. Al examinar cuidadosamente palabras y frases como "porque", "desde entonces" y "como resultado", nos daremos cuenta de que a menudo indican relaciones causales entre categorías (Ryan y Bernard, 2003). Términos como "si" o "entonces", "más que" y "en lugar de" a menudo significan relaciones condicionales. La frase "es un" suele asociarse con categorías taxonómicas (por ejemplo, "Amalia Eugenia es como una viuda negra", "Hans Torres es como un león, pero finalmente es un tipo de gato". Las relaciones orientadas temporalmente son expresadas mediante palabras como "antes", "después", "entonces" y "siguiente".

¿Qué otros tipos de relaciones pueden ser de interés? Ryan y Bernard (2003) sugieren buscar atributos (por ejemplo, X es Y), contingencias (si X, entonces Y), funciones (X es un medio de afectar a Y), de orientación espacial (X está cerca de Y), definiciones operacionales (por ejemplo, X es una herramienta para hacer Y), ejemplos (X es una instancia de Y), comparaciones (X se parece a Y), inclusiones de clase (X es un miembro de Y), sinónimos (X es equivalente a Y), antónimos (X es la negación de Y), procedencia (X es la fuente de Y) y circularidad (X se define como X). En Werner, Schoepfle y Ahern (1987) se encuentran otros tipos de relaciones que pueden ser útiles para identificar categorías.

7. Datos perdidos o no revelados

Ryan y Bernard (2003) también aportan una técnica a la inversa para descubrir categorías. En lugar de que el investigador se pregunte qué hay aquí, puede pensar en qué falta, qué está ignorado o perdido. "Lo que no se menciona". Es importante estar atentos a lo que los participantes evaden intencional o no intencionalmente. Por ejemplo, una joven muy religiosa puede silenciar las relaciones sexuales o el aborto en un estudio sobre el tema. Muchas voces "no se escuchan" porque los temas les parecen comprometedores, difíciles o complicados a algunos participantes.

Lo mismo ocurre con temáticas muy comunes, ya que las personas pueden dejar de lado "información que todo mundo sabe". Esto se conoce como "abreviación". Por ejemplo, Miura (2002), en una investigación sobre sentimientos de las mujeres al perder a su esposo, al efectuar entrevistas se percató de que se daba por hecho que se vive un duelo y no se comenta porque es una especie de premisa y el investigador debió ahondar en ello.

No es fácil buscar información faltante. Las personas pueden desconfiar del investigador o no querer expresar ciertas cuestiones en presencia de otros. Distinguir entre el caso en el que los participantes están dispuestos a discutir un tema y cuando asumen que el investigador ya sabe sobre éste requiere mucha familiaridad con temas e informantes.

Para localizar categorías en datos perdidos o ausentes, Ryan y Bernard (2003) recomiendan buscar y analizar expresiones que no se asocian con las categorías descubiertas. Por ello, deben darse varias lecturas al texto o imágenes.

8. Material vinculado a la teoría

Además de caracterizar las experiencias de los participantes, casi siempre los investigadores están interesados en cómo sus datos cualitativos iluminan el conocimiento de los fenómenos estudiados y generan teoría. Por ello, gran parte de los autores (por ejemplo: Savin-Baden y Major, 2013; Bazeley, 2013, Denzin y Lincoln, 2011; Boeije, 2010; y Bogdan y Biklen, 1982) indican que se examine el ambiente o contexto, las perspectivas de los participantes y sus percepciones y lo que piensan de otras personas, objetos, procesos y relaciones; así como las condiciones, interacciones y consecuencias de los fenómenos estudiados y ordenarlas en teorías. Pero al hacerlo, el investigador debe tener cuidado de no solamente descubrir las categorías y cuestiones que encajan en la teoría, pues pueden obtenerse otras categorías que sean relevantes para otros conceptos o facetas del planteamiento o fenómeno estudiado. Por último, debe haber una conexión entre las categorías y las preguntas de investigación, pero también es necesario buscar nuevas perspectivas.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Hasta aquí, las técnicas descritas para descubrir categorías pueden aplicarse manualmente. Las siguientes requieren el uso de programas de computación para análisis cualitativo, pues de otra manera sería sumamente tedioso.

Técnicas de procesamiento

Entre las técnicas de procesamiento se encuentran las siguientes:

1. Corte y clasificación

   Después de revisar, manejar y marcar el texto, el cortar o editar y clasificar, consiste en identificar expresiones, pasajes o segmentos que parecen importantes para el planteamiento y luego juntarlos conceptualmente (sería como agrupar objetos en el "cajón o pila" que le corresponde: juguetes, artículos de cocina, ropa, etc.). Hay diversas técnicas para ello. La más difundida es el método de comparación constante. Se hace mediante el programa o en un procesador de textos (hace tres décadas se hacía con tarjetas de colores). En el segundo caso, cada "cajón conceptual" o tema general puede ser un documento de Word. Desde luego, podemos comenzar agrupando temas generales o más específicos. La mayoría de las veces se pretende generar una amplia gama de temas vinculados al planteamiento, para después ir seleccionando los más importantes para su análisis (es similar a la técnica de "agrupamiento").

   Una variante, cuando el material es sumamente extenso, es que el equipo se lo divida y después, en una reunión de trabajo, se elijan las categorías centrales y comunes. Si el material no es extenso, puede ser revisado por investigadores independientes y luego se contrastan las categorías coincidentes. Ryan y Bernard (2003) incluso recomiendan el trabajo en parejas. Estos autores, en un proyecto entrevistaron a médicos, líderes comunitarios y padres sobre qué podían hacer para prevenir la violencia entre jóvenes. El material resultante fue extenso, y por tanto desarrollaron el proceso en dos pasos. Comenzaron con tres categorías que habían obtenido de la teoría. El investigador principal extrajo todas las citas o unidades que pertenecían a ellas. Posteriormente, cuatro codificadores clasificaron las citas en categorías y generaron otras.

2. Listas de términos y palabras clave en contexto (PCC))

   Identificar palabras que utilicen los participantes de manera recurrente (comunes a la mayoría y que todos las mencionen frecuentemente). Similar a la primera técnica (repetición), pero ahora en vez de unidades o ideas, se trata de conceptos.

   Así, se elabora una lista y se cuenta el número de veces que se repiten (frecuencias). Esto lo hace cualquier programa de análisis. Por ejemplo, en una investigación efectuada en 1996, G. W. Ryan y T. Weisner (citados por Ryan y Bernard, 2003) pidieron a una muestra de padres y madres que describieran a sus hijos en sus propios términos ("solamente hablen de ellos"). Después, transcribieron las respuestas y generaron una lista de palabras (eliminaron 125 que son comunes en inglés, principalmente preposiciones, artículos y conjunciones). Finalmente, determinaron la frecuencia de cada uno de estos términos. Encontraron que las madres utilizaron palabras como "amigos", "creativos", "temporales" y "honestos"; mientras que los padres usaron términos como "escuela", "bueno", "falta", "estudiante", "disfruta", "independiente" y "extremadamente". La elección de las palabras reveló que los padres estaban preocupados por temas (categorías) relacionados con la independencia de sus hijos y sus cualidades moral, artística, social, atlética y académica. Ryan y Weisner utilizaron esta información como pista para localizar categorías en la codificación de los textos.

   Las técnicas de conteo de palabras producen lo que se ha denominado "condensación o destilación de datos", que ayuda a los investigadores a concentrarse en el núcleo de categorías vinculadas al planteamiento del problema en un universo difuso de datos. Pero el investigador debe tener en mente que el conteo puede sacar a los términos de su contexto. La lista y recuento de palabras es una herramienta para ayudarnos a identificar categorías, pero siempre los términos, categorías y temas tienen que analizarse en su contexto.

3. Coocurrencia de palabras

   Este enfoque, también conocido como "colocación", se basa en la idea de que el significado de una palabra está relacionado con los conceptos a los que está conectada. Actualmente, median-

te los programas de análisis pueden construirse matrices de coocurrencia. Jang y Barnett (1994) examinaron si una cultura nacional (estadounidense o japonesa) puede distinguirse en las cartas/informes anuales enviadas por los máximos directores de las empresas a sus accionistas, en 18 corporaciones de Estados Unidos y 17 de Japón (todas incluidas en las 500 empresas de *Fortune*). Entre algunos resultados, Ford fue igualada con Honda, Xerox con Canon y así sucesivamente.

Todas las empresas cotizaban en la Bolsa de Valores de Nueva York y cada año los accionistas recibían un mensaje anual del director o presidente de las organizaciones. Los investigadores analizaron las cartas de 1992 (ignorando una lista de palabras comunes como "el", "la", "porque", "si" y "así sucesivamente") y aislaron 94 palabras que ocurrieron al menos ocho veces en las 35 cartas. Esto produjo una matriz de 94 palabras × 35 compañías, en la cual las celdas contenían un número de 0 a 25, siendo el 25 el mayor número de veces que cualquier palabra aparecía en una de las cartas/informes.

A continuación, Jang y Barnett (1994) crearon una matriz de similitud de 35 × 35 empresas, basada en la coocurrencia de palabras en las cartas. En este caso, utilizaron el coeficiente de correlación para medir la similitud entre las compañías. Los investigadores también habrían podido utilizar otras medidas, como primero una matriz original con dicotomías, basada en si se menciona o no la palabra y luego calcular el porcentaje de veces que cada organización utiliza las mismas palabras.

Así, los autores analizaron la matriz de empresa por empresa con escalamiento multidimensional y encontraron que las compañías se dividieron en dos estilos claramente distintos de informes corporativos a los accionistas, uno estadounidense y otro japonés. Los investigadores se preguntaron "qué palabras fueron importantes para distinguir los grupos y cómo se relacionan con ambos".

El análisis discriminante indicó que 23 palabras tuvieron un efecto significativo en la diferenciación entre los grupos, por lo que Jang y Barnett utilizaron el análisis de correspondencia para evaluar la matriz de 35 empresas × 23 palabras. Este método agrupa filas y columnas simultáneamente. En este caso, el análisis mostró conglomerados o agrupaciones de palabras y de empresas. Los resultados revelaron que 13 palabras estuvieron cerca del clúster estadounidense y se agruparon juntas: "jefe", "liderazgo", "consejo" (administración), "presidente", "oficial" (en inglés se utiliza en el contexto de director ejecutivo oficial o director general —CEO—), "principal", "posición", "financiero", "mejorado", "bueno", "éxito", "competitivo" y "cliente". Tales palabras representan dos temas: *información financiera* y *estructura organizacional*.

Seis palabras estuvieron "cerca" de las compañías japonesas: "ingresos", "esfuerzo", "economía", "novedoso o nuevo", "desarrollo" y "calidad". Estos términos representan para los investigadores las operaciones organizacionales y reflejan la preocupación nipona por el desarrollo de nuevos productos de alta calidad para competir con las empresas estadounidenses. Las cuatro palabras restantes ("compañía", "mercado", "la gente" —colaboradores— y "nosotros") fueron utilizadas por ambas nacionalidades de empresas y las consideraron neutrales, aunque pueden indicar categorías como el *interés por el mercado* y el *propio personal*.

4. Metacodificación

En este método, se examina la relación entre las categorías sugeridas por estudios previos (marco teórico) para descubrir otras potencialmente nuevas y temas. La técnica requiere un conjunto de unidades o datos (párrafos, textos completos, imágenes, etc.) y un conjunto de categorías establecidas. Para cada unidad, el investigador se pregunta qué categorías están presentes y cuál es su dirección y valencia. Los datos se disponen en una matriz de unidad por tema. Esta matriz puede tratarse estadísticamente. El análisis factorial, por ejemplo, indica el grado en que las categorías se mezclan a lo largo de un número limitado de dimensiones. Los análisis de correspondencias y de conglomerados, así como el escalamiento multidimensional muestran gráficamente cómo se distribuyen categorías y unidades a lo largo de las dimensiones y en grupos o conglomerados. El método es mixto.

Esta técnica tiende a producir un número acotado de temas generales. Así, las categorías vinculadas se reducen a temas que las abarcan (codificación en segundo plano).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Selección de técnicas

Ninguna técnica por sí misma es mejor que la otra, en ocasiones podemos utilizar una o varias para descubrir categorías y temas. La elección depende de varios factores: 1) tipo de datos (textuales, verbales, visuales, etc.), 2) pericia requerida, 3) volumen de los datos y 4) número y tipos de categorías y temas por generar. Nosotros recomendamos a los estudiantes que se inician en la investigación cualitativa que usen las más sencillas: *repeticiones*, *similitudes* y *diferencias*, *cortar* y *clasificar* y *conceptos locales*.

Describir las categorías codificadas que emergieron y codificar los datos en un segundo nivel o central (codificación axial y selectiva)

El segundo plano es más abstracto y conceptual que el primero y consiste en describir e interpretar el significado profundo de las categorías, lo que se denomina "codificación selectiva" (Matthew y Price, 2009b y Benaquisto, 2008b) (en el primer plano interpretamos el significado de las unidades). Para tal propósito, Berg (2004) recomienda recuperar al menos tres ejemplos de unidades para justificar cada categoría. En un procesador de textos se recuperan los segmentos con las funciones de "cortar" y "pegar" (los programas computacionales de análisis cualitativo tienen una forma específica para hacerlo). Esta actividad nos conduce a examinar las unidades dentro de las categorías, las cuales se disocian de los participantes que las expresaron o de los materiales de donde surgieron. Cada categoría se describe en términos de su significado (¿a qué se refiere la categoría? ¿Cuál es su naturaleza y esencia? ¿Qué nos "dice" la categoría? ¿Cuál es su significado?). Luego, se ilustra o caracteriza con segmentos. A continuación se muestra un ejemplo sencillo de tal recuperación con el caso que se ha tratado de los centros comerciales.

Ejemplo

CATEGORÍA: Importancia de una tienda departamental para el centro comercial[16]

"No voy a la plaza, más bien voy a la Tienda Principal"

"El principal atractivo de esta plaza es la Tienda Principal. Creo que si no estuviera, yo ni vendría"

"Yo apuesto que 70% de la gente que viene al centro comercial no entra a la plaza, sino a la Tienda Principal"

Comenzamos a comparar categorías (tal como lo hicimos con las unidades), identificamos similitudes y diferencias entre ellas y consideramos vínculos posibles entre categorías. La recuperación de unidades, además de ayudar en la comprensión del significado de la categoría, nos sirve para los contrastes entre categorías. El centro del análisis se mueve del contexto del dato al contexto de la categoría. Antes de profundizar en la comparación de categorías, dejemos en claro el asunto de recuperación de unidades o segmentos del material analizado.

"Recuperar las unidades" quiere decir que recobramos el texto o imagen original (en el primer caso, la transcripción del segmento). Las unidades recuperadas se colocan de nuevo en la categoría que les corresponde (por tal motivo, insistimos en ir seleccionando ejemplos representativos de cada categoría). Recordemos que todos los segmentos provienen de entrevistas, sesiones grupales u otros medios; por lo que al recuperarlos los colocamos fuera del contexto de la expresión de cada participante.

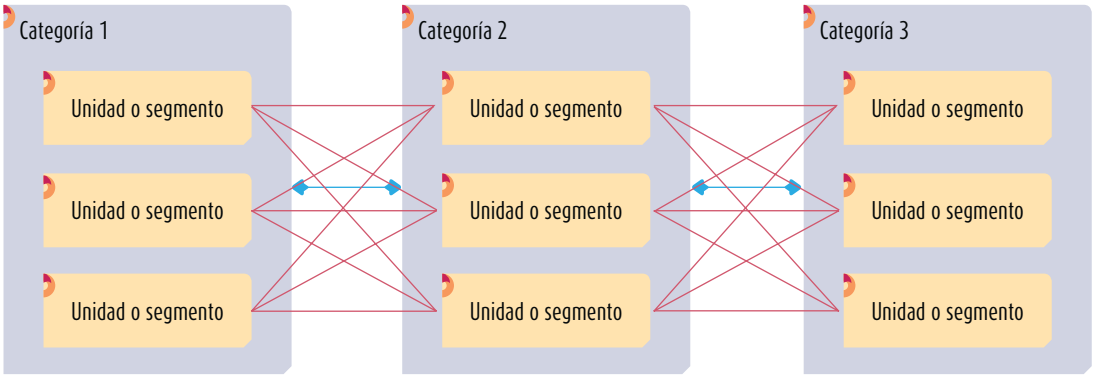
Esto representa el riesgo de malinterpretar la unidad una vez que es separada de su contexto original (como lo es la experiencia de cada individuo). La ventaja es que se puede considerar la información en cada categoría en un nivel entre casos (por ejemplo, se consideran las experiencias de varias

[16] Éste fue el caso de un solo centro comercial con más de 100 tiendas, el nombre verdadero de la tienda ancla a la que se hace referencia se sustituyó por el de Tienda Principal. En varias partes de México y Centroamérica, plaza es sinónimo de centro comercial.

personas o de un participante en distintos momentos). Es con esto que el investigador se percata de lo importante que resulta la claridad de las reglas en la codificación inicial.

La comparación entre categorías en cuanto a similitudes y diferencias ocurre entre significados y segmentos, esto puede representarse como se muestra en la figura 14.12.

Figura 14.12 Comparación entre categorías en cuanto a similitudes y diferencias.



En el ejemplo, para cada categoría se recuperaron tres segmentos, pero a veces son menos y en otras más. Además, no siempre el número de unidades es igual para todas las categorías. Con el fin de que resulte menos compleja la comparación múltiple, conviene iniciar contrastando categorías por pares, pero con el método de comparación constante (figura 14.13).

Figura 14.13 Contraste de categorías por pares y comparación constante.

En este punto del análisis, la meta es integrar las categorías en temas más generales y centrales (categorías con mayor "amplitud conceptual" que agrupen a las categorías emergidas en el primer plano de codificación) con base en sus propiedades (codificación axial). Descubrir temas implica localizar los patrones que aparecen de manera repetida entre las categorías. Cada tema que se identifica recibe un código (como lo hacíamos con las categorías). Los temas son la base de las conclusiones que se desprenden del análisis.

Grinnell y Unrau (2011) ejemplifican la construcción de temas con las siguientes categorías: "asuntos relacionados con la custodia de los hijos", "procedimientos legales de separación o divorcio" y "obtención de órdenes restrictivas", las cuales pueden constituir un tema (categoría más general): "asuntos relacionados con el sistema legal".

En el estudio sobre la moda y la mujer mexicana, se les preguntó a las participantes de los grupos de enfoque sobre los factores que intervenían para elegir su tienda favorita de ropa. Surgieron, entre otras, las categorías "variedad de modelos", "surtido de prendas", "diversidad de ropa". Tales categorías se agruparon en el tema "diversidad". "Precio", "promociones" y "ofertas" fueron categorías que se integraron en el tema "economía". "Calidad", "buenos artículos o ropa", "prendas sin defectos" y "productos bien hechos" se incluyeron en el tema "calidad de producto", lo mismo ocurrió con otras categorías.

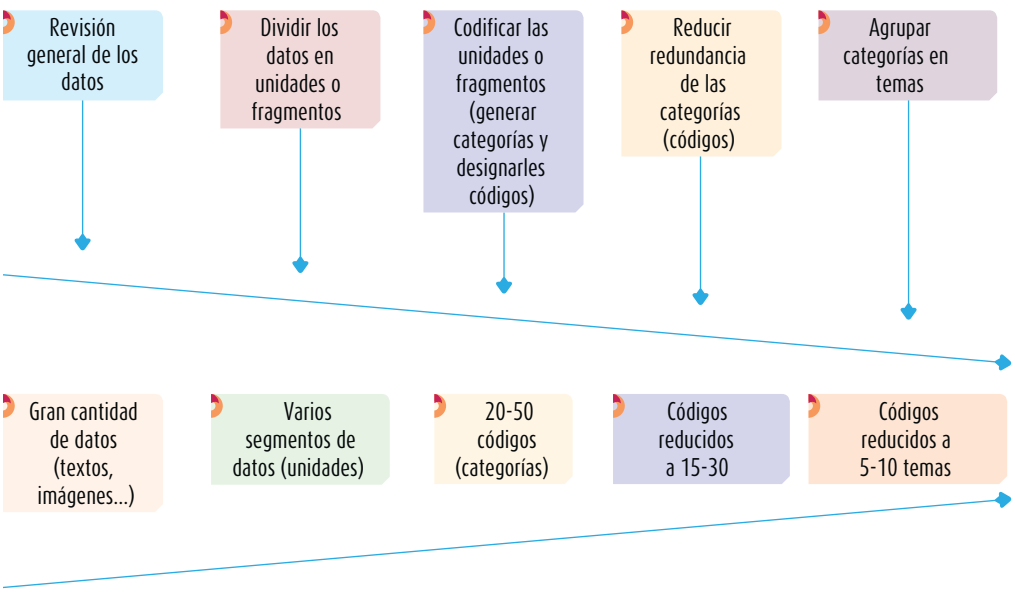
Tutty (1993), en otro caso, encontró dos categorías: "los hombres solicitan el regreso de la mujer e incluso pretenden sobornarla para la reunificación", "amenazar a la mujer con no proporcionarle recursos si no regresa" y las trató como categorías distintas, pero al analizar las supuestas "súplicas" de los maridos, estaban vinculadas con las amenazas. Entonces surgió un nuevo tema (producto de la unión de las dos categorías): "estrategias del esposo para presionar el regreso".

Desde luego, algunas categorías pueden contener suficiente información para ser consideradas temas por sí mismas, como ocurrió en el estudio de la guerra cristera con la categoría "utilizar a las iglesias como cuarteles".

Como dijimos, los códigos de los temas pueden ser números, siglas, íconos y en general palabras o frases cortas. Por ejemplo: "autoestima alta", "abundancia", "violencia", "experimentar impotencia, falta de apoyo y control".

Por medio de la codificación en un primer y segundo planos (inicial y central), los datos continúan reduciéndose hasta llegar a los elementos centrales del análisis. En cada paso disminuye el número de códigos. Cada estudio es distinto y nunca sabemos cuántos "temas" habrán de surgir al final. Creswell (2005) presenta una visualización de cómo ocurre el proceso en diversos estudios, obviamente los números son relativos (véase la figura 14.14). En esta visualización queda claro que el análisis cualitativo no implica resumir, sino avanzar paulatinamente en la interpretación a niveles más abstractos, Creswell (2009) lo compara con "pelar las capas de una cebolla".

Figura 14.14 Reducción de códigos a través del proceso de codificación completo.



Hemos codificado el material en un primer plano (codificación abierta; al encontrar categorías, evaluar las unidades de análisis mediante reglas, además de asignarle un código a cada categoría) y en un segundo plano (al encontrar temas o categorías más generales). Estamos listos para la interpretación.

En el análisis cualitativo resulta fundamental darle sentido a los siguientes elementos:

1. *Las descripciones completas de cada categoría* (codificación selectiva). Esto implica ofrecer una descripción completa de cada categoría y ubicarla en el fenómeno que estudiamos. Por ejemplo, la categoría "violencia física" por parte del esposo se puede describir contestando a las preguntas: ¿cómo es? ¿Cuánto dura? ¿En qué circunstancias se manifiesta? ¿Cómo se ejemplifica? (recordemos que para esta finalidad nos apoyamos en los ejemplos recuperados de unidades).
2. *Los significados profundos de cada categoría* (codificación selectiva). Ello quiere decir analizar el significado de la categoría para los participantes. ¿Qué significado tiene la "violencia física" para

cada esposa que la padece? (y que nos la narra en una entrevista o una sesión de grupo, en sus propias palabras y de acuerdo con el contexto). ¿Qué significado tiene para tales mujeres ver al marido en estado de ebriedad? ¿Qué significado tiene cada palabra soez que escuchan de los labios de su cónyuge? (una vez más usamos los ejemplos).

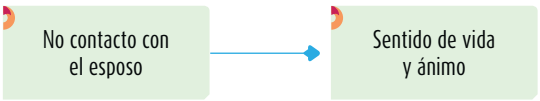
3. *La presencia de cada categoría*. La frecuencia con la cual aparece en los materiales analizados (cierto sentido cuantitativo). ¿Qué tanto emergió cada categoría? La mayoría de los programas de análisis cualitativo efectúa un conteo de categorías, frases y palabras, además de expresarlo en porcentajes. Por ejemplo, es interesante conocer cuál es la palabra con la que nombran al esposo más frecuentemente o se refieren a él y qué significado tienen las designaciones más comunes. O bien, cuál es el tipo de violencia más habitual. ¿Cuántas de las participantes experimentan ciertos problemas después de la separación? El conteo ayuda a identificar experiencias poco comunes (por ejemplo: separación de una pareja después de la muerte de un hijo).
4. *Las relaciones entre categorías* (codificación axial). Encontrar vinculaciones, nexos y asociaciones entre categorías. Algunas relaciones comunes entre categorías son:

- Temporales: cuando una categoría siempre o casi siempre precede a otra, aunque no necesariamente la primera es causa de la segunda. Por ejemplo, VF — E/A (cuando hay "Violencia Física" del esposo hacia su pareja existe generalmente consumo excesivo y previo de "Estupefacientes" o "Alcohol"). La relación se ilustra con varios ejemplos de unidades de análisis interpretadas, se trata de una vinculación profunda de las categorías. Otro caso sería:

> Ante la separación de una pareja por causa de la conducta violenta del marido, los hijos inicialmente reaccionan de manera favorable a vivir lejos del padre abusivo, pero después tienden a presionar para que se produzca la reconciliación (Tutty, 1993).

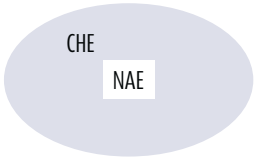
De nuevo, las unidades recuperadas nos sirven para ilustrar la vinculación.

- Causales: Cuando una categoría es la causa de otra. Por ejemplo, MNCE / AM (las "Mujeres que No Contactan a sus Esposos" después de que se han separado como consecuencia de la violencia física generalmente se "Autoevalúan Mejor"). Pero debe tenerse precaución con la atribución de causalidad, ya que no disponemos de pruebas estadísticas que la apoyen, tenemos que documentarla con diversos ejemplos. Por ejemplo: "las mujeres que no contactan a sus esposos después de que se han separado, tienen un mayor sentido de vida y están más animadas". Aparentemente:



Pero también podría ser lo opuesto, porque tienen mayor sentido de vida y ánimo, ya no buscan a sus esposos. Desde luego, en un estudio cualitativo es más importante el hecho en sí que demostrar el sentido de la causalidad.

- De conjunto a subconjunto: cuando una categoría está contenida dentro de otra. Por ejemplo,



CHE: "Chantaje del Esposo" a la mujer para que regrese a vivir con él.
NAE: "Negativa de Apoyo Económico" del esposo para que la mujer regrese a vivir con él.

En caso de identificar una vinculación entre categorías, es indispensable recordar que en el análisis hemos incluido unos cuantos casos (los de la muestra del estudio), por lo que no es posible generalizar los resultados, sino comprender en profundidad la perspectiva de los participantes específicos de la indagación.

Generar hipótesis, explicaciones y teorías

Con base en la selección de temas y el establecimiento de relaciones entre categorías, comenzamos a interpretar los resultados y entender el fenómeno de estudio, así como a generar teoría.

Para completar idealmente el ciclo del análisis cualitativo debemos:

a) Producir un sistema de clasificación (tipologías)
b) Presentar temas y teoría

Con la finalidad de identificar relaciones entre temas, debemos desarrollar interpretaciones de éstos, las cuales emergen de manera consistente con respecto a los esquemas iniciales de categorización y las unidades. Es una labor de encontrar sentido y significado a las relaciones entre temas y podemos apoyarnos en diversas herramientas para visualizar tales relaciones.

1. *Diagramas de conjuntos o mapas conceptuales*. Hay diferentes clases de mapas o diagramas, entre los que podemos destacar:
   a) Históricos (por ejemplo, que narran secuencias de hechos, cambios ocurridos en una comunidad u organización). Un caso sería un mapa sobre los diferentes modelos educativos seguidos por una universidad durante los últimos 20 años, como parte de un estudio sobre la evolución de dicha institución.
   b) Sociales (que precisan los grupos que integran un ambiente, una organización, una comunidad). Por ejemplo, un mapa de los grupos que confluyen en una organización (estructura informal).
   c) Relacionales (que expresan y explican cómo se vinculan conceptos, individuos, grupos y organizaciones). Por ejemplo, un mapa sobre los conflictos entre individuos y grupos que luchan por el poder en un partido político.

   Cada elemento del mapa o diagrama (con el nombre del tema o categoría) se coloca en relación con los demás temas. Debemos expresar cómo son los vínculos entre temas, algunos se traslaparán, otros estarán aislados y algunos más serán asociados. Es común que los temas más importantes para el planteamiento o que explican mejor el fenómeno considerado aparezcan como más grandes (véase la figura 14.15).

Figura 14.15 Ejemplo de diagrama o mapa conceptual.

Las flechas (→) indican relación causal (ya sea en un sentido o en dos sentidos) y las líneas únicamente asociación (—), la ausencia de flecha obviamente representa que el tema se encuentra aislado de los demás temas. El programa denominado Decision Explorer®, cuya muestra ("demo") se puede descargar del centro de recursos en línea de la obra (en Software), es sumamente útil para este tipo de diagramas. También otros programas de análisis cualitativo poseen herramientas para diseñar estos mapas, como Atlas.ti (acuda al centro de recursos para descargar el demo).

STATS®

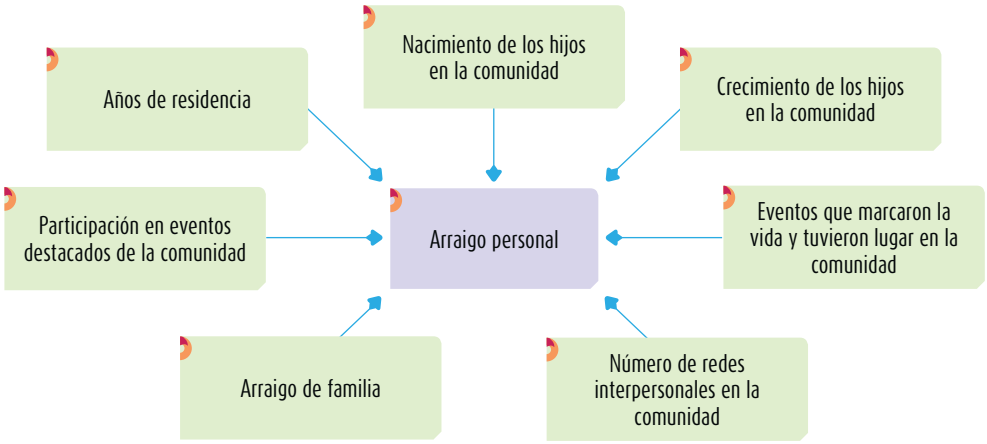
Centro de recursos en línea

La reflexión respecto a la importancia de cada tema, su significado y cómo interactúa con los demás, arroja luces para entender el problema estudiado. Otro ejemplo sería el de la figura 14.16.

Figura 14.16 Muestra del establecimiento de relaciones entre categorías de manera gráfica.

Diagrama o mapa conceptual

Factores relacionados con el arraigo personal a una comunidad.



Los mapas pueden ser elaborados por el investigador o los participantes (por ejemplo, en una sesión de enfoque).

2. *Matrices*. Las matrices son útiles para establecer vinculaciones entre categorías o temas (o ambos). Las categorías o temas se colocan como columnas (verticales) o como renglones o filas (horizontales). En cada celda el investigador documenta si las categorías o temas se vinculan o no; y puede hacer una versión donde explique cómo y por qué se vinculan, o al contrario, por qué no se asocian, y otra más donde se resuma el panorama: con la colocación de un signo "más" (+) si hay relación y un signo de "menos" (–) cuando no existe relación. Un ejemplo de matriz sería el de la tabla 14.10.

Tabla 14.10 Muestra de matriz para establecer vinculación entre categorías

Categorías de los padres/ Categorías de los hijos	Padres adictos al consumo de drogas	Padres adictos al consumo de alcohol	Padres divorciados	Ausencia del padre	Ausencia de la madre
Tendencia a ejercer la prostitución					
Consumo de drogas					
Consumo de alcohol					
Vagancia, pertenencia a pandillas juveniles					
Abandono de la educación formal					

Otro ejemplo de matriz en que se indique la relación entre categorías de temas sería la tabla 14.11.[17]

[17] El problema de investigación es más complejo, pero aquí, por cuestiones de espacio, se resume.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 14.11 Ejemplo de matriz con especificaciones de la relación

Estrategias de reunión con la mujer por parte del esposo abusivo					
		Soborno	Promesa de no beber	Promesa de no abuso	Los hijos
Creencias de la mujer para dejar al marido abusivo	Quiero trabajar	+	–	Información insuficiente para determinar la relación	+
	Quiero recuperar mi autoestima	+	+	+	+
	Quiero estar tranquila	–	+	+	+

La matriz nos indica ciertas relaciones (y muy importante: si usted piensa: "esa relación a mí no me parece lógica", usted actúa sobre la base de sus experiencias y creencias, pero recordemos que en la investigación cualitativa lo único que vale es lo que los participantes nos señalan. No se trata de que ellos validen nuestras opiniones, sino que narren sus propias vivencias. Es necesario que aprendamos a desprendernos de nuestras "tendencias" para efectuar estudios cualitativos.)

3. *Metáforas*. Las metáforas han sido una herramienta muy valiosa para extraer significados o captar la esencia de relaciones entre categorías. Muchas veces estas metáforas surgen de los mismos sujetos estudiados o del investigador. Son los casos de: "quieres un paraguas cuando la tormenta arrecia" (en una relación romántica, nos sirve para establecer el tipo de vínculo entre la pareja), "con ése no juego ni a las canicas" (desconfianza), "eres el típico jefe que manda bajo la técnica del limón exprimido" (una manera de decir: cuando obtienes todo lo que quieres de un subordinado, cuando ya lo exprimiste y se le acabó el jugo, lo desechas, ya no es útil). "Todos los caminos llevan a Roma" (diversas alternativas conducen a lo mismo), "cuanto más negra es la noche, más pronto va a amanecer", "escalada de violencia", "todos los hombres son iguales", etcétera.

   Hagamos un ejemplo:

   > Las participantes expresaron que cada vez que hay violencia cuando el marido llega ebrio a casa (al hogar), al día siguiente viene la calma y el esposo maneja un lenguaje de "arrepentimiento", pide perdón y promete que no volverá a suceder (categoría).

   Una de las participantes usó una metáfora para esta categoría: "no hay crudo que no sea humilde" ("crudo"[18] significa que tiene resaca, "guayabo", "ratón" y otras expresiones similares que se utilizan en América Latina).

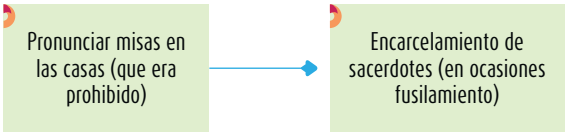
4. *Establecimiento de jerarquías* (de problemas, causas, efectos, conceptos).
5. *Calendarios* (fechas clave, días críticos, etcétera).
6. Otros *elementos de apoyo* (fotografías, videos, etc.). Es posible agregar a nuestro análisis el material adicional que recolectamos en el campo, como fotografías, dibujos, artefactos (si estudiamos a un grupo de pandillas, podemos incluir piezas de su vestuario, armas, accesorios, etc.; es muy común en la investigación policiaca cuando se analiza la escena del crimen), escritos (no las transcripciones, sino anotaciones de los sujetos: en servilletas, notas suicidas, diarios personales, etc.) y otros materiales. Como ya se comentó, en ocasiones estas piezas son el objeto de análisis en sí, pero otras veces son elementos añadidos y complementarios de la labor de análisis.

Cuando dos categorías o temas parecen estar relacionados, pero no directamente, es posible que haya otra categoría o tema que los vincule, debemos reflexionar sobre cuál puede ser y tratar de encontrarla. Coleman y Unrau (2005) denominan a esta actividad: "buscar lazos perdidos"; incluso,

[18] El término "crudo" es mexicano (Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, XXII ed., p. 689).

a veces se necesita regresar a los segmentos. Un caso de "vínculos perdidos" es que la relación a veces se presenta y en otras ocasiones no, entonces tenemos que dilucidar el porqué.

Por ejemplo, en la guerra cristera la aparente relación era:



Sin embargo, en diversos casos no ocurrió así (¿las excepciones fueron asunto de corrupción o quizás algunos militares eran muy católicos?). Al tomar en cuenta la evidencia contradictoria (que es importante analizar) y al ampliar el número de entrevistas, se encontró que efectivamente, algunos miembros del ejército de la república eran muy católicos y permitieron la celebración de misas en los hogares (incluso hubo quien no clausuró el templo local), pero además resultó (como en la población de Salvatierra) que algunos oficiales habían estudiado en seminarios y colegios católicos (las opciones educativas en la época eran limitadas) y conocían a los sacerdotes (hubo varios casos de lazos amistosos). Cuando falta claridad, con frecuencia regresamos al campo por más datos hasta esclarecer los vínculos entre las categorías.

Cerramos el ciclo del análisis cualitativo por medio de la generación de interpretaciones, hipótesis y teoría, desarrollando así un sentido de entendimiento del problema estudiado. Veamos algunos ejemplos breves, por cuestiones de espacio.

En el estudio de Tutty (1993) un tema esencial fue que las visitas del padre a los hijos generan riesgos para la mujer de sufrir nuevos maltratos. Esto, de hecho, representa una hipótesis que podría formularse como:

> Después de la separación, las mujeres que se reúnen con sus esposos abusivos durante la visita a los hijos son más propensas a experimentar nuevos abusos que las mujeres que no tienen contacto con sus maridos durante las visitas.

En la investigación en la que se documentaron las experiencias de 63 mujeres procedentes de diversas regiones geográficas de Java Occidental, que habían padecido urgencias obstétricas (53 de ellas mortales); Iskandar *et al.* (1996) llegaron a ciertas conclusiones sobre las causas principales de tales defunciones. Tres temas emergieron: hemorragia, infección y eclampsia. Veamos lo que arrojó el segundo tema:

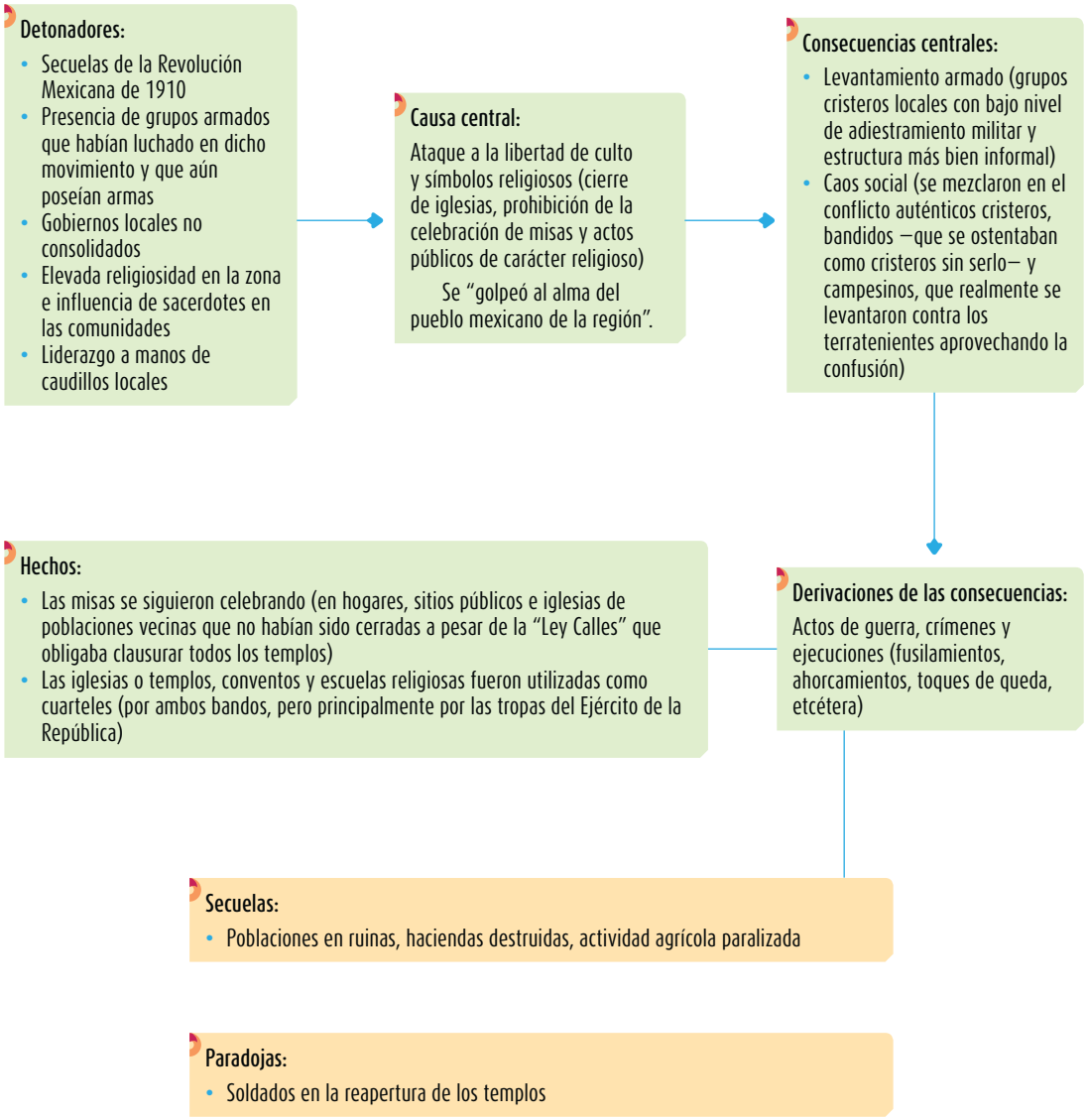
> Infección. Las condiciones poco higiénicas en el momento del parto contribuyeron a la infección en el posparto. Además, la cultura javanesa promueve prácticas de posparto que supuestamente benefician a la madre, pero que son muy peligrosas. Entre ellas, introducir hierbas en la vagina antes o después del parto; permitir que la curandera tradicional meta la mano en la vagina durante el nacimiento y en el útero después del parto para extraer la placenta; hacer que la madre permanezca sentada durante horas después del nacimiento con la espalda contra un poste con las piernas estiradas al frente, con pesas a cada lado de los pies para que no se mueva. La infección también se relacionaba comúnmente con el aborto, lo que dio lugar a cinco muertes durante el estudio. Los métodos de aborto, en general realizados por curanderas tradicionales, consistían usualmente en varias infusiones de hierbas para inducir las contracciones, en un fuerte masaje del útero, o la inserción de objetos en la vagina para perforar la placenta.[19]

En el caso de la guerra cristera en Guanajuato, se obtuvo el modelo que se muestra en la figura 14.17.[20]

[19] *Network en español*, 2002, vol. 22, núm. 2, p. 2.
[20] Presentado de manera parcial por razones de espacio. El contexto nacional se ha simplificado enormemente para que los estudiantes lo vean en términos sencillos.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 14.17 Modelo de relación entre categorías en el ejemplo de la guerra cristera.



En el ejemplo de Morrow y Smith (1995) se obtuvo un sentido de comprensión de las experiencias (profundas y muy dolorosas) de abuso sexual durante la infancia, provenientes de mujeres adultas. Reproducimos algunos fragmentos del reporte que son indicativos de ello:[21]

> Sufrir abuso sexual produce confusión y emociones intensas en las víctimas infantiles. Carentes de las habilidades cognoscitivas para procesar los sentimientos agobiantes de pena, dolor y rabia, las niñas desarrollan estrategias para mantenerse alejadas del agobio. En este caso, tales estrategias fueron: *a*) reducir la intensidad de los sentimientos problemáticos, *b*) evitar tales sentimientos o escapar de ellos, *c*) intercambiar los sentimientos agobiantes por otros menos amenazantes, *d*) descargar o liberar sentimientos, *e*) no recordar experiencias que engendraron sentimientos amenazantes y *f*) dividir los sentimientos agobiantes en partes "manejables".

[21] S. L. Morrow y Smith, M. L. (1995), "Constructions of survival and coping by women who have survived childhood sexual abuse", *Journal of Counseling Psychology,* 42, 1. No se citan páginas específicas, pues al traducir el estudio no coincide plenamente con el paginado de las versiones en español e inglés. Hemos tratado de apegarnos lo más posible al texto original. Asimismo, no se pretende abusar de las citas literales por respeto a las autoras. Se recomienda leer la fuente original.

Para prevenir el abuso sexual o físico, las participantes procuraron distraer a sus perpetradores, amenazándolos con la sentencia respecto a que alguien iba a abusar de ellos o pidiéndoles que detuvieran el abuso. Velvia recuerda: "me mantuve pensando que pasara lo que pasara, yo le seguiría solicitando: solamente leamos…" También dijeron que habían desarrollado una elevada intuición del peligro y que mintieron a otras personas acerca de su abuso para no ser castigadas o prevenir futuros abusos. Las participantes procuraron escapar al abuso escondiéndose, literal y figuradamente. Amanda encontró refugio en una cañada, mientras que Meghan se esforzó por hacerse "invisible".

Lauren y Kitty escondieron su cuerpo con ropa demasiado grande. Para ignorar o escapar de la realidad, las participantes desearon, fantasearon, negaron, evitaron y minimizaron: "evito las cosas…" El otro lado de la negación: "yo no lo miraré". Lauren "dejó la historia atrás", y gradualmente, el abuso era cada vez menos real en su mente, hasta que fue olvidado. Algunas veces las víctimas se alejaron de forma mental o emocional. Kitty dijo: "mente, llévame fuera de aquí" y lo hizo. Experimentó una visión de túnel, flotante, "hacia el espacio afuera", o una sensación de separarse de su cuerpo o ser otras personas. Amanda describió "una especie de partida espiritual de este planeta".

Otra manera en que las participantes evitaron ser avasalladas por el agobio, fue cambiar los sentimientos amenazantes o peligrosos por otros menos estresantes, haciendo caso omiso de sus intensos sentimientos; remplazarlos con sentimientos suplentes o distraerlos con actividades que produjeran sentimientos inocuos. Las víctimas hacían a un lado (rodeaban, le daban la vuelta) los sentimientos sucios, depurándolos. Algunas se infligieron dolor físico a sí mismas, tal como la automutilación, que es una manera de reducir el dolor emocional. Kitty comentó: "el dolor físico me aleja de sentir mis emociones. De allí provino mi anorexia… El dolor físico de no comer. Ya no puedo sentir las cosas (sucesos) cuando estoy con dolor".

Además de las estrategias seguidas para apartar las emociones agobiantes, las participantes habían desplegado estrategias para manejar la impotencia en el momento del abuso. Seis categorías de estrategias para la supervivencia y el afrontamiento se usaron para contener la carencia de ayuda, impotencia y falta de control: *a*) generar estrategias de resistencia, *b*) volver a reconstruir (reestructurar) el abuso para crear la ilusión de control o poder, *c*) procurar dominar el trauma, *d*) tratar de controlar otras áreas de la vida además del abuso, *e*) buscar confirmación o evidencia de otras personas respecto al abuso y *f*) rechazar el poder. Una manera por medio de la cual las participantes manejaron su falta o ausencia de poder fue resistir o rebelarse. Meghan se rehusó a comer. Kitty habló de su resistencia: "esos malditos no me tendrán. Voy a matarme…" Una de ellas reconstruyó el abuso para crear una ilusión respecto al control o poder. Meghan creyó poder controlar el abuso: "si de algún modo puedo ser lo suficientemente buena y hacer las cosas lo suficientemente bien, ella (la perpetradora) ya no querrá eso nunca más".

Los conceptos, hipótesis y teorías en los estudios cualitativos son explicaciones de lo que hemos vivido, observado, analizado y evaluado en profundidad. La teoría emana de las experiencias de los participantes y se fundamenta en los datos.

Baptiste (2001) explica que los estudios cualitativos deben ser más que simples glosarios de categorías o temas y descripciones (lo cual es útil, pero insuficiente); tienen que proporcionar un sentido de comprensión profunda del fenómeno estudiado.

Recapitulemos: la *codificación abierta* (primer plano) implica comparar datos (unidades) para generar categorías. La *codificación axial* (segundo plano) consiste esencialmente en: *a)* agrupar categorías en temas, identificando así las categorías centrales del fenómeno (el axis o eje) y *b)* conectar dichas categorías fundamentales (en hipótesis, vínculos, modelos, etc.). La *codificación selectiva* se enfoca en desarrollar las explicaciones finales a partir de la codificación axial (refinándola) y producir la teoría (Charmaz, 2013; Saldaña, 2012; Wicks, 2009; Matthew y Price, 2009b; Benaquisto, 2008b; Draucker, Martsolf, Ross y Rusk, 2007; y Haig, 2006).

En el centro de recursos, el lector puede descargar dos ejemplos resumidos de estudios cualitativos en los que se muestran los resultados de la codificación abierta, axial y selectiva. El primero ya ha sido mencionado ["Entre 'no sabía qué estudiar' y 'ésa fue siempre mi opción': selección de institución de educación superior por parte de estudiantes en una ciudad del centro de México" (Hernán-

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

dez-Sampieri y Méndez, 2009] y el segundo es un estudio sobre la responsabilidad social empresarial desde la perspectiva del empresario mexicano (López y Hernández-Sampieri, 2014).[22]

Centro de recursos en línea

¿Cuándo debemos dejar de recolectar y analizar datos? ¿En qué momento concluir el estudio?

Son dos los indicadores fundamentales:

1. Cuando se han "saturado" las categorías y no encontramos información novedosa.
2. En el momento en que hayamos respondido al planteamiento del problema (que fue evolucionando) y generado un entendimiento sobre el fenómeno investigado.

Además de que estemos "satisfechos" con las explicaciones desarrolladas (ese sentimiento intangible que en nuestro interior nos dice: "sí, ya comprendí de qué se trata esto").

En ocasiones, podemos darnos cuenta de que no hemos logrado la saturación ni la comprensión de dicho fenómeno, y tal vez necesitemos de recolectar más datos e información, volver a codificar, agregar nuevos esquemas o elaborar otros análisis. Lo anterior no debe preocuparnos, siempre y cuando hayamos sido cuidadosos en la recolección y el análisis de los datos. Tal vez el fenómeno sea tan complejo que se requiere que regresemos al campo por lo menos una vez. De hecho, la realimentación y la reflexión tienen que hacerse durante todo el análisis. Ello depende del planteamiento y tipo de indagación que estamos realizando, incluso de los recursos que tengamos a nuestra disposición.

Hay estudios que duran un mes y otros, lustros, como el caso de Martín Sánchez Jankowski (1991), quien durante 10 años investigó a pandillas en Estados Unidos.

Análisis de los datos cualitativos asistido por computadora

En la actualidad se cuenta con diferentes programas (además de los procesadores de textos) que sirven de auxiliares en el análisis cualitativo. De ninguna manera sustituyen el análisis creativo y profundo del investigador. Simplemente facilitan su tarea.

Algunos de los nombres de programas que más se utilizan en el análisis cualitativo son:

1. Atlas.ti®

Es un excelente programa desarrollado en la Universidad Técnica de Berlín por Thomas Muhr, para segmentar datos en unidades de significado; codificar datos (en ambos planos) y construir teoría (relacionar conceptos y categorías y temas). El investigador agrega los datos o documentos primarios (que pueden ser textos, fotografías, segmentos de audio o video, diagramas, mapas y matrices) y con el apoyo del programa los codifica de acuerdo con el esquema que se haya diseñado. Las reglas de codificación las establece el investigador. En la pantalla se puede ver un conjunto de datos o un documento (por ejemplo, una transcripción de entrevista o las entrevistas completas si se integraron en un solo documento) y la codificación que va emergiendo en el análisis. Realiza conteos y visualiza la relación que el investigador establezca entre las unidades, categorías, temas, memos y documentos primarios. Asimismo, el investigador puede introducir memos y agregarlos al análisis. Ofrece diversas perspectivas o vistas de los análisis (diagramas, datos por separado, etcétera).

En el centro de recursos en línea, el lector puede descargar la versión de prueba del programa y un manual (en "Software" y "Manuales auxiliares" respectivamente, que sugerimos explore y revise.

Centro de recursos en línea
ATLAS TI

2. Ethnograph®

Es un programa muy popular para identificar y recuperar textos de documentos. La unidad básica es el segmento. Asimismo, codifica las unidades partiendo del esquema de categorización que haya esta-

[22] Basado en López, Hernández-Sampieri y Andrade (2012). Publicado en la revista *Humanitas* de la Universidad Católica de Costa Rica, volumen 9, núm. 9, pp. 10-43.

blecido el investigador. Los segmentos pueden ser "anidados", entrelazados y yuxtapuestos en varios niveles de profundidad. Las búsquedas llegan a efectuarse sobre la base de códigos expresados en un carácter, una palabra o en términos múltiples. Los esquemas de codificación suelen modificarse. Guarda memos, notas y comentarios. También los incorpora al análisis.

3. NVivo®

Un excelente programa de análisis, útil para construir grandes bases de datos estructuradas jerárquicamente, que puede agregar documentos para ser analizados. También, al igual que los dos anteriores, codifica unidades de contenido (texto y otros materiales), con base en el esquema diseñado por el investigador. Localiza los textos por carácter, palabra, frase, tema o patrón de palabras; incluso, por hojas de cálculo de variables. Una de sus fortalezas es crear matrices.

4. Decision Explorer®

Este programa resulta una excelente herramienta de mapeo de categorías. El investigador puede visualizar relaciones entre conceptos o categorías en diagramas. Como en todo programa, es el investigador quien introduce las categorías y define sus vinculaciones, Decision Explorer las muestra gráficamente. Asimismo, realiza un conteo de la categoría con mayor número de relaciones con otras categorías. Cualquier idea la convertimos en concepto y la analizamos. Es muy útil para visualizar hipótesis y la asociación entre los componentes más importantes de una teoría. Recomendable para análisis cualitativo de relaciones entre categorías (causal, temporal u otro). En el centro de recursos en línea, el lector encontrará una versión de prueba del programa que sugerimos explorar.

STATS®

Centro de recursos en línea

5. Otros

Hay otros programas, como MAXQDA®, HyperQual®, HyperRESEARCH® y QUALOG® para fines similares. Al igual que en el caso de los programas de análisis cuantitativo, el software cualitativo evoluciona muy deprisa (surgen nuevos programas y los actuales expanden sus posibilidades). Prácticamente todos sirven para las etapas del análisis: codificación en un primer plano y en un segundo plano, interpretación de datos, descubrimiento de patrones y generación de teoría fundamentada; además de que nos ayudan a establecer hipótesis. Asimismo, todos recuperan y editan texto, lo mismo que numeran líneas o unidades de contenido. La tendencia es que logren incorporar todo tipo de material al análisis (texto, video, audio, esquemas, diagramas, mapas, fotografías, gráficas cuantitativas y cualitativas, etcétera).

Para decidir cuál utilizar en un estudio específico sugerimos al lector que revise la tabla 14.12, y antes de utilizarlos, recomendamos que el estudiante realice una codificación simple en procesador de textos.

Tabla 14.12 Elementos para decidir el programa de análisis cualitativo por utilizar[23]

Facilidad de utilización
• Compatibilidad con los ambientes Windows y Macintosh u otros. • Sencillez al comenzar a utilizarlo. • Ingreso fácil al programa. • Claridad de los manuales
Variedad de tipos de datos que acepta
• Texto • Imágenes • Multimedia
Revisión de textos
• Posibilidad de marcar pasajes sobresalientes y conectar citas. • Posibilidad de buscar pasajes específicos de textos.

(*continúa*)

[23] Adaptado de Creswell (2005, p. 236).

Tabla 14.12 (*continuación*)

Memos
• Capacidad para que agreguemos notas y memos sobre el análisis y reflexiones. • Facilidad de acceso a notas y memos que el investigador escribe.
Codificación
• Posibilidad de generar o desarrollar códigos. • Facilidad con la cual los códigos se aplican a texto, imágenes y multimedia. • Facilidad para desplegar y visualizar los códigos. • Facilidad para revisar y modificar los códigos.
Capacidad de análisis y valoración
• Posibilidad de ordenar los datos de acuerdo con códigos específicos. • Posibilidad de combinar códigos en una búsqueda. • Posibilidad de generar mapas, matrices, diagramas y relaciones. • Posibilidad de generar hipótesis y teorías. • Posibilidad de comparar datos por características de casos (tamaño, frecuencia, etc.) y/o participantes (género, edad, nivel socioeconómico, grupo de enfoque específico, etcétera).
Vinculación con otros programas
Cualitativos
• Posibilidad de importar y exportar datos, textos, materiales, archivos y sistemas de códigos con otros programas.
Cuantitativos
• Posibilidad de importar bases de datos cuantitativos (por ejemplo, matriz de SPPS o Minitab). • Posibilidad de exportar texto, imagen, archivos y bases de datos cualitativos a programas de análisis cuantitativo.
Interfases con otros proyectos
• Posibilidad de que más de un investigador analice los datos y el programa pueda unir estos diferentes análisis.

Rigor en la investigación cualitativa

Durante toda la indagación cualitativa pretendemos realizar un trabajo de calidad que cumpla con el rigor de la metodología de la investigación. Los principales autores en la materia han formulado una serie de criterios para establecer cierto "paralelo" con la confiabilidad, validez y objetividad cuantitativa, los cuales han sido aceptados por la mayoría de los investigadores, pero rechazados por otros. Los objetores de estos criterios argumentan que se han trasladado las preocupaciones positivistas al ámbito de la investigación cualitativa (Sandín, 2003). Estos criterios obedecen en parte al rechazo de una gran cantidad de trabajos cualitativos en revistas y foros académicos en las décadas de 1980 y 1990. Actualmente y con la consolidación del enfoque, la fundación de diversas publicaciones de corte cualitativo y el desarrollo de los métodos mixtos, su aplicación es común. En esta obra los presentamos a consideración del lector, quien en última instancia tiene la decisión final. Asimismo, siguiendo a Saumure y Given (2008b), Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) y a Cuevas (2009), se prefiere utilizar el término "rigor", en lugar de validez o confiabilidad, aunque haremos referencia a estos términos. Cabe señalar que aplican tanto al proceso como al producto (Savin-Baden y Major, 2013).

Dependencia

La *dependencia* es una especie de "confiabilidad cualitativa". Guba y Lincoln (1989) la denominaron *consistencia lógica*, aunque Mertens (2010) considera que equivale más bien al concepto de *estabilidad*. Saumure y Given (2008b) y Franklin y Ballau (2005) la definen como el grado en que diferentes investigadores que recolecten datos similares en el campo y efectúen los mismos análisis, generen resultados equivalentes. Creswell (2013a) la concibe como "la consistencia de los resultados". Para Hernández-Sampieri y Mendoza (2008), implica que los datos deben ser revisados por distintos investigadores y éstos deben arribar a interpretaciones congruentes. De ahí la necesidad de grabar los datos (entrevistas, sesiones, observaciones, etc.). La "dependencia" involucra los intentos de los analistas por capturar las condiciones cambiantes de sus observaciones y del diseño de investigación. Franklin y

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ballau (2005) consideran dos clases de dependencia: *a*) interna (grado en el cual distintos investigadores, al menos dos, generan categorías similares con los mismos datos) y *b*) externa (grado en que diferentes investigadores generan categorías similares en el mismo ambiente y periodo, pero cada quien recaba sus propios datos). En ambos casos ese grado no se expresa por medio de un coeficiente, sino que simplemente se trata de verificar la sistematización en la recolección y el análisis cualitativo.

Las amenazas a la "dependencia" pueden ser, básicamente: los sesgos que pueda introducir el investigador en la sistematización durante la tarea en el campo y el análisis, el que se disponga de una sola fuente de datos y la inexperiencia del investigador para codificar. Taylor y Francis (2013), Carey (2007) y Coleman y Unrau (2005) señalan las siguientes recomendaciones para alcanzar la "dependencia": 1) evitar que nuestras creencias y opiniones afecten la coherencia y sistematización de las interpretaciones de los datos y 2) no establecer conclusiones antes de que todos los datos sean considerados y analizados y se alcance la saturación.

La dependencia se demuestra (o al menos se aporta evidencia en su favor) cuando el investigador:

a) Proporciona detalles específicos sobre la perspectiva teórica del investigador y el diseño utilizado.
b) Explica con claridad los criterios de selección de los participantes o casos y las herramientas para recolectar datos.
c) Ofrece descripciones de los papeles que desempeñaron los investigadores en el campo y los métodos de análisis empleados (procedimientos de codificación, desarrollo de categorías e hipótesis).
d) Especifica el contexto de la recolección y cómo se incorporó en el análisis (por ejemplo, en entrevistas, cuándo, dónde y cómo se efectuaron).
e) Documenta lo que hizo para minimizar la influencia de sus concepciones y sesgos.
f) Prueba que la recolección fue llevada a cabo con cuidado y coherencia (por ejemplo, en entrevistas, a todos los participantes se les preguntó lo que era necesario, lo mínimo indispensable vinculado al planteamiento).

El siguiente sería un ejemplo de inconsistencia lógica (baja dependencia) en la recolección de los datos.

Ejemplo

Entrevistas

- A ciertos participantes les hice una sola pregunta vinculada con el planteamiento
- A otros les hice dos preguntas
- A algunos tres preguntas
- A algunos más, todas las preguntas
- En unos profundicé y en otros no
- En ciertos casos fui intrusivo

Grupos de enfoque

- En ciertas sesiones se utilizó una guía semiestructurada y en otras una abierta
- En algunas sesiones no se cubrió la mitad de los temas
- En otras sesiones se contó sólo con algunos de los participantes

Ciertamente, aunque la investigación cualitativa es flexible y está influida por eventos únicos, nuestro proceder debe cubrir un mínimo de estándares, es decir, mantenerse el rigor investigativo. Algunas medidas que el investigador puede adoptar para incrementar la "dependencia" son:

1. Examinar las respuestas de los participantes a través de preguntas "paralelas" o similares (preguntar lo mismo de dos formas distintas). Esta medida únicamente sería válida para entrevistas o sesiones de enfoque. El riesgo es que los participantes perciban que los consideramos poco inteligentes, por lo que debe evaluarse con sumo cuidado cómo obtener redundancia.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

2. Establecer procedimientos para registrar sistemáticamente las notas de campo y mantener separadas las distintas clases de éstas, además de que las anotaciones de la observación directa deben elaborarse en dos formatos: condensadas (registros inmediatos de los sucesos) y ampliadas (con detalles de los hechos). Asimismo, en la bitácora de campo es preciso plasmar los procedimientos seguidos en el ambiente con pormenores y descripciones detalladas, de tal manera que el trabajo realizado resulte "transparente y claro" para quien examine los resultados. Cada decisión en el campo y su justificación deben quedar registradas en la bitácora. También se agrega "dependencia" si los datos están bien organizados en un formato que pueda ser recuperado por otros investigadores para que éstos realicen sus propios análisis. De manera adicional, resulta recomendable registrar en la bitácora la percepción que tiene el investigador sobre la *honestidad* y *sinceridad* de los participantes. De cada conjunto de datos (entrevista u observación) es indispensable indicar la fecha y hora de recolección, ya que a veces los primeros datos tienen menor calidad que los últimos (lo que resulta normal cuando se van enfocando las observaciones o se mejoran las entrevistas o sesiones, incluso la recolección de artefactos y materiales o la captura de imágenes).
3. Hacer *chequeos cruzados* (codificaciones del mismo material por dos investigadores) para comparar las unidades, categorías y temas producidos por ambos de manera independiente. Miles y Huberman (1994) sugieren un mínimo de 70% de acuerdo (esto es muy relativo porque estamos en un proceso interpretativo y naturalista, basta con no encontrar contradicciones).
4. Demostrar coincidencia de los datos entre distintas fuentes (por ejemplo, si se mencionó que determinada persona fue un líder cristero en una comunidad, demostrarlo por medio de diferentes fuentes: entrevistas a varias personas, artículos de prensa publicados en la época y revisión de archivos públicos y privados).
5. Establecer cadenas de evidencia (conectar los sucesos mediante diferentes fuentes de datos). Por ejemplo, en criminología se cuestiona: tal testigo dijo que vio a esta persona en determinado lugar a cierta hora, otro testigo mencionó que presenció que dicha persona cometió un crimen (en un lugar distinto a la misma hora). Un individuo no puede estar en dos lugares a la vez en un mismo momento. ¿Quién tiene la razón de los dos testigos? Es necesario establecer una cadena de evidencia (buscar otros posibles testigos que hayan visto al individuo a esa hora o en un momento cercano al crimen y otros indicadores).
6. Duplicar muestras, es decir, realizar el mismo estudio en dos o más ambientes o muestras homogéneas y comparar resultados de la codificación y el estudio (Hill, Thompson y Williams, 1997). Se trata de cierto sentido de "duplicación" del estudio que resulta complejo y ciertamente posee rasgos cuantitativos.
7. Aplicar coherentemente un método (por ejemplo, teoría fundamentada).
8. Utilizar un programa computacional de análisis que: *a*) permita construir una base de datos que pueda ser analizada por otros investigadores, *b*) nos auxilie al codificar y establecer reglas, *c*) proporcione conteo de códigos, *d*) nos ayude en la generación de hipótesis, mediante distintos sistemas lógicos y *e*) provea de representaciones gráficas que nos permitan entender relaciones entre conceptos, categorías y temas, así como a generar teoría (como Decision Explorer® y Atlas.ti®).
9. Revisar las transcripciones para que no tengan errores ni omisiones (Cuevas, 2009).
10. Asegurarse de que no hay una desviación entre la definición de los códigos y su asignación a segmentos específicos, a través de la escritura continua de notas en la bitácora ("memos").
11. Cuando el análisis lo está llevando a cabo un equipo de investigadores, reunirse periódicamente para coordinar y homologar el análisis. Llevar un registro escrito de dichas reuniones y los acuerdos logrados en ellas (Creswell, 2009).

ATLAS TI

Credibilidad

También se llama "máxima validez" (Saumure y Given, 2008b), y se refiere a si el investigador ha captado el significado completo y profundo de las experiencias de los participantes, particularmente de aquellas vinculadas con el planteamiento del problema. La pregunta a responder es: ¿hemos recogido, comprendido y transmitido en profundidad y con amplitud los significados, vivencias y concep-

tos de los participantes? La credibilidad tiene que ver también con nuestra capacidad para comunicar el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los participantes (The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009k). Mertens (2010) la define como la correspondencia entre la forma en que el participante percibe los conceptos vinculados con el planteamiento y la manera como el investigador retrata los puntos de vista del participante.

Las amenazas a esta validez son la reactividad (distorsiones que pueda ocasionar la presencia de los investigadores en el campo o ambiente), tendencias y sesgos de los investigadores (que los investigadores ignoren o minimicen datos que no apoyen sus creencias y conclusiones), y distorsiones de los participantes sobre los eventos del ambiente o del pasado. Por ejemplo, que reporten sucesos que no ocurrieron, que olviden los detalles, que magnifiquen su participación en un hecho, que sus descripciones no revelen lo que realmente experimentaron y sintieron en el momento de los sucesos, sino más bien lo que piensan y sienten ahora, en el presente; así como falta de honestidad y autenticidad.

Savin-Baden y Major (2013), James (2008) y Coleman y Unrau (2005) efectúan las siguientes recomendaciones para incrementar la "credibilidad":

- Evitar que nuestras creencias y opiniones afecten la claridad de las interpretaciones de los datos, cuando deben enriquecerlas.
- Considerar importantes todos los datos, particularmente los que contradicen nuestras creencias.
- Privilegiar a todos los participantes por igual (asegurar que cada uno tenga el mismo acceso a la investigación).
- Estar conscientes de cómo influimos a los participantes y cómo ellos nos afectan.
- Buscar evidencia positiva y negativa por igual (a favor y en contra de un postulado).

Burns (2009) y Franklin y Ballau (2005) consideran que la credibilidad se logra mediante los siguientes puntos:

a) Corroboración estructural: proceso mediante el cual varias partes de los datos (categorías, por ejemplo), se "soportan conceptualmente" entre sí (mutuamente). Implica reunir los datos e información emergentes para establecer conexiones o vínculos que eventualmente crean un todo cuya justificación son las propias piezas de evidencia que lo conforman.

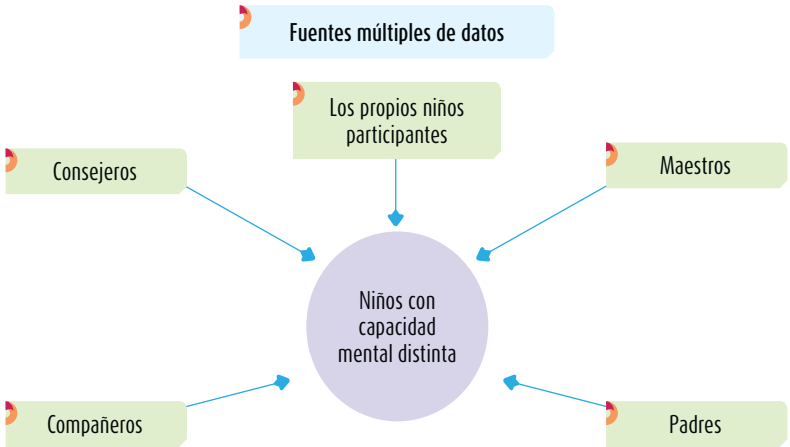
b) Adecuación referencial: cercanía entre lo descrito y los hechos. Para consolidar la credibilidad desde el trabajo en el campo, es conveniente escuchar todas las "voces" en la comunidad, organización o grupo en estudio, acudir a varias fuentes de datos y registrar todas las dimensiones de los eventos y experiencias (por ejemplo, en entrevistas estar pendientes de la comunicación verbal, pero también de la no verbal). Algunas medidas que el investigador puede adoptar para incrementar la "credibilidad", de acuerdo con Creswell (2013a), Neuman (2009), y Franklin y Ballau (2005), son:

1. Establecer estancias prolongadas en el campo. Permanecer por periodos largos en el ambiente ayuda a disminuir distorsiones o efectos provocados por la presencia del investigador, ya que las personas se habitúan a él y, a su vez, éste se acostumbra y adapta al ambiente (esto es similar a cuando uno viaja a otro lugar, nuestras primeras impresiones son distintas a las que tenemos cuando hemos permanecido en el sitio por varios días). Además, de este modo el analista dispone de más tiempo para analizar sus notas y bitácora, profundizar en sus reflexiones, así como evaluar los cambios en sus percepciones durante su permanencia. Por otro lado, el espectro de observación resulta más amplio.
2. Llevar a cabo muestreo dirigido o intencional. El investigador puede elegir ciertos casos, analizarlos y más adelante seleccionar casos adicionales para confirmar o no los primeros resultados. Posteriormente puede elegir casos homogéneos y luego heterogéneos para probar los límites y alcances de sus resultados. Más adelante, muestras en cadena, luego casos extremos. Finalmente, analizar casos negativos (intencionalmente buscar casos contradictorios, excepciones, que le permitan otros puntos de vista y comparaciones). La riqueza de datos es mayor porque se expresan múltiples "voces".
3. Triangulación. Puede triangularse para confirmar la corroboración estructural y la adecuación referencial. Primero, triangulación de teorías o disciplinas, el uso de múltiples teorías o pers-

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

pectivas para analizar el conjunto de los datos (la meta no es corroborar los resultados contra estudios previos, sino analizar los mismos datos bajo diferentes visiones teóricas o campos de estudio). Segundo, triangulación de métodos (complementar con un estudio cuantitativo, que nos conduciría de un plano cualitativo a uno mixto). Tercero, triangulación de investigadores (varios observadores y entrevistadores que recolecten el mismo conjunto de datos), con el fin de obtener mayor riqueza interpretativa y analítica. Cuarto, triangulación de datos (diferentes fuentes e instrumentos de recolección de los datos, así como distintos tipos de datos, por ejemplo, entrevista a participantes y pedirles tanto un ensayo escrito como fotografías relacionadas con el planteamiento del estudio). Las "inconsistencias" deben analizarse para considerar si realmente lo son o representan expresiones diversas. Un ejemplo de triangulación de fuentes en un estudio para entender el aprendizaje de conceptos matemáticos complejos por parte de niños con ciertas capacidades distintas es el de la figura 14.18.

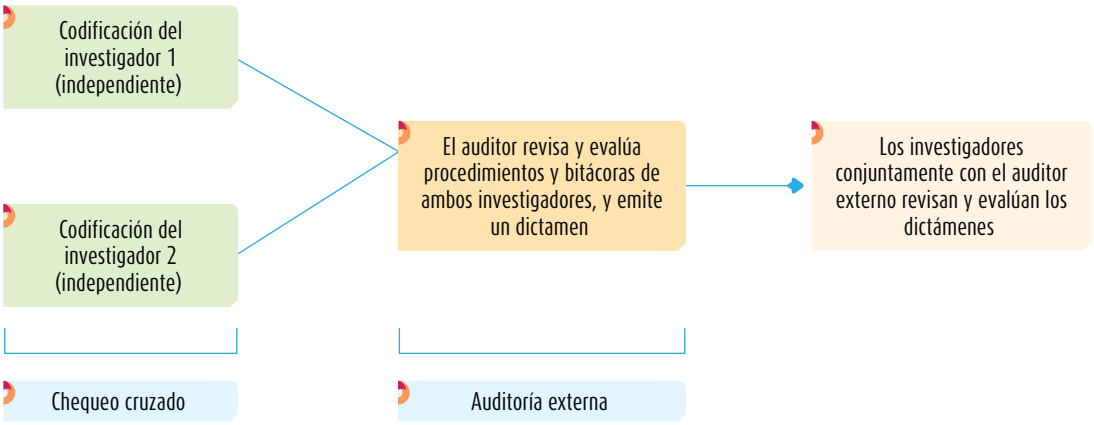
Figura 14.18 Triangulación de fuentes de datos en un estudio (ejemplo).



4. Introducir **auditoría** externa. Revisión del proceso completo, a cargo de un colega calificado, o varios, para evaluar: bitácora y notas de campo, datos recolectados (métodos y calidad de la información), bitácora de análisis (para evaluar el procedimiento de codificación: unidades, reglas producidas, categorías, temas, códigos y descripciones), así como procedimientos para generar teoría. La auditoría puede implantarse desde que inicia el trabajo de campo o en algún otro momento, además de al final del proceso. El ideal de la auditoría se representa en el flujo de la figura 14.19.

Auditoría Es una forma de triangulación entre investigadores y sistemas de análisis.

Figura 14.19 Muestra de un ideal de auditoría.



5. Comparar con la teoría (aunque sea producto de estudios cuantitativos), simplemente para reflexionar más sobre el significado de los datos.
6. Efectuar chequeo con participantes: verificar con ellos la riqueza de los datos e interpretaciones, evaluar si éstas comunican lo que querían expresar; también verificar que no hayamos olvidado a nadie ("voces perdidas o ignoradas"). Incluso, en ocasiones se revisa con los participantes el proceso de recolección de los datos y la codificación. Este procedimiento de verificación debe realizarse tomando en cuenta sus características demográficas y puede desarrollarse después de la codificación de ciertos casos y durante el trabajo de campo, además de al final del análisis.
7. Utilizar la lógica para probar nuestras nociones mediante expresiones condicionales del tipo "Si…, luego…". Esto ayuda a recordarnos lo que merece atención y formular proposiciones causales (Miles y Huberman, 1994). La mayoría de los programas de análisis cualitativo proveen esta función.
8. Usar descripciones detalladas, profundas y completas; pero nítidas y sencillas (Daymon, 2010 y Henwood, 2005), las cuales ayudarán a que el lector comprenda de una manera más completa el contexto y los detalles del fenómeno, dándole una perspectiva más realista (Cuevas, 2009).
9. Demostrar que todos los casos fueron reconstruidos para su análisis (se tomaron notas de campo en cada uno).
10. Reflexionar sobre nuestros prejuicios, creencias y concepciones respecto al problema de estudio con la finalidad de estar conscientes de éstas y evitar que sean una fuente de sesgos. Además se deben comunicar de manera abierta y honesta en el reporte para que el lector conozca la perspectiva del investigador (Creswell, 2013b).
11. Presentar los datos o información discrepante o contradictoria. En la vida real es común encontrar casos que no se ajustan a la generalidad, y si en el estudio encontramos algunos de éstos, es importante discutirlos como parte de los resultados, para obtener una descripción más completa y realista (Cuevas, 2009).

Credibilidad del estudio Mejora con la revisión y discusión de los resultados con pares o colegas ("ojos frescos").

Transferencia (aplicabilidad de resultados)

Este criterio no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de un estudio cualitativo, sino que parte de ellos o su esencia puedan aplicarse en otros contextos (Savin-Baden y Major, 2013; Morse, 2012; y Williams *et al.,* 2005). Mertens (2010) también la denomina "traslado". Sabemos que es muy difícil que los resultados de una investigación cualitativa particular puedan transferirse a otro contexto, pero en ciertos casos, pueden dar pautas para tener una idea general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente. Por ejemplo, los resultados de un estudio cualitativo sobre la depresión posparto realizado con 10 mujeres de Buenos Aires no pueden generalizarse a otras mujeres de esta ciudad que experimenten tal depresión, mucho menos a las argentinas o a las latinoamericanas. Pero sí pueden contribuir a un mayor conocimiento del fenómeno y a establecer algunas pautas para futuras indagaciones sobre la depresión posparto, aunque se efectúen en Montevideo, Sevilla o Monterrey. La transferencia no la realiza el investigador, sino el usuario o lector, que es el que se pregunta si puede aplicarse a su contexto. El investigador lo único que puede hacer es intentar mostrar su perspectiva sobre dónde y cómo encajan o embonan sus resultados en el campo de conocimiento de un problema analizado.

Con la finalidad de que el lector o usuario pueda contar con más elementos para evaluar la posibilidad de transferencia, el investigador debe describir con toda amplitud y precisión el ambiente, los participantes, materiales, momento del estudio, etc. La transferencia nunca será total, pues no hay dos contextos iguales, en todo caso será parcial.

Transferencia Se refiere a que el usuario de la investigación determine el grado de similitud entre el contexto del estudio y otros contextos.

Para que la posibilidad de **transferencia** sea mayor es necesario que la muestra sea diversa y los resultados (temas, descripciones, hipótesis y teoría) se convaliden si emergen en muchos más casos.

Confirmación o confirmabilidad

Este criterio está vinculado a la credibilidad y se refiere a demostrar que hemos minimizado los sesgos y tendencias del investigador (Mertens, 2010, y Guba y Lincoln, 1989). Implica rastrear los datos en su fuente y la explicitación de la lógica utilizada para interpretarlos.

Las estancias prolongadas en el campo, la triangulación, la auditoría, el chequeo con participantes y la reflexión sobre los prejuicios, creencias y concepciones del investigador ayudan a proveer información sobre la confirmación.

Otros criterios

Además de los criterios anteriores, otros autores más recientes como Savin-Baden y Major (2013); Teddlie y Tashakkori (2009); y Smith (2003) han propuesto unos más, entre los que podemos mencionar los siguientes:

- **Fundamentación:** la amplitud con que la investigación posee bases teóricas y filosóficas sólidas y provee de un marco referencial que informa al estudio. Tiene que ver con una revisión de la literatura extensiva y pertinente (enfocada en estudios similares). Además de incluir un razonamiento contundente de las razones por las que se recurrió a un enfoque cualitativo.
- **Aproximación:** desde un punto de vista metodológico, la contundencia con que se explicitaron los juicios y lógica del estudio. El investigador debe señalar de manera específica la secuencia que se siguió en la investigación y los razonamientos que la condujeron.
- **Representatividad de voces:** ya comentada. Debemos incluir todos los grupos de interés o al menos la mayoría (por ejemplo, si estudiamos los valores de los jóvenes universitarios, debemos escuchar a estudiantes de todos los estratos económicos, hombres y mujeres, de escuelas públicas y privadas, de diferentes edades y tratando de abarcar el máximo de licenciaturas o carreras).
- **Capacidad de otorgar significado:** la profundidad con que se presentan nuevos descubrimientos y entendimientos del problema de investigación a través de los datos y el método utilizado.
- **Autenticidad:** que tanto los participantes como el investigador se expresen tal y como son y las descripciones sean equilibradas y justas (Burns, 2009 y James, 2008).

Todo esto, además de verosimilitud, honestidad y capacidad de autocrítica (Savin-Baden y Major, 2013).

En el centro de recursos en línea el lector encontrará una propuesta de preguntas de autoevaluación para investigaciones cualitativas en: Material complementario → Capítulos → Capítulo 10: "Parámetros, criterios, indicadores o cuestionamientos para evaluar la calidad de una investigación".

Centro de recursos en línea

El planteamiento del problema, siempre presente

En todo el proceso de análisis debemos tener en mente el planteamiento original del problema de investigación, no para "poner una camisa de fuerza" a nuestro análisis, sino con la finalidad de que no se nos olvide encontrar las respuestas que buscamos. Asimismo, recordemos que dicho planteamiento puede sufrir cambios o ajustes conforme avanza la investigación. Las modificaciones que se realicen en el planteamiento habrán de justificarse.

Resumen

- Muestreo, recolección y análisis resultan actividades casi paralelas.
- La recolección de datos ocurre en los ambientes naturales y cotidianos de los participantes, casos o unidades de análisis.
- El instrumento de recolección de los datos en el proceso cualitativo es el investigador.
- Las unidades de análisis pueden ser personas, casos, significados, prácticas, episodios, encuentros, papeles desempeñados, relaciones, grupos, organizaciones, comunidades, subculturas, estilos de vida, etcétera.
- El mejor papel que puede asumir el investigador en el campo es el empático y debe minimizar el impacto que sobre los

participantes y el ambiente pudieran ejercer sus creencias, fundamentos o experiencias de vida asociadas con el problema de estudio.

- Los datos se recolectan por medio de diversas técnicas o métodos, que también pueden cambiar en el transcurso del estudio: observaciones, entrevistas, análisis de documentos y registros, etcétera.
- En la observación cualitativa se requiere utilizar todos los sentidos.
- Los propósitos esenciales de la observación son: *a*) explorar ambientes, contextos, subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social; *b*) describir comunidades, contextos o ambientes, las actividades que se desarrollan en éstos, las personas que participan en tales actividades y sus significados; *c*) comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, eventos que suceden a través del tiempo, así como los patrones que se desarrollan y los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas; *d*) identificar problemas y *e*) generar hipótesis.
- Elementos potenciales a observar son: el ambiente físico y social, actividades (acciones) individuales y colectivas, artefactos que usan los participantes y funciones que cubren, hechos relevantes, eventos e historias y retratos humanos.
- La observación va enfocándose hasta llegar a las unidades vinculadas con el planteamiento inicial del problema.
- Al observar debemos tomar notas.
- A diferencia de la observación cuantitativa, en la inmersión inicial cualitativa regularmente no utilizamos registros estándar. Posteriormente, conforme se enfoca la observación, podemos ir creando guías más concretas.
- Los papeles más apropiados para el investigador en la observación cualitativa son: participación activa y participación completa.
- Para ser un buen observador cualitativo se necesita: saber escuchar y utilizar todos los sentidos, poner atención a los detalles, poseer habilidades para descifrar y comprender conductas no verbales, ser reflexivo y disciplinado para escribir anotaciones, así como flexible para cambiar el centro de atención, si esto es necesario.
- Los periodos de la observación cualitativa son abiertos.
- La entrevista cualitativa es íntima, flexible y abierta. Se define como una reunión para intercambiar información entre una persona (entrevistador) y otras (entrevistado u entrevistados).
- Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas o abiertas.
- En las estructuradas, el entrevistador realiza su labor basándose en una guía de preguntas específicas y se sujeta exclusivamente a ésta (el instrumento prescribe qué ítems se preguntarán y en qué orden). Las entrevistas semiestructuradas, por su parte, se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas). Las entrevistas abiertas se fundamentan en una guía general de contenido y el entrevistador posee toda la flexibilidad para manejarla.
- Regularmente en la investigación cualitativa, las primeras entrevistas son abiertas y de tipo piloto, las cuales van estructurándose conforme avanza el trabajo de campo.
- Las entrevistas cualitativas se caracterizan por: 1) el principio y el final de la entrevista no se predeterminan ni se definen con claridad, incluso pueden efectuarse en varias etapas, 2) las preguntas y el orden en que se hacen se adecuan a los participantes, 3) ser anecdóticas, 4) el entrevistador comparte con el entrevistado el ritmo y dirección de la entrevista, 5) el contexto social es considerado y resulta fundamental para la interpretación de significados y 6) el entrevistador ajusta su comunicación a las normas y lenguaje del entrevistado.
- Una primera clasificación del tipo de preguntas en una entrevista es: preguntas generales, preguntas para ejemplificar, preguntas estructurales y preguntas de contraste.
- Otra clasificación es la siguiente: de opinión, de expresión de sentimientos, de conocimientos, sensitivas, de antecedentes y de simulación.
- Cada entrevista es una experiencia de diálogo única y no hay estandarización.
- En una entrevista cualitativa pueden hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etcétera.
- Los grupos de enfoque consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos (tres a 10 personas), en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado e informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales que fomenta la interacción en la sesión.
- Los grupos de enfoque son positivos cuando todos los miembros intervienen y se evita que uno de los participantes guíe la discusión.
- Para organizar de manera eficiente los grupos y lograr los resultados esperados es importante que el conductor de las sesiones esté habilitado para manejar emociones cuando surjan y obtener significados de los participantes en su propio lenguaje, además de ser capaz de alcanzar un alto nivel de profundización. El guía debe fomentar la participación de cada persona, evitar agresiones y lograr que todos tomen su turno para expresarse.
- La guía de temas de los grupos de enfoque puede ser estructurada, semiestructurada o abierta.
- Una fuente muy valiosa de datos cualitativos son los documentos, materiales y artefactos diversos.
- Las biografías o historias de vida son narraciones de los participantes sobre hechos del pasado y sus experiencias.
- En la recolección de datos cualitativos es conveniente tener varias fuentes de información y usar varios métodos.
- En el análisis de datos cualitativos el proceso esencial consiste en que recibimos datos no estructurados y los estructuramos e interpretamos.
- Los datos cualitativos son muy variados, pero en esencia son narraciones de los participantes: *a*) visuales (fotografías, videos, pinturas, etc.), *b*) auditivas (grabaciones), *c*) textos escritos (documentos, cartas, etc.) y *d)* expresiones verbales y

no verbales. Además de las narraciones del investigador (notas en la bitácora de campo).
- Durante el análisis elaboramos una bitácora, con memos que documentan el proceso.
- El análisis cualitativo implica reflexionar constantemente sobre los datos recabados.
- Para efectuar un análisis cualitativo los datos se organizan y las narraciones orales se transcriben.
- Al revisar el material, las unidades de análisis emergen de los datos.
- La unidad de análisis es un segmento de contenido textual, auditivo o visual que se analiza para generar categorías.
- El investigador analiza cada unidad y extrae su significado. De las unidades surgen las categorías, por el método de comparación constante (similitudes y diferencias entre las unidades de significado). Así se efectúa la codificación abierta o en un primer plano.
- Las categorías son conceptualizaciones analíticas desarrolladas por el investigador para organizar los resultados o descubrimientos relacionados con un fenómeno o experiencia humana que está bajo investigación.
- A las categorías que emergen se les asignan códigos que las identifican.
- La codificación en un segundo plano o axial, consiste esencialmente en: *a*) agrupar categorías en temas, identificando así las categorías centrales del fenómeno (el axis o eje) y *b*) conectar dichas categorías fundamentales (en hipótesis, vínculos, modelos, etc.). Esto se lleva a cabo también mediante la comparación constante.
- Así, las categorías y temas son relacionados para obtener clasificaciones, hipótesis, teoría y una narrativa general (codificación selectiva).
- Existen diversas técnicas para generar categorías cuando nos cuesta trabajo hacerlo.
- Centro de recursos en línea Para realizar el análisis de los datos cualitativos, el investigador puede auxiliarse de programas de cómputo, principalmente: Atlas.ti® y Decision Explorer® (en el centro de recursos podrá acceder a los vínculos para descargar versiones de prueba, en: Software).
- En la investigación cualitativa han surgido criterios para intentar establecer un paralelo con la confiabilidad, validez y objetividad cuantitativa: dependencia, credibilidad, transferencia y confirmación; así como fundamentación, aproximación, representatividad de voces y capacidad de otorgar significado.

Conceptos básicos

- Ambiente
- Análisis de los datos cualitativos
- Anotaciones
- Archivo
- Artefactos
- Atlas.ti®
- Biografía
- Bitácora de análisis
- Campo
- Categoría
- Código
- Codificación abierta
- Codificación axial
- Codificación selectiva
- Comparación constante
- Confirmabilidad
- Credibilidad
- Dato(s)
- Decision Explorer®
- Dependencia
- Diagrama
- Documento
- Entrevista
- Entrevistado
- Entrevistador
- Grabación
- Grupo de enfoque
- Guía de entrevista
- Guía de observación
- Guía de tópicos
- Historia de vida
- Inmersión inicial
- Investigador cualitativo
- Mapa
- Material audiovisual
- Matriz
- Memo
- Metáfora
- Observación
- Observación enfocada
- Participante
- Pregunta
- Programa de análisis
- Reflexión
- Registro
- Relaciones
- Papel del investigador
- Saturación de categorías
- Segmento
- Sesión en profundidad
- Significados
- Tema
- Transcripción
- Transferencia
- Unidad de análisis o significado

Ejercicios

1. Observe en la cafetería de su universidad lo que ocurre durante 15 minutos (en un horario en el que haya un gran número de estudiantes).

   Anote lo que ocurre (a detalle). Posteriormente reflexione sobre lo que observó, describa qué ocurrió. ¿Qué tipos de relaciones entre los estudiantes se manifiestan en la cafetería?
2. Busque un estudio cualitativo que haya utilizado la entrevista como medio de recolección de los datos: ¿En qué contexto se realizaron las entrevistas? ¿Qué preguntas se formularon? ¿A qué conclusiones llegaron? ¿Qué otras preguntas hubiera planteado?
3. Plantee y realice una entrevista abierta y una semiestructurada.
4. Vuelva a ir a la cafetería de su institución y observe cómo conversan compañeros que conozca. Después de 10 minutos, encuentre un concepto para observar más a detalle (prendas utilizadas, cómo se miran a los ojos, qué productos consumen al platicar, cómo sonríen, cómo son sus ademanes, etc.). Registre sus observaciones y notas en un cuaderno y discútalas en clase. Si varios compañeros de asignatura acuden a la misma hora a observar, comparen sus notas.
5. Plantee una sesión en profundidad (indique objetivos, procedimientos, participantes, agenda, guía de temas, etc.) y organícela con amigos suyos. Grábela en audio y video, transcriba la sesión y analice las transcripciones (realice todo el proceso analítico expuesto). Al final, autoevalúe su experiencia.
6. Codifique en primer plano (codificación abierta) los siguientes segmentos:

Caso 1:

- Yo quiero mucho a mi mamá
- Ella es bonita y buena
- Siempre me hace caso y no me regaña
- Es cariñosa, maravillosa
- Me cuida, me protege, se preocupa por mí
- Me aconseja
- Yo también la quiero
- Siempre lo haré
- Ojalá viva muchos años.
- Se llama Pola

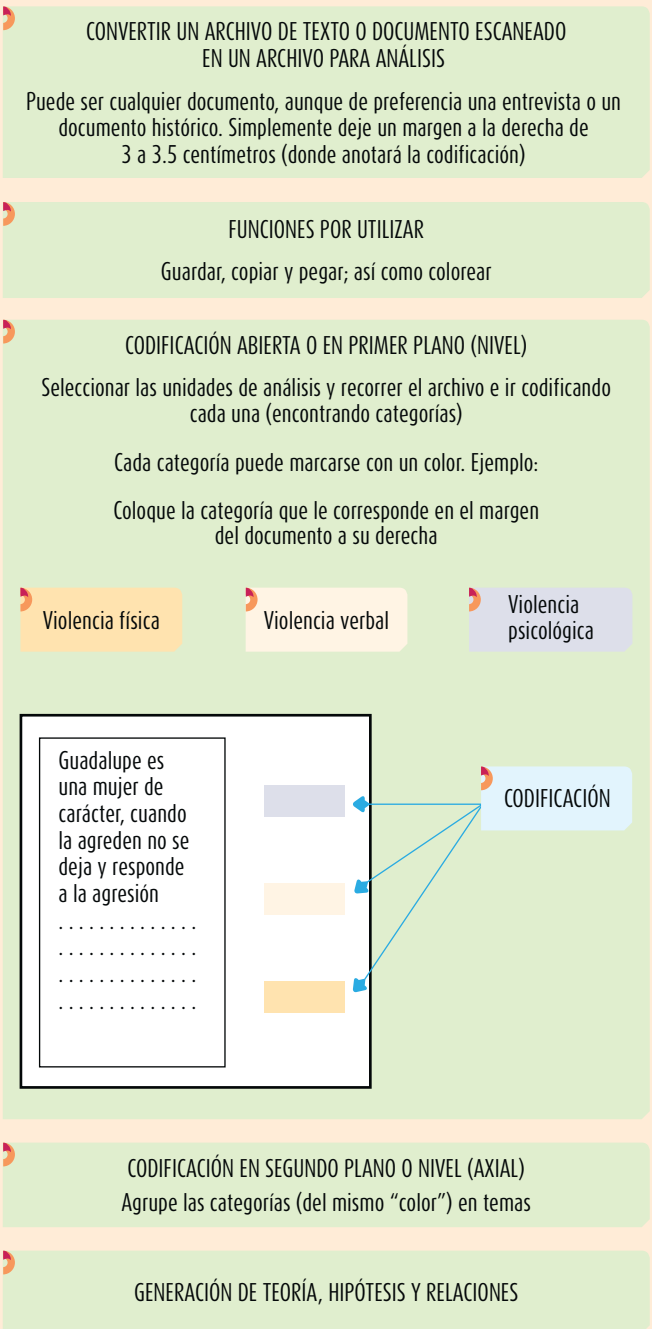
Caso 2:

- Mi mamá es egoísta, a veces mala
- No me escucha
- No me deja ver los programas de televisión que me gustan
- Me obliga a tomar clases de todo
- Me siento sola, realmente no tengo una madre que esté conmigo
- Y en todo caso prefiero que no esté en casa
- Prefiere a mis hermanos
- Se llama Alessa

Compare categorías de ambos casos. ¿A qué conclusiones llega?

7. Codifique en primero y segundo planos (abierta y axial) las entrevistas que realizó (abierta y semiestructurada).
8. En la figura 14.20 mostramos el diagrama para efectuar análisis cualitativo en un procesador de texto.

Figura 14.20 Procedimiento para realizar un análisis cualitativo mediante un procesador de textos.



Con base en el diagrama:

a) Analice un ensayo hecho por algún compañero (mínimo cinco cuartillas) ya sea el trabajo de cualquier asignatura o con fines personales.
b) Analice un documento histórico que pueda escanear.
c) Analice un artículo que baje de internet a su computadora u ordenador.

9. Busque en una revista científica una investigación cualitativa y analícela, ¿podría usted realizar un estudio similar en la población donde vive?, ¿qué ajustes tendría que hacer?
10. Respecto a su planteamiento del problema de investigación cualitativa, ¿qué instrumentos utilizaría para recolectar los datos? Defina y recolecte datos de cinco casos (participantes, materiales, etc.). Realice todo el proceso de análisis cualitativo.

Ejemplos desarrollados

La guerra cristera en Guanajuato

A lo largo del capítulo se ha presentado una parte de los resultados (mínima, por cuestiones de espacio), por lo que ahora solamente incluiremos algunos breves comentarios del análisis y un fragmento de cómo se reportó un tema en una de las poblaciones estudiadas.

El análisis se realizó de manera independiente en cada comunidad (un proceso por población). Después, se detectaron los temas habituales en todas las comunidades y se hizo un análisis global. El esquema se muestra en la figura 14.21. Y así con otras poblaciones.

El siguiente es un ejemplo de la categoría: "Devoción a los sacerdotes cristeros" (Salamanca):

La devoción a San Jesús Méndez

Luego de que fusilaron al padre Jesús Méndez, las personas iban a dejar flores y veladoras en el lugar donde lo mataron. Hasta que el gobierno colocó un letrero que prohibía estas manifestaciones de fe so pena de muerte.

"Pero pensaron en una piedrita, para burlar al gobierno, una piedrita en lugar de una flor, una piedrita en lugar de una veladora, y así. Este pensamiento fue de aquí de Valtierrilla". (Entrevista a doña Pila, 2005).

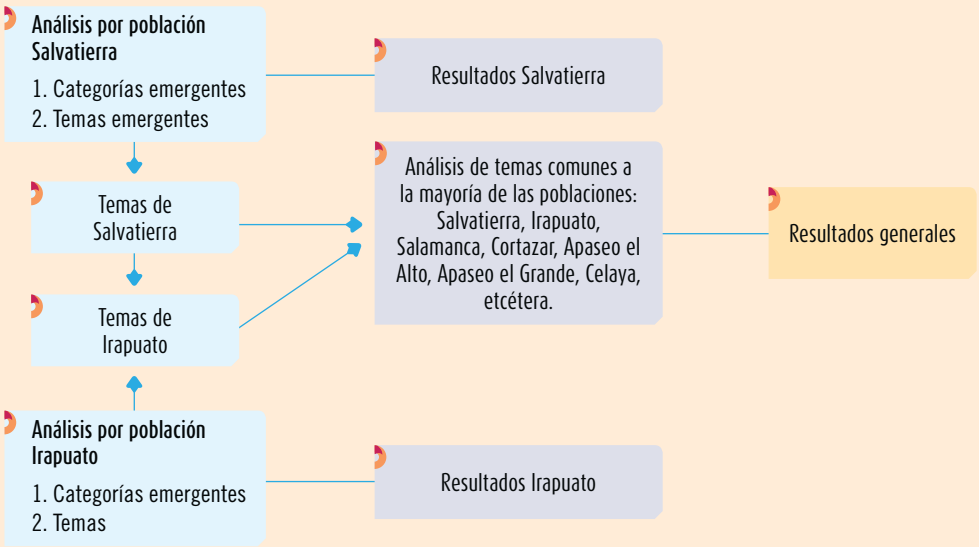
Hace aproximadamente unos 25 años existe el monumento que se conoce actualmente. Además, la calle donde se encuentra lleva el nombre del padre: "Calle Jesús Méndez".

En 1987, los restos del padre, que descansaban en la parroquia antigua, fueron cambiados a la nueva parroquia de Guadalupe, ubicada del lado izquierdo de la vieja. Ahí es donde del lado izquierdo del altar, en un nicho con una imagen suya, reposan sus restos.

A raíz de que en el año 2000 el padre fue canonizado, doña Pila acondicionó una especie de museo y capilla en su casa. Ahí uno encuentra fotos de la vida del tío de Pila, ropa, objetos personales y religiosos. Al centro de la habitación, la foto del padre preside el lugar, a sus pies, un reclinatorio para orar y veladoras. El techo está decorado con cadenas de tela roja que ostentan flores de colores del mismo material. El lugar está rodeado de imágenes religiosas, veladoras y flores de plástico; además de milagritos de latón y exvotos que cuelgan de las paredes.

Comenta la doña que juntó siete kilos de monedas viejas y las fue a vender a Salamanca. Con el dinero que le dieron por las monedas y la ayuda de una sobrina, pudo comprar pintura y focos para acondicionar lo que fue su cuarto de costura.

Figura 14.21 Mapa o diagrama de una parte del análisis del estudio.



También se cuentan los milagros atribuidos a San Jesús Méndez. Aquí menciono un ejemplo de tantos testimonios que ha escuchado Pila de los devotos de su tío:

Un muchacho que se fue para Estados Unidos, pero en el camino tuvo muchos contratiempos, ni siquiera alcanzó a llegar a la frontera porque se le acabó el dinero. Un señor le salió en el camino y le prestó el dinero para regresarse, le dijo que luego que pudiera fuera a Valtierrilla a pagárselo, que se llamaba Jesús Méndez. Tiempo después el hombre fue a Valtierrilla a cumplir su promesa, y se encontró con la sorpresa que el dichoso Jesús Méndez hacía mucho que había muerto, y que era sacerdote. Al ver la foto del padre lo reconoció en seguida, esa era la persona que le prestó el dinero, así que aquello fue considerado como un milagro.

La fiesta del padre se celebra cada 5 de febrero, aniversario de su fusilamiento.

El siguiente es un ejemplo de la categoría: "Misas fuera de las iglesias" (San Miguel de Allende):

La misa a través de las bardas

En la casa de don Blas, localizada cuadra abajo del templo de Capuchinas, se albergó el padre Marciano Medina, guardián del templo de San Francisco. Con el relato de don Blas, nos damos cuenta de cómo era una misa en una casa:

> Entraba toda la gente como a una iglesia, la puerta del zaguán estaba abierta y de la calle entraban todas las hermanas terceras y los terceros, con sus chales, sus rosarios en la mano, los libros de devoción, bueno entonces, el templo de San Francisco se cambió aquí (risas).

En la biblioteca de la casa, el padre Medina llevaba a cabo las celebraciones religiosas, que eran presididas por una imagen de la Purísima Concepción. Pero cada vez los asistentes eran más indiscretos con las misas, pues se veía entrar por la puerta principal a muchas personas.

> Y luego, para acabarla de amolar, vino el hermano organista (risas) se llamaba Macedonio Hernández. Entonces, trajeron un organito y había cantos, entonces vino el presidente municipal: "oigan, no la amuelen, porque tanto los van a amolar a ustedes, como me van a amolar a mí por no denunciarlos. Así que háganme favor, a ver cómo le hacen, pero suspendan eso".

El presidente municipal les llamó la atención porque al alcalde que no daba aviso dónde estaba un sacerdote escondido o dónde se celebraba una misa u otros actos religiosos, "estaba sancionado por la ley". Detuvieron el acto, pero ahí no paró la cosa. Desde ese día ya no entraron por la puerta principal de la casa, ahora lo hacían por las bardas de las casas vecinas:

> Allá al fondo de la casa hay una barda, y al otro lado había una escalerita, y por ahí se subían. Si había peligro o algo, porque luego andaban cateando las casas, buscando dónde había culto, entonces por ahí entraba la gente, cantidad de gente subía por las escaleritas. Y las señoras, en una casa de por allá, que habían amontonado losa al lado del muro, por ahí bajaban las mujeres, porque por acá por las escaleras no podían, nada más los muchachos.

Sin embargo, la familia ya estaba en la "mira" del gobierno y decidieron irse para la Ciudad de México en 1927 y así evitar problemas. Se desconoce hacia dónde se tuvo que ir el padre Marciano Medina.

Así como esta casa, existieron varias en la ciudad que albergaron sacerdotes. El gobierno cateaba las casas en busca de ellos, pero los vecinos tenían una especie de "espionaje y aviso", y entre ellos se corrían la voz si veían soldados federales cerca.

Consecuencias del abuso sexual infantil

Como en el caso anterior, a lo largo del capítulo se ha presentado una parte de los resultados (mínima, por cuestiones de espacio), por lo que ahora solamente incluiremos los modelos teóricos resultantes en las figuras 14.22 y 14.23 (Morrow y Smith, 1995, p. 35).

Figura 14.22 Modelo teórico para la supervivencia y afrontamiento del abuso sexual infantil.

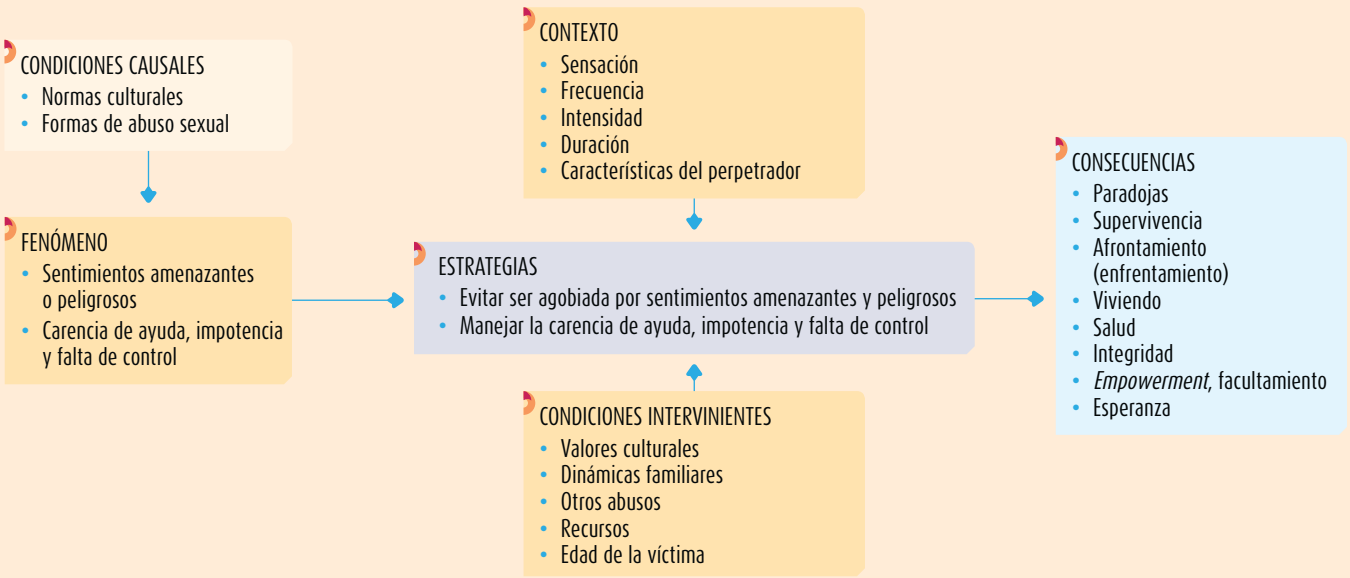
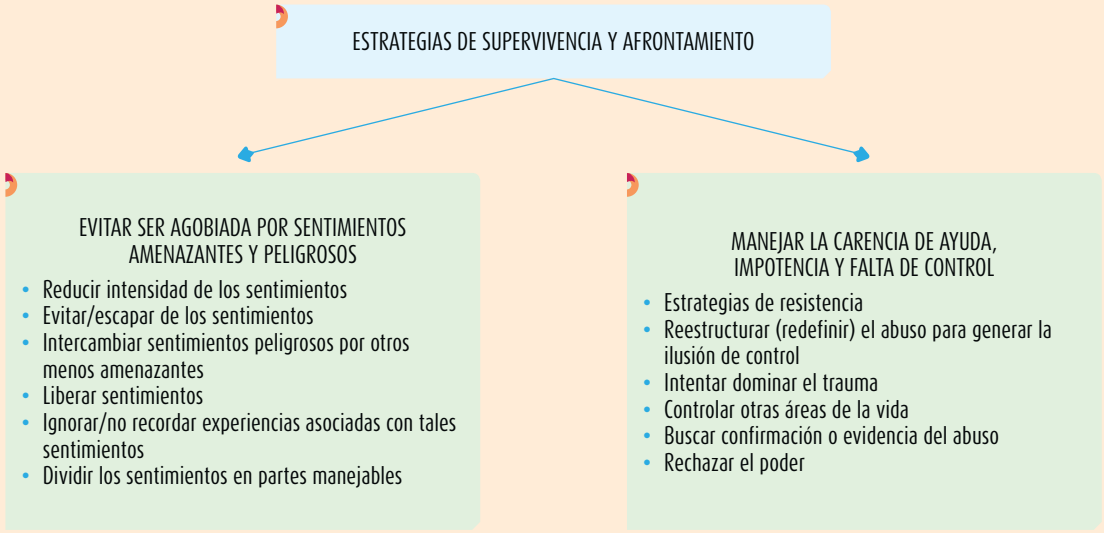


Figura 14.23 Estrategias de supervivencia y afrontamiento de mujeres que han sobrevivido al abuso sexual infantil.



Centros comerciales

La guía semiestructurada que fue utilizada para las sesiones de cada centro comercial es la siguiente:

Área 1: satisfacción con la experiencia de compra en centros comerciales. Evaluación del usuario sobre su experiencia de compra en el centro comercial (en específico).

- Satisfacciones derivadas de esa experiencia.
- Necesidades para realizar la función de compra en el centro comercial con un máximo de satisfacción.
- Necesidades de entretenimiento y medios para satisfacerlas.

Área 2: atributos del centro comercial.

- Definición del centro comercial ideal.
- Identificación y definición de los atributos, oportunidades y factores críticos de éxito del centro comercial ideal.
- Evaluación de los atributos y factores críticos de éxito del centro comercial en particular.
- Identificación de factores negativos y amenazas del centro comercial.

Área 3: Percepción de los clientes respecto a las remodelaciones.

- Evaluación de áreas específicas de las instalaciones del centro comercial como: baños, teléfonos, señalización, estacionamiento, cajeros automáticos, áreas de entretenimiento, pasillos, accesos peatonales, limpieza, clima interior, música ambiental, decoración, áreas verdes, islas, bancas y lugares para sentarse.
- Sugerencias para futuras remodelaciones en dichas áreas.

Para cada centro comercial (16 en total) se efectuaron ocho sesiones (diez personas por grupo):

La muestra se comentó en el capítulo 13 (tamaño, unidades, segmentación y perfiles).

Las sesiones se grabaron en video y se transcribieron los audios correspondientes.

Se implementó un análisis por comparación constante utilizando el programa Atlas.ti®.

Por cuestiones de espacio, solamente se muestran algunos de los resultados.

El análisis comprendió dos etapas:

1. Análisis por centro comercial.
2. Análisis de temas emergentes comunes a todos los centros comerciales.

Temas emergentes regulares en varias plazas o centros comerciales:

Razones más importantes para elegir un centro comercial como el preferido:

- Variedad de tiendas o comercios
- Cercanía (al hogar)
- Ambiente social (personas del mismo estatus y convivencia)
- Seguridad

Otras razones:

- Accesos fáciles
- Bares y cafés
- Cines
- Eventos (conciertos de música, teatro, espectáculos, etcétera)
- Actividades para personas de todas las edades (niños, adolescentes, adultos e individuos mayores de 60 años)
- "Tienda ancla" (un almacén grande parte de una cadena de tiendas departamentales)

Patrón

El centro comercial cumple ahora la función que antes tenían las plazas y parques públicos y los zócalos, son un espacio de socialización y convivencia familiar. Las personas quieren que sean centros de compra, pero más que nada, "centros de diversión".

Niños con discapacidad visual

Khadka *et al.* (2012) formaron 13 grupos de enfoque (uno más de lo planeado) y en su análisis produjeron, entre otras, las siguientes categorías:

Los niños y jóvenes con y sin discapacidad visual tienen muchos intereses en común.

Los niños y jóvenes con discapacidad física luchan con algunas actividades específicas.

El uso de dispositivos con visión reducida es problemático.

El apoyo de los maestros puede limitar la independencia y en ocasiones discriminar a los alumnos con discapacidad visual.

La sobreprotección de los padres puede limitar la independencia de los niños y jóvenes con discapacidad visual.

Los niños y jóvenes con discapacidad visual quieren ser independientes.

Una conclusión: la discapacidad visual produce desventajas sociales, las cuales se evidencian con el bajo número de amigos y menores oportunidades para socializar y desarrollar habilidades interpersonales.

Los investigadores opinan

Una de las críticas positivistas del método cualitativo ha sido la flexibilidad en el proceso metodológico; sin embargo, es necesario entender que cuando se realiza este tipo de investigación, si bien no existe un esquema predeterminado de acción, también es cierto que se debe contar con una planeación que permita llevar a cabo la investigación con una cierta organización que ayude a cumplir los objetivos.

El punto de partida de la investigación cualitativa es el propio investigador; su preparación y experiencia. A partir de estos dos elementos, el investigador elige un determinado tema y define las razones de su interés en tal o cual temática. El tema por investigar no tiene por qué ser, en un primer momento, algo totalmente definido, puede ser un tema aún muy general.

Una vez identificado el tema, el investigador suele buscar toda la información posible sobre éste; en definitiva, trata de establecer el "estado del arte" o "el estado de la cuestión", es decir, conocer la situación actual de la problemática, lo que se conoce y lo que no, lo escrito y lo no escrito, lo evidente y lo tácito.

La investigación cualitativa no se origina en el planteamiento de un problema específico, sino a partir de una problemática más amplia en la que existen muchos elementos entrelazados que se contemplan conforme avanza, es decir, requiere de cierto tiempo para la acumulación de la información que brinde nuevos enfoques, los cuales en algún momento pueden llegar a cambiar la perspectiva inicial de la investigación.

En el proceso de acceso al campo se recomienda realizar un acercamiento inicial, con el fin de conocer la problemática y facilitar el uso de las estrategias utilizadas. Esto permitirá al investigador clarificar áreas de contenido no delimitadas del todo en las primeras etapas, comprobar la adecuación de las cuestiones de investigación, descubrir nuevos aspectos que no se habían contemplado inicialmente o empezar una buena relación con los participantes y establecer con ellos marcos adecuados de comunicación.

Entre las principales técnicas e instrumentos de recolección de datos se encuentran los diversos tipos de observación, diferentes clases de entrevista, estudio de casos, historias de vida, historia oral, entre otros. Asimismo, es importante considerar el uso de materiales que faciliten la recolección de información como cintas y grabaciones, videos, fotografías y técnicas de mapeo necesarias para la reconstrucción de la realidad social.

Recientemente, se han creado elementos tecnológicos que facilitan el análisis y manejo de la multiplicidad de datos obtenidos como serían el paquete *The Etnograph, QSR, NUD.IST, Atlas.ti, NVivo*, entre otros.

El investigador cualitativo requiere contar con una gran capacidad para interpretar toda la información recopilada en el campo de investigación, esto más que una técnica es un arte, que no consiste sólo en el análisis frío de los datos obtenidos, sino en una descripción sensible y detallada de éstos.

Por otro lado, no es posible pensar en abandonar el campo sin tener un bagaje enorme de datos analizables, y es a partir de la transcripción y comprensión de éstos que se da inicio al proceso de interpretación, es decir, a partir de los datos fieles y de las notas de campo que posteriormente serán analizadas. Este texto se reconstruye como un trabajo de interpretación, que contiene los hallazgos iniciales así como aquellos aspectos que el investigador aprendió en el campo.

Así, los resultados de la investigación cualitativa son expuestos en el "informe final", en el cual se señala el proceso por el cual se construyeron y analizaron los datos del tema estudiado, la estructura general, las interpretaciones y experiencias adquiridas en el campo de estudio. En resumen, los argumentos expuestos dejan claro que la investigación cualitativa no se refiere a un tipo de dato ni a un tipo de método en particular, sino a un proyecto diferente de producción del conocimiento que tiende a una noción de realidad constituida, privilegiando a entes activos e interactuantes.

Dr. Antonio Tena Suck
Director
Departamento de Psicología
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

capítulo

15

Diseños del proceso de investigación cualitativa

Los seres humanos utilizamos narrativas para expresar nuestras emociones, sentimientos y deseos. Narrativas diversas: escritas, verbales, no verbales y hasta artísticas, usando diversos medios, desde papel y lápiz hasta páginas en las redes sociales de internet. Ellas representan nuestras identidades personales y nos ayudan a organizar las experiencias. Los diseños cualitativos pretenden "capturar" tales narrativas.

Roberto Hernández-Sampieri.

Proceso de investigación cualitativa

Paso 4B Concepción del diseño o abordaje de la investigación

- Decidir el "abordaje" fundamental del estudio durante el trabajo de campo, esto es, al tiempo que se recolectan y analizan los datos.
- Adaptar el diseño a las circunstancias de la investigación (el ambiente, los participantes y el trabajo de campo).

Objetivos de aprendizaje

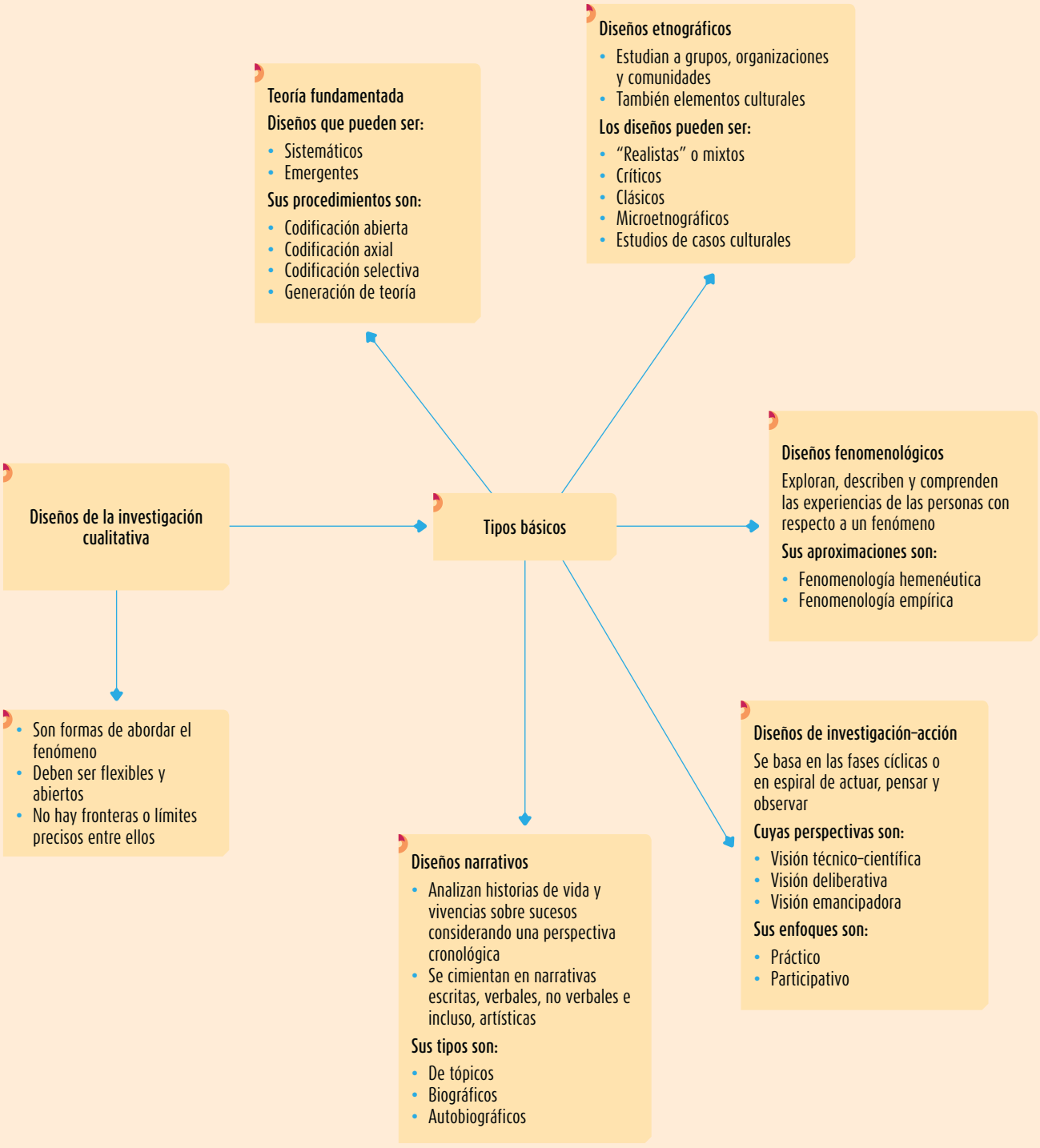
Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Comprender la relación tan cercana que existe entre la selección de la muestra, la recolección y el análisis de los datos, y la concepción del diseño básico o abordaje de la investigación, en el proceso cualitativo.
2. Conocer los principales diseños generales o abordajes en la investigación cualitativa.
3. Entender la diferencia entre los diseños cualitativos y los diseños cuantitativos.

Síntesis

En el capítulo se define el concepto de diseño en la investigación cualitativa. Asimismo, se consideran los diseños o abordajes más comunes en el proceso inductivo: *a*) diseños de teoría fundamentada, *b*) diseños etnográficos, *c*) diseños narrativos, *d*) diseños fenomenológicos y *e*) diseños de investigación-acción.

En cada clase de abordaje se consideran las acciones más importantes que se realizan en el ambiente y el proceso de indagación. Se resalta que los diseños cualitativos son flexibles y abiertos, y su desarrollo debe adaptarse a las circunstancias del estudio. Por otra parte, se señala la naturaleza iterativa de los diseños cualitativos y el hecho de que realmente no hay fronteras entre ellos. Además, un estudio inductivo normalmente incluye elementos de más de un tipo de diseño.


Diseños de la investigación cualitativa
Tipos básicos
Teoría fundamentada
Diseños que pueden ser:
Sistemáticos
Emergentes
Sus procedimientos son:
Codificación abierta
Codificación axial
Codificación selectiva
Generación de teoría
Diseños etnográficos
Estudian a grupos, organizaciones y comunidades
También elementos culturales
Los diseños pueden ser:
"Realistas" o mixtos
Críticos
Clásicos
Microetnográficos
Estudios de casos culturales
Diseños fenomenológicos
Exploran, describen y comprenden las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno
Sus aproximaciones son:
Fenomenología hemenéutica
Fenomenología empírica
Diseños de investigación-acción
Se basa en las fases cíclicas o en espiral de actuar, pensar y observar
Cuyas perspectivas son:
Visión técnico-científica
Visión deliberativa
Visión emancipadora
Sus enfoques son:
Práctico
Participativo
Diseños narrativos
Analizan historias de vida y vivencias sobre sucesos considerando una perspectiva cronológica
Se cimientan en narrativas escritas, verbales, no verbales e incluso, artísticas
Sus tipos son:
De tópicos
Biográficos
Autobiográficos
Son formas de abordar el fenómeno
Deben ser flexibles y abiertos
No hay fronteras o límites precisos entre ellos

Los diseños de investigación cualitativa: un apunte previo

Algunos lectores se preguntarán por qué este capítulo no va antes de la recolección y el análisis de los datos. La respuesta es que, para estudiar algunos temas de este capítulo, como el diseño de teoría fundamentada y las categorías culturales, era necesario definir primero ciertos conceptos, como la codificación en varios niveles (abierta, axial y selectiva) y los tipos de datos que pueden recolectarse.

Además, cabe señalar que cada estudio cualitativo es por sí mismo un diseño. Es decir, no hay dos investigaciones cualitativas iguales (son, como hemos dicho, "piezas artesanales del conocimiento, hechas a mano", a la medida de las circunstancias). Puede haber estudios que compartan diversas similitudes, pero no réplicas, como en la investigación cuantitativa. Recordemos que sus procedimientos no son estandarizados. Simplemente, el hecho de que el investigador sea el instrumento de recolección de los datos y que el contexto o ambiente evolucione con el transcurrir del tiempo hacen a cada estudio único.

1

Por lo anterior, el término *diseño* adquiere otro significado, distinto al que posee dentro del enfoque cuantitativo, particularmente porque las investigaciones cualitativas están sujetas a las condiciones de cada contexto en particular. En el enfoque cualitativo, el **diseño** se refiere al abordaje general que habremos de utilizar en el proceso de investigación. Miller y Crabtree (1992) lo denominan *aproximación*, Álvarez-Gayou (2003) *marco interpretativo* y Denzin y Lincoln (2005) *estrategia de indagación*.

Diseño En el enfoque cualitativo es el abordaje general que se utilizará en el proceso de investigación.

El diseño, al igual que la muestra, la recolección de los datos y el análisis, va surgiendo desde el planteamiento del problema hasta la inmersión inicial y el trabajo de campo y, desde luego, sufre modificaciones, aun cuando es más bien una forma de enfocar el fenómeno de interés. Dentro del marco del diseño se realizan las actividades mencionadas hasta ahora: inmersión inicial y profunda en el ambiente, estancia en el campo, recolección de los datos, análisis de los datos y generación de teoría.

¿Cuáles son los diseños básicos de la investigación cualitativa?

1

Varios autores definen diversas tipologías de los diseños cualitativos. Como es difícil resumirlas en estas líneas, habremos de adoptar la más común y reciente[1] y que no abarca todos los marcos interpretativos, pero sí los principales. Tal clasificación considera los siguientes diseños genéricos: *a*) teoría fundamentada, *b*) diseños etnográficos, *c*) diseños narrativos, *d*) diseños fenomenológicos, *e*) diseños de investigación-acción y *g*) estudios de caso cualitativos. Asimismo, cabe señalar que las "fronteras" o límites entre tales diseños son relativos, realmente no existen, y la mayoría de los estudios toma elementos de más de uno; es decir, los diseños se yuxtaponen.

Centro de recursos en línea

El diseño de estudio de caso cualitativo se aborda en el capítulo 4, "Estudios de caso", que el lector puede descargar en el centro de recursos en línea: Material complementario → Capítulos adicionales.

¿Qué criterios seguimos para elegir el diseño o abordaje a utilizar?

La elección del diseño cualitativo depende ante todo del planteamiento del problema (Flick, 2013; Creswell, 2013b; McVicar, Munn-Giddings y Abu-Helil, 2012; Wertz *et al.*, 2011; Norlyk y Harder, 2010; Creswell, Hanson, Plano Clark y Morales, 2007; y Morse y Field, 1995). A partir de tales autores, podemos vincular clases de preguntas de investigación con diseños, así como el tipo de información esencial que brindan, lo cual se muestra en la tabla 15.1.

[1] Babbie (2014), Creswell (2013b), Savin-Baden y Major (2013), Mertens (2010), y Wiersma y Jurs (2008).

Tabla 15.1 Preguntas de investigación cualitativas, diseños cualitativos e información que se obtiene al implementarlos

Pregunta de investigación	Diseño, marco o abordaje	Información que proporciona
Preguntas sobre procesos y relaciones entre conceptos que conforman un fenómeno.	Teoría fundamentada	Categorías del proceso o fenómeno y sus vínculos. Teoría que explica el proceso o fenómeno (problema de investigación).
Preguntas sobre las características, estructura y funcionamiento de un sistema social (grupo, organización, comunidad, subcultura, cultura), desde una familia, hermandad o hinchada hasta una megaciudad.	Etnográfico	Descripción y explicación de los elementos y categorías que integran al sistema social: historia y evolución, estructura (social, política, económica, etc.), interacciones, lenguaje, reglas y normas, patrones de conducta, mitos y ritos.
Preguntas orientadas a comprender una sucesión de eventos, a través de las historias o narrativas de quienes la vivieron (experiencias de vida bajo una secuencia cronológica). Eventos como una catástrofe, una elección, la biografía de un individuo, etcétera.	Narrativo	Historias sobre procesos, hechos, eventos y experiencias, siguiendo una línea de tiempo, ensambladas en una narrativa general. Categorías relacionadas con tales historias y narrativa.
Preguntas sobre la esencia de las experiencias: lo que varias personas experimentan en común respecto a un fenómeno o proceso.	Fenomenológico	Experiencias comunes y distintas. Categorías que se presentan frecuentemente en las experiencias.
Preguntas sobre problemáticas o situaciones de un grupo o comunidad (incluyendo cambios).	Investigación-acción	Diagnóstico de problemáticas sociales, políticas, laborales, económicas, etc., de naturaleza colectiva. Categorías sobre las causas y consecuencias de las problemáticas y sus soluciones.

También los investigadores seleccionan diseños cualitativos dependiendo de qué tan familiares sean los usuarios y sus experiencias previas con los diferentes abordajes. Las características esenciales de tales diseños se resumen en la tabla 15.2.

Tabla 15.2 Características de los principales diseños cualitativos

Característica	Teoría fundamentada	Etnográficos	Narrativos	Fenomenológicos	Investigación/acción
Tipo de problema de investigación más apropiado para ser abordado por el diseño	Cuando no disponemos de teorías o son inadecuadas para el contexto, tiempo, casos o muestra, circunstancias, etcétera.	Cuando se pretende describir, entender y explicar un sistema social.	Cuando las historias detalladas ayudan a comprender el problema.	Cuando se busca entender las experiencias de personas sobre un fenómeno o múltiples perspectivas de éste.	Cuando una problemática de una comunidad necesita resolverse y se pretende lograr el cambio.
Disciplinas en las cuales se cuenta con más antecedentes	Ciencias sociales y del comportamiento humano, ciencias de la salud, ingenierías.	Antropología, arqueología, ciencias administrativas (negocios).	Humanidades (historia) y ciencias sociales y de la salud.	Psicología, educación, ciencias de la salud, ciencias naturales e ingenierías.	Ciencias sociales, ciencias ambientales, ciencias de la salud e ingenierías.

(*continúa*)

Tabla 15.2 (*continuación*)

Característica	Teoría fundamentada	Etnográficos	Narrativos	Fenomenológicos	Investigación/ acción
Objeto de estudio	Proceso, acción o interacciones entre individuos.	Sistema social (como un todo).	Uno o más individuos y sus historias. Varias historias de un evento.	Individuos que hayan compartido la experiencia o el fenómeno.	Problemática de un grupo o comunidad (académica, social, política, etcétera).
Instrumentos de recolección de los datos más comunes	Entrevistas y grupos de enfoque.	Observación participante, notas de campo, entrevistas, documentos (de toda clase) y artefactos.	Entrevistas y documentos (escritos, audio y video).	Observación, entrevistas y grupos de enfoque.	Entrevistas, reuniones grupales (grupos de enfoque, foros de discusión, reuniones de trabajo) y cuestionarios (preguntas abiertas y cerradas).
Estrategias de análisis de los datos	Codificación abierta, axial y selectiva (en primero y segundo planos).	Triangulación (integración de las evidencias).	Cronología de eventos e historias, ensamblaje de elementos que integran la historia, recuento de la historia por parte del investigador.	Unidades de significado, categorías, descripciones del fenómeno y experiencias compartidas.	Involucrar a la comunidad en las decisiones sobre cómo analizar los datos y el análisis mismo.
Producto (en el reporte)	Una teoría que explica un fenómeno o responde al planteamiento.	La descripción y explicación de un sistema social.	Una historia secuencial que integra varias narrativas.	La descripción de un fenómeno y la experiencia común de varios participantes con respecto a éste.	Diagnóstico de una problemática y un programa o proyecto para resolverla (soluciones específicas).

Diseños de teoría fundamentada

Teoría fundamentada Su propósito es desarrollar teoría basada en datos empíricos y se aplica a áreas específicas.

La **teoría fundamentada** (*Grounded Theory*) apareció en 1967, propuesta por Barney Glaser y Anselm Strauss en su libro *The discovery of Grounded Theory*, y se asienta básicamente en el interaccionismo simbólico (Sandín, 2003). Con el tiempo, otros autores la han desarrollado en diversas direcciones.

La teoría fundamentada es un diseño y un producto (O'Reilly, Paper y Marx, 2012; y Charmaz y Bryant, 2008). El investigador produce una explicación general o teoría respecto a un fenómeno, proceso, acción o interacciones que se aplican a un contexto concreto y desde la perspectiva de diversos participantes (Taylor y Francis, 2013; Torrance, 2011; Sullivan, 2009; y Haig, 2006). Desde luego, al generarse teoría se desarrollan hipótesis y variables o conceptos que la integran, y una representación o modelo visual (Milliken, 2010 y Charmaz, 2008). Los autores que sustentan esta aproximación sostienen que las teorías deben basarse o derivarse de datos recolectados en el campo. La nueva teoría se contrasta con la literatura previa (Tucker-McLaughlin y Campbell, 2012) y es denominada sustantiva o de rango medio porque emana de un ambiente específico. Glaser y Strauss (1967) la distinguen de la "teoría formal", cuya perspectiva es mayor. En la tabla 15.3 se muestran ejemplos de teorías sustantivas en comparación con teorías formales.

Tabla 15.3 Ejemplos de teorías sustantivas (fundamentadas) y teorías formales

Teorías sustantivas (intermedias)	Teorías formales
Teoría del cuidado de enfermos (Morse, 1999). Ejemplo tratado en capítulos previos	Teoría de la atribución social (en psicología)
Teoría sobre la experiencia del abuso sexual infantil en mujeres adultas (Morrow y Smith, 1995). Ejemplo de este libro	Teoría del Big Bang o de la Gran Explosión (astronomía)
Teoría de la psicología educativa y la conducta problemática del alumno (Miller, 2004). Ejemplo que se tratará en este capítulo	Teoría de usos y gratificaciones de los medios de comunicación colectiva (en comunicación)
Teoría de la responsabilidad social empresarial desde la perspectiva del empresario mexicano (López y Hernández-Sampieri, 2014). Ejemplo que se puede descargar del centro de recursos en línea	Teoría general de la evolución de Darwin y Wallace (en ciencias biológicas)
Teoría de los elementos para preferir un centro comercial (Costa y Hernández-Sampieri, 2002). Ejemplo de este libro	Teoría de la regulación (en economía).

Como puede observarse, las teorías sustantivas son de naturaleza "local". Sus explicaciones se circunscriben a un ámbito determinado, pero poseen riqueza interpretativa y aportan nuevas visiones de un fenómeno.

Tal como señalan Glaser y Strauss, si se sigue el procedimiento adecuado, cualquier individuo puede elaborar una teoría sustantiva mediante el procedimiento de teoría fundamentada, que por lógica deberá ser comprobada y validada (Sandín, 2003).

Creswell (2013b) menciona que la teoría fundamentada es especialmente útil cuando las teorías disponibles no explican el fenómeno o planteamiento del problema, o bien, cuando no cubren a los participantes, contexto o muestra de interés.

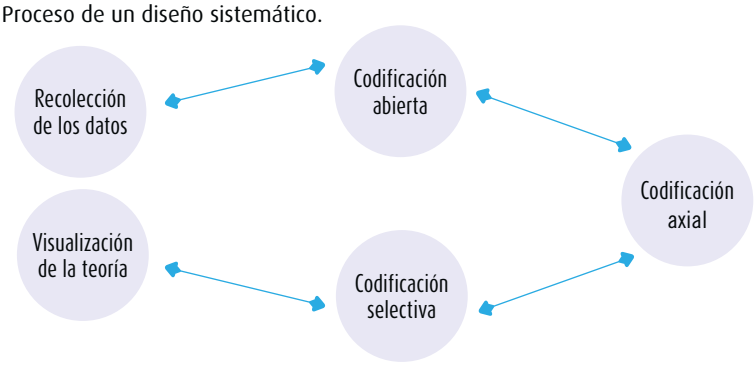
La teoría fundamentada provee de un sentido de comprensión sólido porque "embona" en la situación bajo estudio, se trabaja de manera práctica, es sensible a las expresiones de los individuos del contexto considerado, además puede representar toda la complejidad descubierta en el proceso (Creswell, 2013b; Draucker *et al.*, 2007; y Glaser y Strauss, 1967).

Cuando B. Glaser y A. Strauss proponen la teoría fundamentada, ésta representaba un único diseño; sin embargo, los dos autores tuvieron diferencias conceptuales, lo que originó dos diseños de la teoría fundamentada: sistemático y emergente, los cuales se presentan a continuación.

El diseño sistemático

Este diseño resalta el empleo de ciertos pasos en el análisis de los datos[2] (véase la figura 15.1) y está basado en el procedimiento de Corbin y Strauss (2007). Incluye todas las clases de codificación revisadas en el capítulo anterior.[3]

Figura 15.1 Proceso de un diseño sistemático.



[2] Una vez más, el proceso no es lineal, por ello las flechas se muestran en dos sentidos.

[3] Recordemos que se determina la unidad de análisis y a partir de comparar unidades se generan categorías (codificación abierta, primer plano) y luego temas, las y los cuales se vinculan (codificación axial, segundo plano). Categorías y relaciones se vuelven a contrastar con los datos (unidades) para afinar su definición y describir sus propiedades (codificación selectiva).

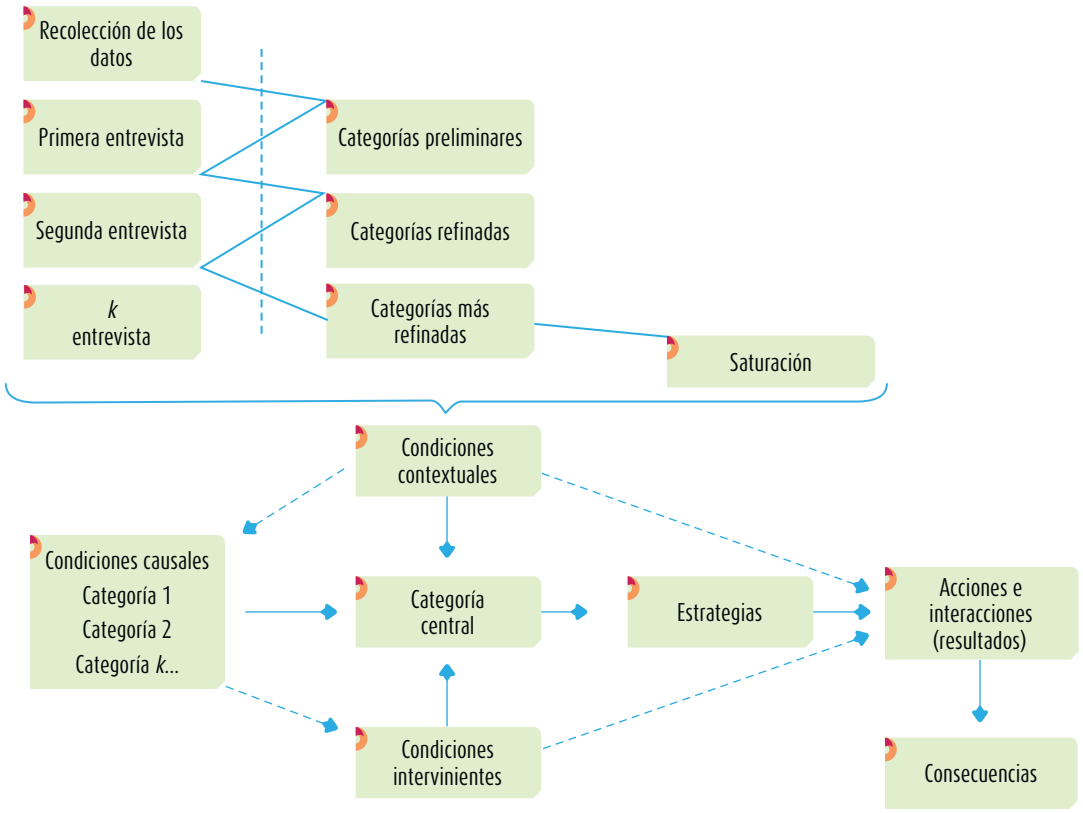
Después de efectuar la codificación abierta generando las categorías, el investigador selecciona la que considera más importante la sitúa en el centro del proceso o planteamiento que se encuentra en exploración (se le denomina categoría central, categoría eje o fenómeno clave). Luego la relaciona con otras categorías y produce la teoría o el modelo (codificación axial). Las categorías pueden tener distintas funciones dentro de éste:

- Condiciones causales (categorías que influyen o afectan a la categoría central).
- Acciones e interacciones (categorías que resultan de la categoría eje y las condiciones contextuales e intervinientes, así como de las estrategias).
- Consecuencias (categorías resultantes de las acciones e interacciones y del empleo de las estrategias).
- Estrategias (categorías de implementación de acciones que influyen en la categoría central y las acciones, interacciones y consecuencias).
- Condiciones contextuales (categorías que forman parte del ambiente o situación y que enmarcan a la categoría eje, que pueden influir en cualquier categoría incluyendo la principal).
- Condiciones intervinientes (categorías que también influyen a otras y que mediatizan la relación entre las condiciones causales, las estrategias, la categoría central, las acciones e interacciones y las consecuencias).

Desde luego, no en todas las investigaciones basadas en la teoría fundamentada se derivan todas las funciones de las categorías. La codificación axial concluye con el desarrollo del modelo llamado "paradigma codificado", que muestra las relaciones entre todos los elementos (condiciones causales, categoría clave, condiciones intervinientes, etc.) (Birks y Mills, 2011, Sullivan, 2009 y Bryant y Charmaz, 2007).

El proceso y resultado se representa con entrevistas en la figura 15.2.

Figura 15.2 Secuencia y producto de la teoría fundamentada (ejemplificada con entrevistas).



Las categorías son "temas" de información básica identificados en los datos para entender el proceso o fenómeno al que hacen referencia. La teoría fundamentada identifica los conceptos implicados y la secuencia de acciones e interacciones de los participantes. Una vez generado el esquema, el investigador regresa a las unidades o segmentos y los compara con su esquema emergente para fundamentarlo. De esta comparación (codificación selectiva) el investigador desarrolla las proposiciones o hipótesis. Así se obtiene el sentido de entendimiento. Al final, se escribe una historia o narración que vincule las categorías y describa el proceso o fenómeno. Se pueden utilizar las herramientas de análisis cualitativo (mapas, matrices, etcétera).

Creswell (2013b), Milliken (2010) y Strauss y Corbin (1998) consideran que la categoría central o clave:

1. Debe ser el centro del proceso o fenómeno. El tema que lo explica más, que contribuye en mayor medida a la variación de los datos y el que tiene más implicaciones para la generación de teoría.
2. Todas o la mayoría del resto de las categorías deben vincularse con ella. De hecho, regularmente es la categoría con mayor número de enlaces con otras categorías.
3. Debe aparecer frecuentemente en los datos (en la generalidad de los casos).
4. Su saturación es regularmente más rápida.
5. Su relación con el resto de categorías debe ser lógica y consistente, los datos no deben forzarse.
6. Conforme se refina la categoría o concepto central, la teoría robustece su poder explicativo y profundidad.
7. Cuando las condiciones varían, la explicación esencial se mantiene.

Creswell (2013b), en un intento por ejemplificar los tipos de categorías que pueden encontrarse por medio de la teoría fundamentada, señala los siguientes:

- Categorías del ambiente (ejemplos: poder de los participantes en el sistema —educativo, político, social u otro—, área funcional a la que pertenece el trabajador, salón de clases).
- Perspectivas sostenidas por los participantes (por ejemplo, rechazo al aborto, afiliación política, entre otras).
- Desempeño de los participantes (aprendizaje pobre, motivación para el trabajo arraigada, etcétera).
- Procesos (aceptación de la muerte de un familiar, unión de un grupo para realizar una tarea: sobrevivir en un desastre, implantar un modelo educativo, resolver un conflicto laboral, mejorar la eficiencia de un proceso de manufactura, entre otras).
- Percepciones de personas (niño problemático, joven rebelde, asesino, etcétera).
- Percepciones de otros seres vivos y objetos (animal agresivo, pintura relajante y otros ejemplos similares).
- Actividades (atender a las explicaciones del profesor, confortar al paciente, participar en los eventos de la congregación religiosa, etcétera).
- Estrategias (regresar al hogar para reunificar a la familia, recompensar el buen desempeño del trabajador).
- Relaciones (de pareja, estudiantes socializando en el receso o momentos de ocio, entre otras).

En la **teoría fundamentada** es común usar "códigos en vivo" (que recordemos son etiquetas para las categorías constituidas por pasajes, frases o palabras exactas de los participantes o notas de observación, más que el lenguaje preconcebido del investigador).

En la tabla 15.4 se dan ejemplos de códigos en vivo.

La teoría fundamentada tiene como rasgo principal que los datos se categorizan con codificación abierta, luego el investigador organiza las categorías resultantes en un modelo de interrelaciones (codificación axial), que representa a la teoría emergente y explica el proceso o fenómeno de estudio (codificación selectiva).

Tabla 15.4 Ejemplos de "códigos en vivo"

Código predeterminado	Códigos en vivo
Movilidad ascendente en la jerarquía organizacional.	"Subir de puesto" (expresado así por los participantes)
Tener empleo	"Tengo empleo", "tengo chamba", "tengo trabajo" (expresiones de los participantes)

Los memos analíticos cumplen un papel importante en el desarrollo de la teoría. Se generan para documentar las principales decisiones y avances (categorización, elección de la categoría central, las condiciones causales, intervinientes, etc.; secuencias, vinculaciones, pensamientos, búsqueda de nuevas fuentes de datos, ideas, etc.). Pueden ser largos o cortos, más generales o específicos, pero siempre en torno a la evolución de la teoría y su fundamentación. Durante la generación de ésta, es recomendable que el investigador se cuestione: ¿qué clase de datos estamos encontrando? ¿Qué nos indican los datos y categorías emergentes? ¿Qué proceso o fenómeno está ocurriendo? ¿Qué teoría e hipótesis están resultando? ¿Por qué emergen estas categorías, vinculaciones y esquemas?

El diseño emergente

Este diseño o concepción surgió como una reconsideración de Glaser (1992) del estudio de Strauss y Corbin (1990). Glaser criticó a los autores de dicho estudio por resaltar en exceso las reglas y los procedimientos para la generación de categorías y señaló que el "armazón" que pide su procedimiento (modelo o esquema fundamentado en una categoría central) es una forma de preconcebir categorías, cuya finalidad es verificar una teoría más que construirla. Glaser (2007) destacó la importancia de que la teoría surja de los datos más que de un sistema de categorías prefijadas, como ocurre con la codificación axial en la teoría fundamentada.

En el diseño emergente se efectúa la codificación abierta y de ésta emergen las categorías (también por comparación constante), que se conectan entre sí para producir teoría. Al final, el investigador explica la teoría y las relaciones entre categorías. La teoría proviene de los datos en sí, no está ubicada en clases de categorías (central, causales, intervinientes, contextuales, etcétera).

En ambos diseños, el tipo de muestreo preferido es el teórico (guiado por teoría), esto es, la recolección de los datos y la teoría que surge van indicando la composición de la muestra.[4] Como señala Mertens (2010), el investigador debe ser muy sensitivo a la teoría emergente. Asimismo, debe proveer suficientes detalles de tal forma que quien revise el estudio pueda ver en el reporte de resultados, el desarrollo conceptual y la inducción de relaciones entre categorías o temas.

Un tercer diseño, más reciente (Henderson, 2009 y Charmaz, 2006), es el constructivista. Con este diseño se busca ante todo enfocarse en los significados provistos por los participantes del estudio. Se interesa más por considerar las visiones, creencias, valores, sentimientos e ideologías de las personas. Y en cierto modo se critica el uso de ciertas herramientas, como diagramas, mapas y términos complejos que "oscurecen o empañan" las expresiones de los participantes y la teoría fundamentada. Para Charmaz (2000), el investigador debe permanecer muy cerca de las expresiones "vivas" de los individuos y los resultados deben presentarse por medio de narraciones (es decir, apoya la codificación en primer plano, abierta, y la posterior agrupación y vinculación de categorías pero no en esquemas).

Una muestra de los diagramas (modelo) que produce la teoría fundamentada siguiendo el diseño sistemático, pudo verse al final del capítulo anterior, en el ejemplo del abuso sexual infantil (modelo teórico para la supervivencia y afrontamiento del abuso sexual infantil). Adicionalmente al esquema, Strauss y Corbin (1998) sugieren desarrollar una matriz condiciones/consecuencias para que podamos establecer conexiones entre categorías.

El proceso general para implementar un diseño de teoría fundamentada se presenta en la figura 15.3 (emergente y constructivista en la parte superior y sistemático en la inferior).

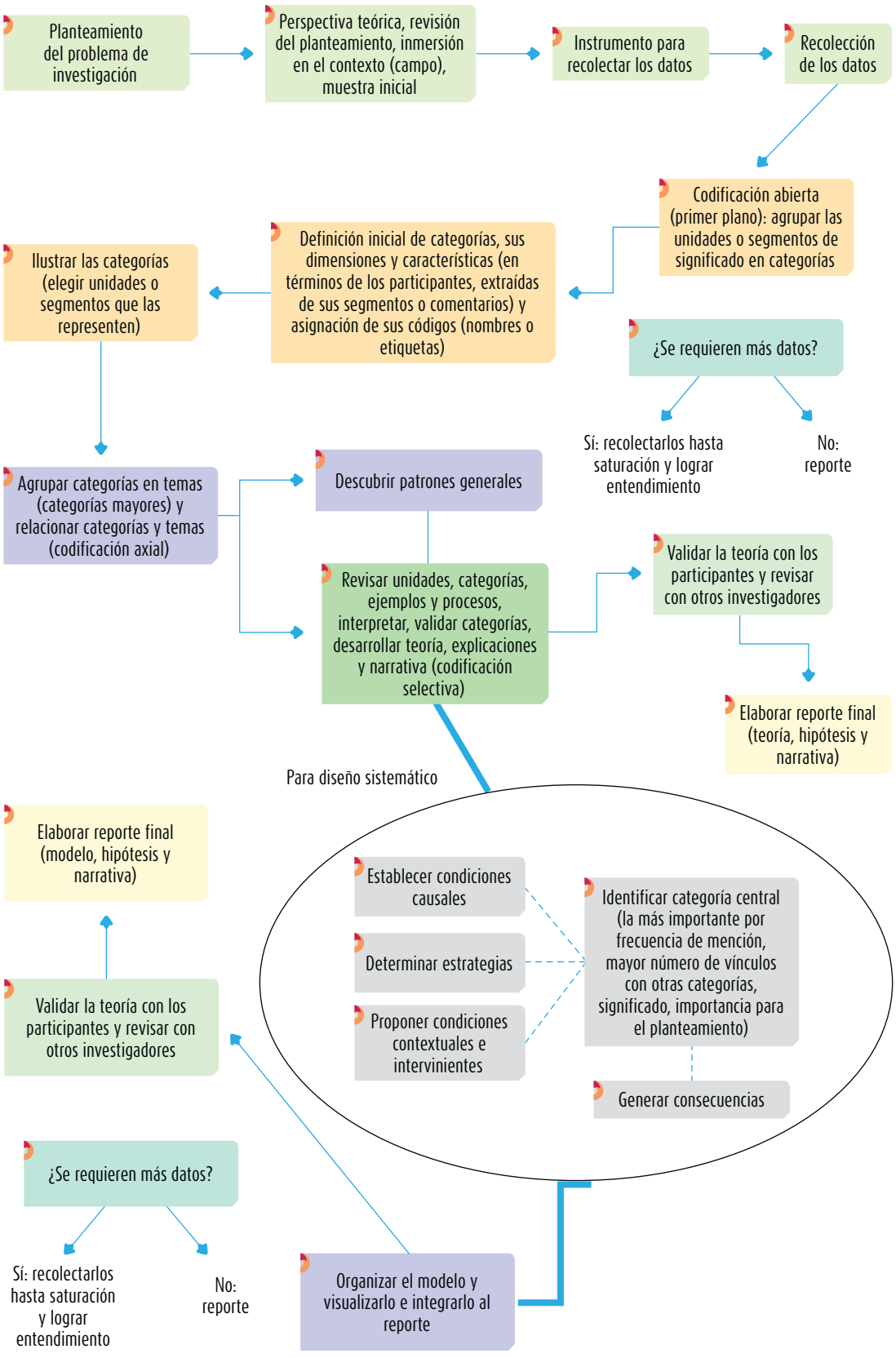
La categoría central es el "mantenimiento divisorio" (proceso sociopsicológico mediante el cual se afirman o mantienen los límites entre la estrategia del maestro y las estrategias de otros miembros del *staff*). Las amenazas al proceso de intervención psicológica para enfrentar problemas de conducta en los alumnos son:

a) Otorgar demasiada importancia a las demás estrategias que trazó el maestro (además de la intervención) para lidiar con el alumno (lo anterior provoca confusión en este último).

[4] Recordemos que el muestreo teórico implica que los casos, observaciones, entrevistas, grupos de enfoque, documentos, etc. (en general, los datos), se agregan según la evolución de las categorías hasta alcanzar la saturación, entender cómo se vinculan dichas categorías y responder a las preguntas de investigación (O'Reilly *et al.*, 2012; Charmaz, 2000; y Strauss, 1987). Es decir, incluimos más casos mientras sigan emergiendo nuevas categorías y no queden claros los vínculos entre éstas (Schwandt, 2001).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 15.3 Principales acciones para conducir un diseño de teoría fundamentada.



b) Demasiado conocimiento e injerencia de las estrategias del resto del personal (que conducen a tensión entre los individuos que tratan el problema).

En este caso, el modelo de teoría fundamentada parte de las causas primarias (códigos o categorías obtenidas en la codificación abierta) hasta la categoría central y nos muestra la complejidad que puede captar este diseño de investigación cualitativa.

Como resultado del análisis, Miller (2004) encontró varios patrones resultantes:

1. El niño problemático posee una identidad intrincada, difícil de manejar por parte de los maestros, asesores y personal no docente (como el que atiende el comedor o los supervisores de recreo).
2. Una vez que se inicia la intervención psicológica, los demás profesores y miembros del *staff* percibieron cambios positivos en el niño. A pesar de ello, no preguntaron a los asesores (maestro e interventor) sobre las posibles razones de la mejoría ni respecto a las recomendaciones del psicólogo educativo.
3. Hay una resistencia cultural para adoptar prácticas potencialmente exitosas, en términos de los límites del sistema psicosocial de las escuelas y los límites en la casa y la escuela. Por ejemplo, los maestros muestran una tendencia a atribuir la conducta problemática a los padres, pero al mismo tiempo sienten la responsabilidad de encontrar una solución.
4. Las amenazas e incertidumbres se resuelven temporalmente mediante el involucramiento del psicólogo educativo (asesor o interventor); se crea un sistema temporal entre éste, el maestro, los padres y el alumno con nuevas normas y reglas con funciones terapéuticas, que logran una actuación constructiva de todos los involucrados en la conducta problemática del alumno, quien asume una "nueva identidad". Un requisito contextual (interviniente) es que se presente estabilidad interna entre los maestros.

Ejemplo

Un ejemplo de teoría fundamentada

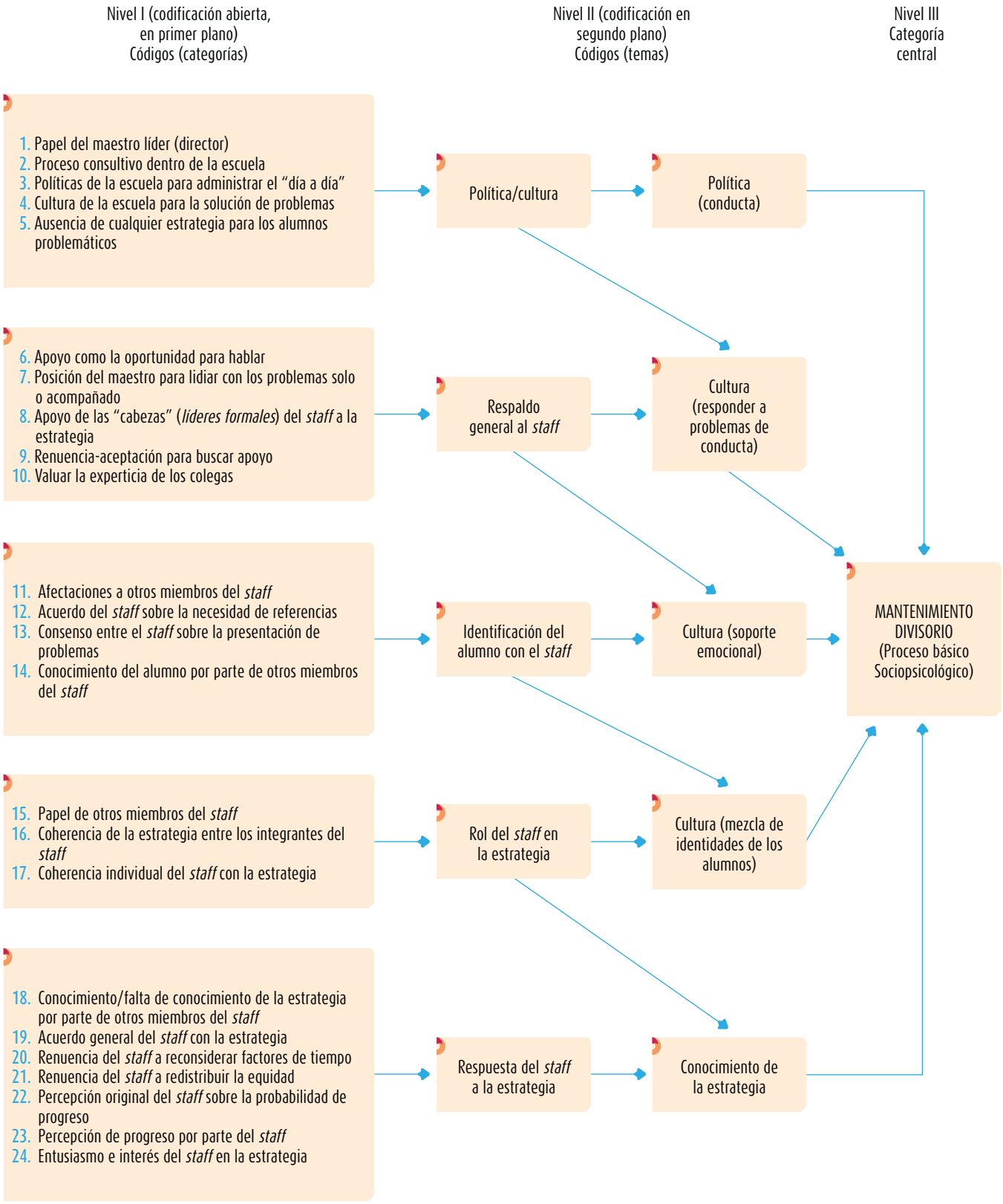
Del ámbito de la psicología educativa se presenta este ejemplo, y a quienes no se encuentren familiarizados con los términos de este campo se les pide que se despreocupen, lo importante es: *a*) visualizar cómo las categorías iniciales se convierten en temas, *b*) cómo se establece causalidad (que en la investigación cualitativa es conceptual, no basada en análisis estadísticos), *c*) cómo se posiciona en el esquema una categoría central (que en este caso está al final del modelo resultante). La categoría eje a veces se ubica al inicio del diagrama, otras ocasiones en medio y en ciertos casos al final. Su posición la determina el investigador sobre la base de los datos emergentes y sus reflexiones.

Miller (2004), como parte de un amplio proyecto de investigación, realizó en Inglaterra un estudio cualitativo cuya pregunta general de investigación fue al inicio: ¿cómo las intervenciones (derivadas de la psicología) en la conducta problemática de los infantes pueden conseguir los efectos buscados?

Para ello, analizó 24 intervenciones psicológicas de conducta problemática e involucró a maestros, los propios alumnos problemáticos y asesores o interventores de los procesos educativos (que eran en su mayoría psicólogos). Lo primero fue entrevistar a los profesores. Las entrevistas giraron en torno a dos temas esenciales: 1) percepciones acerca de qué tan grave era el problema de conducta y 2) percepciones sobre qué tan exitosa consideraban la intervención conjunta con el psicólogo asesor para resolver el problema. Así, 10 profesores manifestaron que la conducta problemática de cierto alumno era la mayor dificultad que habían enfrentado en su vida, ocho consideraron que estaba entre los problemas más difíciles que habían afrontado y seis concibieron a la conducta problemática como promedio. En relación con la segunda cuestión, seis la definieron como una intervención exitosa, pero con reservas y dudas sobre un futuro deterioro de la conducta, 11 señalaron que la intervención había generado una mejora, sin calificarla y siete comentaron que la intervención había sido tan exitosa que les provocó un fuerte impacto emocional. Las entrevistas también incluyeron una discusión sobre teorías, modelos y conceptos educativos; las cuales fueron transcritas. La *codificación abierta* generó 80 códigos (categorías), varios de ellos recurrentes. Una de tales categorías, que no estaba contemplada, fue "otros miembros del *staff*" (colegas y el resto del personal que labora en la institución educativa), la cual se convirtió en "tema" (estuvo compuesta de 24 códigos que emergieron aproximadamente en los dos primeros tercios del material, porque luego ya no aparecieron nuevos códigos, se saturó el tema). Los resultados de la codificación al tema "otros miembros del *staff*" se presenta en la figura 15.4 (Miller, 2004, p. 200).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

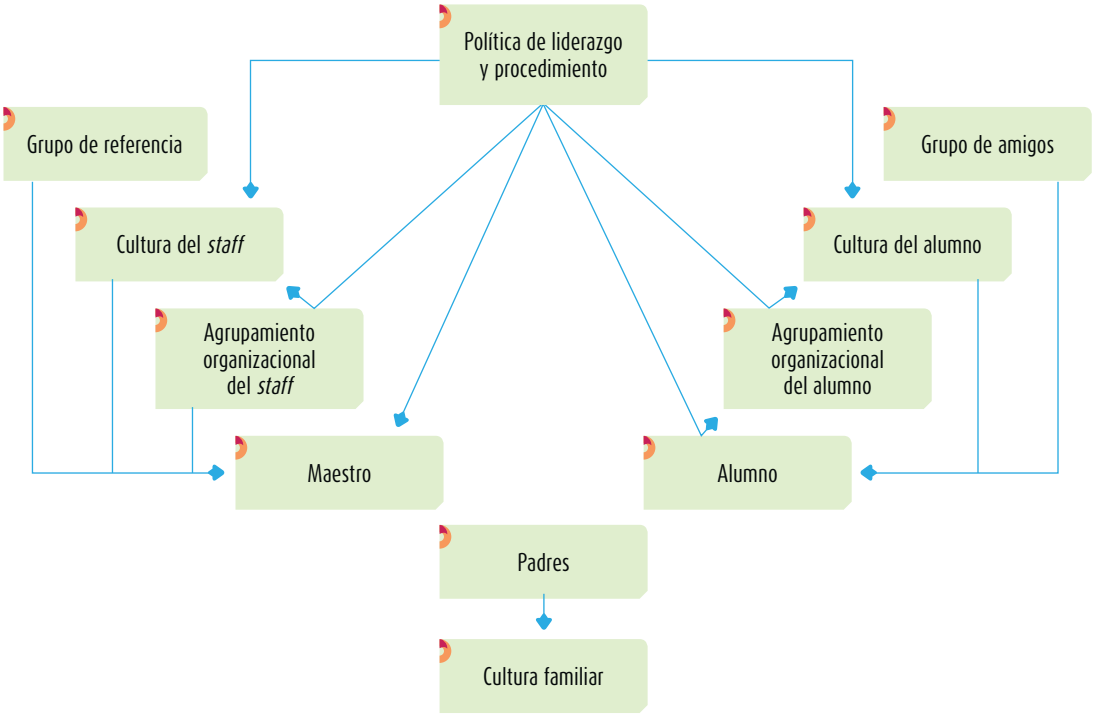
Figura 15.4 Ejemplo de un esquema de teoría fundamentada (codificación axial y selectiva establecidas después de la codificación abierta).



En resumen, la intervención funciona.

Miller (2004), además del modelo presentado en la figura 15.4 (que se refiere únicamente al tema "otros miembros del *staff*"), generó otro más amplio, que incluye los subsistemas que integran al contexto psicosocial de la escuela (sistema). Éste se muestra en la figura 15.5.

Figura 15.5 Modelo conceptual del contexto psicosocial de la conducta problemática del alumno.[5]



La conducta del alumno debe ser considerada en relación con todos los subsistemas. Este segundo esquema no presenta una relación causal entre temas, sino un diagrama de vinculación entre ellos y que deben dimensionarse al investigar el comportamiento del niño en el contexto escolar, particularmente el comportamiento problemático (mala conducta).

El modelo fue desarrollado en Inglaterra. ¿Puede transferirse a otros contextos? Esta respuesta no la da el investigador Andy Miller, cada lector del estudio (directivo, maestro, psicólogo educativo) decidirá su aplicación a otras escuelas o sistemas educativos.

Otros ejemplos[6]

La teoría fundamentada es un diseño muy socorrido, así es que podemos encontrar una amplia diversidad de trabajos en diferentes campos sociales, pero también en otras ciencias.

Bogner, Dahlberg, de Vries, Cahill y Barg (2008) efectuaron un estudio longitudinal para conocer la relación entre la cardiopatía coronaria y la depresión clínica, desde la perspectiva de los pacientes, con la finalidad de mejorar su atención médica.

La muestra incluyó a 33 participantes de 65 años o más con un padecimiento cardiaco y disforia (estado de ánimo caracterizado por ansiedad, irritabilidad o inquietud), anhedonia (incapacidad para experimentar placer y la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades), desesperanza, sentimiento de ser inútil o trastornos del sueño, que recibían medicamentos dirigidos a disminuir los factores de riesgo cardiovascular. El instrumento utilizado fue la entrevista semiestructurada, la cual incluía preguntas abiertas sobre la depresión y la enfermedad coronaria y su tratamiento.

[5] Miller (2004, p. 203).

[6] Los ejemplos se tratan de manera sencilla y breve. Si un especialista considera que su tratamiento no es lo suficientemente técnico, se sugiere recurrir a la fuente original.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Los participantes proporcionaron descripciones completas y claras de cómo una enfermedad del corazón puede conducir a la depresión, y de igual manera, en sentido inverso. Asimismo, recomendaron que cuando a una persona se le diagnostique una enfermedad cardiaca, inmediatamente se trate no solamente este padecimiento, sino también la depresión, es decir, un tratamiento integral. La relación entre la enfermedad y la depresión es en dos sentidos.

Su teoría fundamentada fue visualizada como puede apreciarse en las figuras 15.6 y 15.7.

Figura 15.6 Resumen de las descripciones de los adultos mayores respecto a cómo la depresión puede desembocar en enfermedades del corazón.

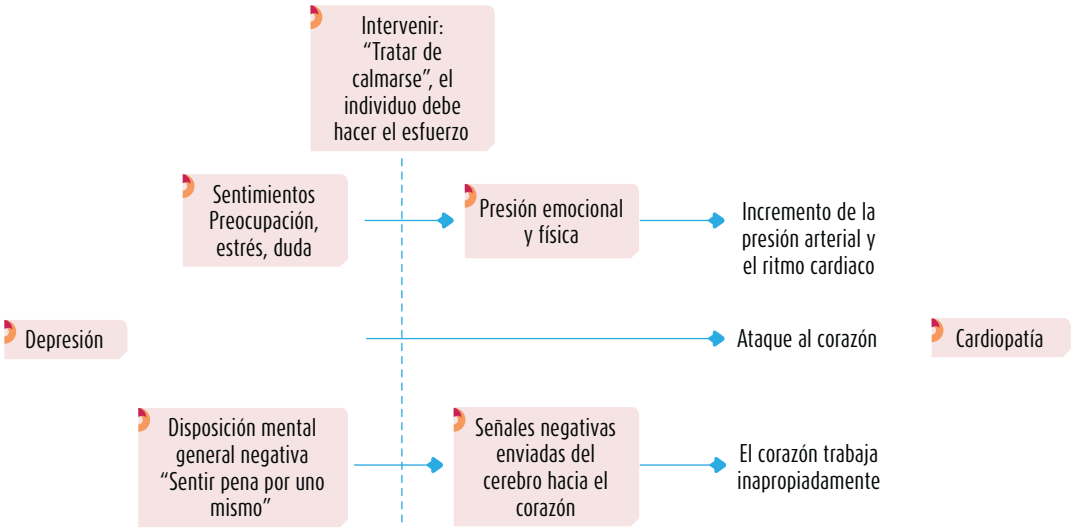
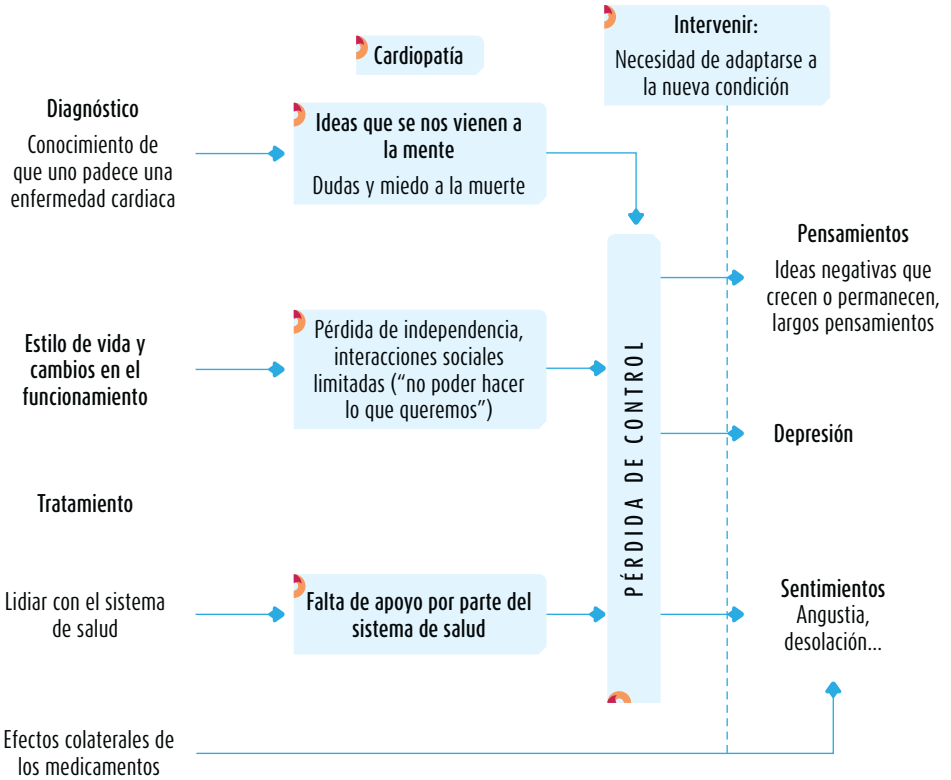


Figura 15.7 Resumen de las descripciones de los adultos mayores respecto a cómo las enfermedades del corazón pueden conducir a la depresión.



Nilsson, Eklund, Nyberg y Thulesius (2011) realizaron durante 12 años una investigación con 45 niños y adultos con discapacidades cognitivas graves para comprender las dificultades que tienen al operar una silla de ruedas de alta tecnología. También incluyeron grupos de comparación o referencia (17 niños con desarrollo estándar y 64 adultos con menores niveles de discapacidad). Con los resultados formularon una teoría fundamentada para entender tales dificultades y descubrir un proceso de adaptación de ocho etapas, así como diseñar estrategias para enseñar el uso de la tecnología.

Tucker-McLaughlin y Campbell (2012) analizaron noticias sobre la vida pública y carrera política de Hillary Clinton[7] en las tres principales cadenas de televisión estadounidense: ABC, CBS y NBC (desde 1993 hasta 2008) para evaluar cómo era representada en los medios de comunicación. Su análisis no fue de contenido cuantitativo (categorías predeterminadas) sino utilizando el diseño de teoría fundamentada. Dos categorías centrales emergieron, una positiva (innovadora) y otra negativa ("sorda" ante la opinión pública).

Otro ejemplo de un estudio basado en la teoría fundamentada es el de Werber y Harrell (2008), quienes analizaron cómo les afecta en su empleo la forma de vida militar a mil esposas de miembros del ejército estadounidense, así como sus experiencias y percepciones.

Centro de recursos en línea

Más ejemplos y criterios de rigor y calidad de la investigación para diseños de teoría fundamentada los podrá encontrar el lector en el centro de recursos en línea de la obra, dentro del capítulo 13 adicional: "Profundización en temáticas de la investigación cualitativa".

Diseños etnográficos

Los diseños etnográficos pretenden explorar, examinar y entender sistemas sociales (grupos, comunidades, culturas y sociedades) (Creswell, 2013b, Murchison, 2010 y Whitehead, 2005), así como producir interpretaciones profundas y significados culturales (LeCompte y Schensul, 2013 y Van Maanen, 2011), desde la perspectiva o punto de vista de los participantes o nativos. McLeod y Thomson (2009) y Patton (2002) señalan que tales diseños buscan describir, interpretar y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas presentes en tales sistemas. Incluso pueden ser muy amplios y abarcar la historia, geografía y los subsistemas socioeconómico, educativo, político y cultural (rituales, símbolos, funciones sociales, parentesco, migraciones, redes y un sinfín de elementos).

Caines (2010) y Álvarez-Gayou (2003) consideran que el propósito de la investigación etnográfica es describir y analizar lo que las personas de un sitio, estrato o contexto determinado hacen usualmente (se analiza a los participantes en "acción"), así como los significados que le dan a ese comportamiento realizado en circunstancias comunes o especiales, y finalmente, presenta los resultados de manera que se resalten las regularidades que implica un proceso cultural. Los diseños etnográficos estudian categorías, temas y patrones referidos a las **culturas**. Desde civilizaciones antiguas, como el Gran Imperio inca, los mayas, la cultura mochica y el antiguo Egipto, hasta grupos y organizaciones actuales, como las grandes transnacionales del mundo, las etnias indígenas o los hinchas de un equipo de fútbol.

Cultura Suma e interacción de los patrones observables de conducta y sus estructuras subyacentes de una colectividad, con costumbres, rituales, creencias, valores, lenguaje, símbolos y modo de vida, así como el conocimiento compartido entre sus miembros.

Algunas características de la investigación etnográfica son:

1. Las preguntas de investigación deben formularse de tal manera que permitan no sólo observar la cultura, sino discernir, interpretar y entender la estructura, patrones de comportamiento y funciones de ella (Geertz, 2003 y 1989). Asimismo, los planteamientos etnográficos no solamente se centran en los hechos (en lo que sucede), sino también en su significado y cómo explican la cultura estudiada (Zemliansky, 2008).
2. Utiliza principalmente la observación directa (regularmente participante) del sistema sociocultural (Fetterman, 2010) e historias orales (Madison, 2011). Aunque también en el trabajo etnográ-

[7] Fue senadora, candidata a la presidencia y secretaria de Estado de Estados Unidos. Conocida activista internacional y modelo de mujer líder. Esposa del expresidente Bill Clinton.

fico resulta vital analizar los elementos que parecen importantes, útiles o indispensables para los participantes como los artefactos.

3. Es interpretativa, reflexiva y constructivista (Whitehead, 2005).
4. Se registran los procesos sociales y las interacciones (las notas de campo son una herramienta esencial) (Murchison, 2010).
5. Se guía por la experiencia en el campo: los significados provienen de ésta y nos señala cómo debe evolucionar el estudio, qué nuevos casos, muestras e información adicional debe recolectarse (Conquergood y Johnson, 2013 y Encyclopedia of Educational Psychology, 2008). Es necesario que el investigador se sumerja personalmente en las actividades sociales del grupo, comunidad o cultura (Stone y Chiseri-Strater, 2011; Robben y Sluka, 2006; y Wolcott, 1975). Incluso ha habido casos en que se pasan meses o años en el campo y el etnógrafo convive con el grupo o establece residencia en la comunidad (Fetterman, 2010 y O'Reilly, 2008). Debe irse convirtiendo gradualmente en un miembro más de ésta (comer lo mismo que todos, vivir en una típica casa de la comunidad, comprar donde lo hace la mayoría, etcétera).
6. Los registros y datos son interpretados "desde dentro" del contexto social del sistema considerado (el investigador trata de desarrollar una perspectiva interna y comunicar una narrativa desde la visión local de la propia comunidad o grupo) (LeCompte y Schensul, 2013, y Cook, 2008).
7. Los diseños etnográficos son holísticos, ya que al inicio se busca una perspectiva general, que luego se va enfocando en los elementos que tienen mayor significado para interpretar al grupo, comunidad o cultura. Se pretende cubrir el mayor territorio geográfico o social posible.
8. Además de la observación pueden utilizarse otras formas de recolección de los datos como entrevistas y reuniones grupales (grupos focales más bien informales, pero estructurados), biografías, análisis de datos secundarios, instrumentos proyectivos, imágenes —fotografías—, grabaciones en audio y video, recopilación de documentos (diarios, mapas, atlas, etc.) y materiales, así como genealogías. Incluso llegan a efectuarse encuestas y otras herramientas cuantitativas (Fetterman, 2010 y Whitehead, 2005), aunque el proceso es inductivo.
9. Frecuentemente se mapea el contexto físico (para tal efecto, la tecnología GPS —sistema de posicionamiento global— es sumamente socorrida).
10. Frecuentemente se definen diferentes tipos de unidades de análisis, entre las cuales podemos mencionar: 1) individuos, 2) organizaciones, 3) grupos, 4) redes sociales, 5) comunidades y 6) culturas.
11. Se producen categorías de distintos tipos: *a*) individuales (referidas a personas en particular), *b*) compartidas (por varios miembros del sistema social estudiado como: conocimientos, actitudes, creencias, mitos, valores, simbolismos, etc.), *c*) relacionales (vínculos entre individuos), *d*) de expresión cultural (religión, lenguaje, arte, música, etc.), *e*) de tecnología o cultura material (herramientas de trabajo, por ejemplo), *f*) del entorno físico, *g*) de necesidades de supervivencia y desarrollo humano, *h*) del sistema cultural (reglas, normas, etc.), e *i*) históricas (acontecimientos y vivencias que han forjado al sistema).
12. Para establecer las categorías y efectuar el análisis, el etnógrafo reflexiona permanentemente e interpreta lo que percibe, siente y vive. Asimismo, triangula las fuentes de información. Diversos estudios usan como herramienta analítica las redes semánticas.
13. El análisis implica integrar los datos específicos en interpretaciones y significados más amplios (Madison, 2011). Es como "armar un rompecabezas": primero se estudia cada evidencia y se analiza en el contexto (en relación con el planteamiento y otros datos) y luego se va integrando con el resto de la información para conformar las categorías y establecer los hallazgos. Esta tarea también se llama "conformación del portafolio de evidencias" o "base de datos" (Zemliansky, 2008).

En la tabla 15.5 se encuentran elementos culturales que pueden considerarse en una investigación etnográfica.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 15.5 Elementos culturales de estudio en una investigación etnográfica

Lenguaje	Ritos y mitos
Estructuras sociales	Reglas y normas sociales
Estructuras políticas	Símbolos
Estructuras económicas	Vida cotidiana
Estructuras educativas	Procesos productivos
Estructuras religiosas	Subsistema de salud
Valores y creencias	Centros de poder y distribución del poder
Definiciones culturales: matrimonio, familia, castigo, recompensa, remuneración, trabajo, ocio, diversión y entretenimiento, etcétera	Sitios donde se congregan los miembros de la comunidad o cultura
Movilidad social	Marginación
Interacciones sociales	Guerras y conflictos
Patrones y estilos de comunicación	Injusticias
	Uso de tecnologías (como internet —por ejemplo, correo, páginas web y redes sociales— y teléfonos celulares)

Es una lista incompleta, que solamente muestra algunos objetos de estudio etnográfico. Los siguientes son ejemplos de ideas para investigar desde una óptica del diseño etnográfico:

- La cultura de la violencia reflejada en las escuelas (como ha sucedido en Estados Unidos en los últimos años).
- Los ritos y las costumbres de los pandilleros de la Mara Salvatrucha.
- La cultura de una orden religiosa, los hinchas de un equipo de fútbol o un grupo terrorista.
- La estructura social del grupo cristero que combatió en Moroleón, Guanajuato, México (1926-1929).
- La corrupción de una dependencia de investigación de delitos vinculados con el narcotráfico.
- La cultura organizacional de determinada empresa.
- Los modos de vida de los chamulas en Chiapas o los nahua en Perú.
- Las rutinas y la vida cotidiana de un grupo de señoras que pertenecen a un club deportivo y han conformado una fraternidad.
- Una red o comunidad de jóvenes en internet (en facebook o twitter, por ejemplo).

En los diseños etnográficos el investigador se pregunta constantemente: ¿qué cualidades posee el grupo o comunidad que lo distinguen de otros? ¿Cuál es su estructura? ¿Qué reglas rigen su operación? ¿Cómo viven y actúan los participantes? ¿Por qué lo hacen así? ¿Qué lenguaje utilizan? ¿Qué hábitos tienen? ¿Qué creencias comparten? ¿Qué rasgos los caracterizan? ¿Qué patrones de conducta muestran? ¿Cuáles son sus condiciones de vida, costumbres, mitos y ritos? ¿Cómo se relacionan entre sí y con otras personas que no pertenecen a su cultura? ¿Cómo ocurren las interacciones? ¿Qué procesos son centrales?, etc. Incluso estas preguntas pueden ayudar a desarrollar el planteamiento del problema de investigación.

La investigación etnográfica permite conocer las costumbres y ritos de culturas indígenas actuales, como la tribu enawene nawe del Brasil, que celebra un ritual de intercambio de alimentos con los espíritus ancestrales tres veces al año. © Survival International

La investigación etnográfica puede comenzar con un modelo o teoría, o bien directamente con el trabajo de campo e ir agregando la revisión de la literatura (Fetterman, 2010). Desde la recolección (no sólo en el análisis), el investigador va integrando de manera coherente la información (evidencia) en la base de datos o portafolio, triangulando y verificando cada dato si es posible en al menos dos fuentes (notas de la observación, entrevistas, documentos —como mapas, dibujos, diarios, etc.—). Al igual que en otros diseños, el investigador efectúa codificación en primer plano (denominada de nivel poco abs-

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

tracto) y en segundo plano (alto nivel de abstracción) (Madison, 2011 y Carspecken, 1995). Como resultado del análisis se generan hipótesis culturales y se interpretan categorías, temas y patrones (la cultura).

El etnógrafo debe estar consciente de su propia posición ideológica para evitar sesgos y reflexionar siempre para incluir todas las "voces y expresiones" del sistema social.

Existen diversas clasificaciones de los **diseños etnográficos**. Según Creswell (2013b) y Madison (2011), es posible dividirlas de la manera siguiente:

Diseños etnográficos Investigan grupos o comunidades que comparten una cultura: el investigador selecciona el lugar, detecta a los participantes, de ese modo recolecta y analiza los datos. Asimismo, proveen de un "retrato" de los eventos cotidianos.

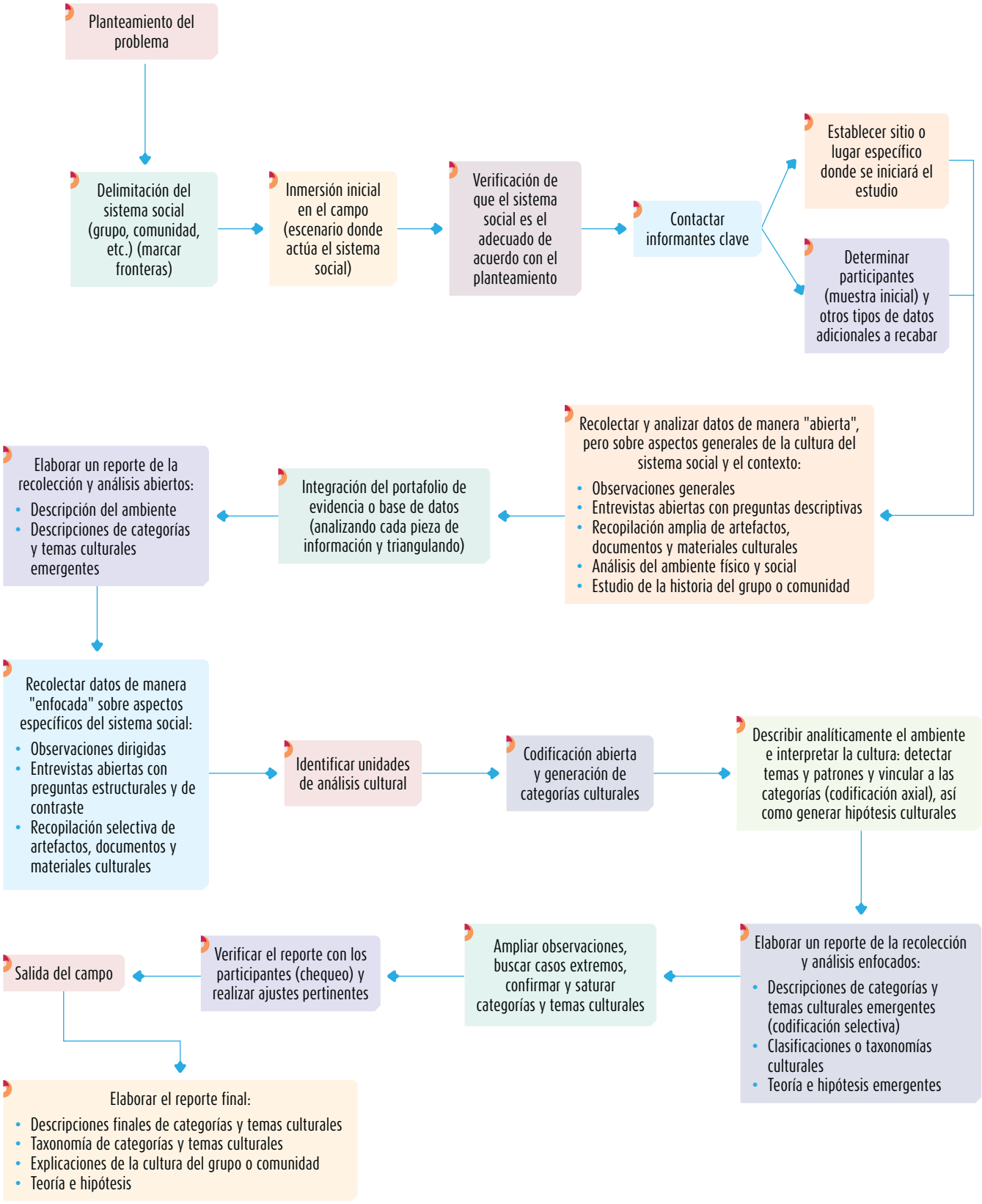
1. *Diseños "realistas" o mixtos*. Se recolectan datos, tanto cuantitativos como cualitativos, del sistema social sobre ciertas categorías (algunas preconcebidas y otras no, estas últimas emergerán del trabajo de campo). Al final, se describen las categorías y la cultura en términos estadísticos y narrativos. Por ejemplo, si una de las categorías de interés en el estudio fue la emigración, se proporcionan: *a*) cifras de emigración (número de emigrantes y sus edades, género, nivel socioeconómico y otros datos demográficos; promedios de actos de emigración mensual, semestral y anual; razones de la emigración, etc.) y *b*) conceptos cualitativos (significado de emigrar, experiencias de emigración, sentimientos que se desarrollan en el migrante, etcétera).
2. *Diseños críticos*. El investigador está interesado en estudiar grupos marginados para contribuir a resolver problemas de injusticia e inequidad (Madison, 2011) y frecuentemente pretenden esclarecer la situación de los participantes relegados con fines de denuncia (por ejemplo, una investigación en ciertas empresas que discriminan a trabajadores por su origen étnico y esto provoca situaciones inequitativas). Analizan categorías o conceptos vinculados con cuestiones sociales, como el poder, la injusticia, la hegemonía, la represión y las víctimas de la sociedad. Algunos estudios denominados "feministas" podrían enmarcarse en esta clase de diseños etnográficos (por ejemplo, investigaciones sobre la opresión a la mujer en un entorno laboral). En los diseños críticos no se predeterminan categorías, pero sí temas de inequidad, injusticia y emancipación. Diversos estudios sobre el hostigamiento escolar son de esta naturaleza.
3. *Diseños "clásicos"*. En estos diseños se considera a toda la cultura en conjunto y se analizan posiciones ideológicas y cuestiones explícitas e implícitas. Asimismo, se consideran casos típicos de la cultura y excepciones, contradicciones y sinergias. Los resultados se conectan con las estructuras sociales. Un ejemplo es el estudio de Foster (1987), que examinó una comunidad del centro de México: Tzintzuntzan, Michoacán, y que se considera un ejemplo ideal de indagación etnográfica. George M. Foster incluye desde un mapa del lugar hasta descripciones de sus pobladores, ritos, mitos, creencias y costumbres. Otro ejemplo son las investigaciones de Bronislaw Malinowski sobre los habitantes de las Islas Trobriand (Álvarez-Gayou, 2003).
4. *Diseños macroetnográficos*. Su objetivo es la descripción e interpretación de sistemas sociales complejos (una comunidad educativa, una sociedad tribal, los fanáticos de la *Guerra de las galaxias*, etcétera).
5. *Diseños microetnográficos*. Se centran en un aspecto de la cultura o una situación social concreta (por ejemplo, un estudio sobre los ritos que se manifiestan en una organización para elegir nuevos socios en una compañía de asesoría legal).
6. *Estudios de casos culturales*. Consideran a una unidad (grupo, comunidad o ciudad) en función de toda la cultura (sistémicamente), desde su historia y evolución hasta todos sus subsistemas: social, económico y político.
7. *Metaetnografía*. Revisión de varios estudios etnográficos para encontrar patrones (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).

Los grupos o comunidades estudiadas en diseños etnográficos poseen algunas de las siguientes características: *a*) los individuos que las conforman mantienen interacciones regulares y lo han hecho durante cierto tiempo, *b*) representan una manera o estilo de vida y *c*) comparten creencias, comportamientos y otros patrones, así como una finalidad común.

En realidad no existe un único proceso para emprender una investigación etnográfica, pero las acciones que sin lugar a dudas se realizan son las que se presentan en la figura 15.8.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 15.8 Principales acciones para llevar a cabo un estudio etnográfico.



Ejemplos

En la tabla 15.6 se encuentran otros ejemplos de estudios etnográficos.

Tabla 15.6 Ejemplos de estudios etnográficos

Referencia	Esencia de la investigación
Desmond (2006)	Con las preguntas comunes de investigación cualitativa: ¿por qué algunas personas buscan ocupaciones de alto riesgo cuando existen maneras más seguras de ganarse la vida? y ¿cómo se adaptan a los peligros de su profesión?, el investigador examinó mediante un estudio etnográfico la manera en que ciertos jóvenes se convierten en bomberos forestales. Desde luego, se enroló como bombero en el Servicio Forestal de Estados Unidos. Su estancia en el campo duró meses y utilizó múltiples herramientas para recabar sus datos.
Noy (2011)	Emprendió una investigación en un museo que es un patrimonio turístico de Jerusalén, en Israel, utilizando un diseño etnográfico. Analizó las anotaciones que hicieron los turistas al libro de visitantes durante varios meses en el verano. El estudio le sirvió —entre otras cuestiones— para conocer los intereses de los visitantes, lo que les llama la atención y sus valoraciones del museo.
Bousetta (2008)	Una indagación con nuevos migrantes marroquíes que buscan mejores oportunidades en Bélgica; para entender mejor sus expectativas, anticipaciones y reacciones estratégicas. Entre otras cuestiones los compara con aquellos que se asentaron en el pasado.
Viladrich (2005)	En esta investigación se estudia la subcultura representada por los bailarines argentinos de tango que arribaron a Nueva York en los últimos años, como consecuencia de un auge reciente de tal género de baile en Manhattan. Asimismo, se examina la importancia del mundo del tango en dicha ciudad.
Ruhleder (2000)	Llevó a cabo un estudio en una empresa corporativa para analizar su cultura tecnológica de comunicaciones y las interacciones en línea entre sus empleados (particularmente entre la sede corporativa y las filiales). Evaluó desde prácticas laborales alrededor de la tecnología en línea hasta procesos de trabajo en equipo y la productividad.
Rhoads (1995)	El autor analizó durante dos años la cultura de una fraternidad de estudiantes homosexuales y bisexuales en torno a cuatro temas emergentes: 1) el ingreso en la sociedad de alumnos como proceso continuo, 2) los cambios personales relacionados con el ingreso, 3) las experiencias negativas en el proceso y 4) hostigamiento y discriminación.

Los diseños etnográficos y sus principios han sido utilizados ampliamente en el mundo de los negocios y el estudio de las corporaciones. Desde investigaciones para determinar los factores que llevaron a una empresa a ser exitosa (por ejemplo, los trabajos clásicos de Peters y Waterman en 1982 como "En búsqueda de la excelencia") hasta analizar culturas organizacionales.[8]

También han sido aplicados en la indagación de la psicología del consumidor y la investigación de mercados.[9] Asimismo, en el estudio de los mercados financieros, las inversiones, las relaciones de poder entre corporaciones y las crisis económicas. Ho (2009) presenta varios estudios etnográficos efectuados sobre Wall Street.

Diseños narrativos

Los **diseños narrativos** pretenden entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron. Se centran en "narrativas", entendidas como historias de participantes relatadas o pro-

Diseños narrativos El investigador contextualiza la época y lugar donde ocurrieron las experiencias y reconstruye historias individuales, los hechos, la secuencia de eventos y los resultados e identifica categorías y temas en los datos narrativos, para finalmente entretejerlos y armar una historia o narrativa general.

[8] Para ahondar en la etnografía en las organizaciones se recomienda a Jordan y Dalal (2006).
[9] Diversos estudios etnográficos en el área de la investigación de mercados y la mercadotecnia en general, así como su proceso de aplicación, pueden revisarse en Mariampolski (2005).

yectadas y registradas en diversos medios que describen un evento o un conjunto de eventos conectados cronológicamente (Czarniawska, 2004).[10]

Las narrativas pueden referirse a: *a*) las biografías o historias de vida de personas o grupos (un líder histórico, un asesino en serie o un individuo común; un equipo deportivo que obtuvo grandes logros, un grupo directivo de una empresa —los fundadores de Apple: Steve Jobs, Steve Wozniak y sus colaboradores principales—, etc.), *b*) pasajes o épocas de sus vidas (un periodo de un paciente con una enfermedad terminal, personas que perdieron su patrimonio en una crisis económica y los desenlaces, etc.) y *c*) uno o varios episodios, experiencias o situaciones vinculadas cronológicamente (historias de diferentes individuos respecto al planteamiento del problema). Por ejemplo, cómo vivieron y evolucionó el proceso de duelo de ciertas mujeres que perdieron a un hijo y el efecto que tuvo en su vida (secuelas).

Regularmente se utilizan como herramientas de recolección de los datos a las entrevistas, documentos (cartas, diarios, elementos en internet —mensajes o fotos en redes sociales— y electrónicos —comunicados vía teléfono móvil—, etc.), artículos en prensa, imágenes, audios y videos, artefactos, expresiones artísticas y biografías y autobiografías o historias de vida. En ocasiones, se consideran diferentes evidencias de cada participante sobre el planteamiento o fenómeno para desarrollar la narrativa individual (tal sería el caso de analizar una entrevista videograbada, documentos producidos, fotografías y objetos personales).

Un ejemplo de cómo puede resultar un estudio narrativo (sin contener la sistematización de un verdadero diseño de este tipo), es la serie *Band of Brothers* (*Banda o camarilla de hermanos*) de 2001, dirigida por David Frankel y Tom Hanks, basada en el libro de Stephen E. Ambrose, que narra las experiencias de un grupo de soldados estadounidenses de la compañía "Easy" (Regimiento de Infantería de Paracaidistas 506), durante la Segunda Guerra Mundial. O bien, la serie "Gigantes de la industria" de *History Channel* (emitida en 2013) sobre la manera como forjaron sus emporios los empresarios Cornelius Vanderbilt (transportes, básicamente el ferrocarril), John D. Rockefeller (petróleo), J. P. Morgan (electricidad y bancos), Andrew Carnegie (acero) y Henry Ford (automóviles).[11]

Pueden enfocarse en temas específicos (por ejemplo, qué tan eficaz fue la puesta en marcha de un programa educativo en un salón de clases, la secuencia de eventos que desencadenaron en el hecho que una empresa lograra los más altos estándares de calidad o de productos que llevaron a la quiebra de otra organización, la historia de una mujer que llegó a ser una gran líder en una comunidad). Ciertamente, estos ejemplos pueden incluir también elementos del estudio de caso o de los diseños fenomenológicos. Asimismo, los diseños narrativos son útiles para el análisis del discurso (por ejemplo, en cuestiones psicoterapéuticas, políticas y de inteligencia militar y terrorismo).

El procedimiento consiste en lo siguiente: 1) recopilar historias o narraciones de experiencias de los participantes en función del planteamiento del problema y 2) armar una historia general entretejiendo las narrativas individuales. Esto significa que los investigadores sitúan narraciones y experiencias personales en el contexto social de los participantes (su trabajo, sus hogares, sus eventos y comunidad), el geográfico (lugar) y el histórico (tiempo) (Clandinin y Connelly, 2000), para luego ensamblarlas en una trama o presentación secuencial (narrativa general). Lo anterior, es lo que distingue un reporte narrativo (Holley y Colyar, 2009). Es decir, las categorías y temas se describen a través de historias.

Las narrativas pueden tomar diversas formas, a veces son más literales y en ocasiones pueden ser más figuradas, más o menos anecdóticas, seguir una secuencia más bien lineal o por el contrario, circular. Incluso pueden sobreponer expresiones y ser caóticas.

¿Cómo se genera y analiza una narrativa individual? Este tema se trata en el capítulo 13 adicional, "Profundización en temáticas de la investigación cualitativa", que el lector puede descargar del centro de recursos en línea: Material complementario → Capítulos.

Centro de recursos en línea

[10] El análisis de narrativas ha ido siendo cada vez más aceptado por diversas comunidades científicas (Goodson, 2013; Creswell, 2013b; Henderson *et al.,* 2012; Rinehart y Yeater, 2011; Yin, 2011; Terrill y Gullifer, 2010; Bingley *et al.,* 2008; Riessman, 2008; y 2003; Fraser, 2004; y Skeggs, 2002).

[11] Aunque algunos investigadores no estarán de acuerdo, porque se trata de series televisadas con ciertos elementos de actuación y dramatización al estilo "Hollywood". Sin embargo, las incluimos debido a que algunos jóvenes las han visto y su trasfondo es ciertamente narrativo.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 15.9 Ilustración del proceso de ensamblaje de historias en los diseños narrativos.

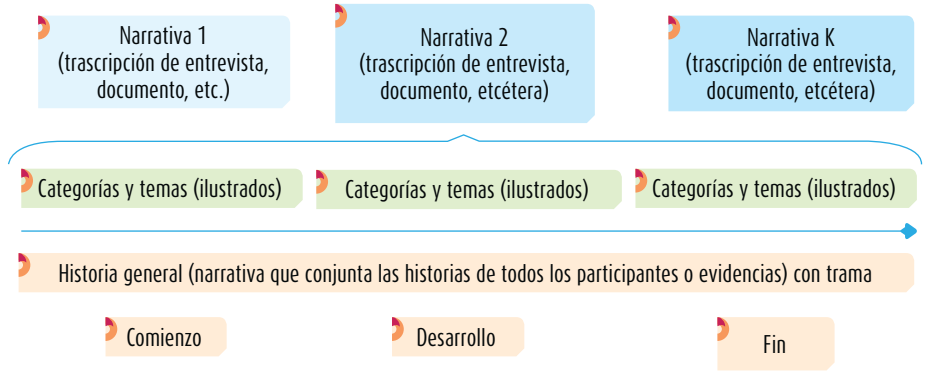
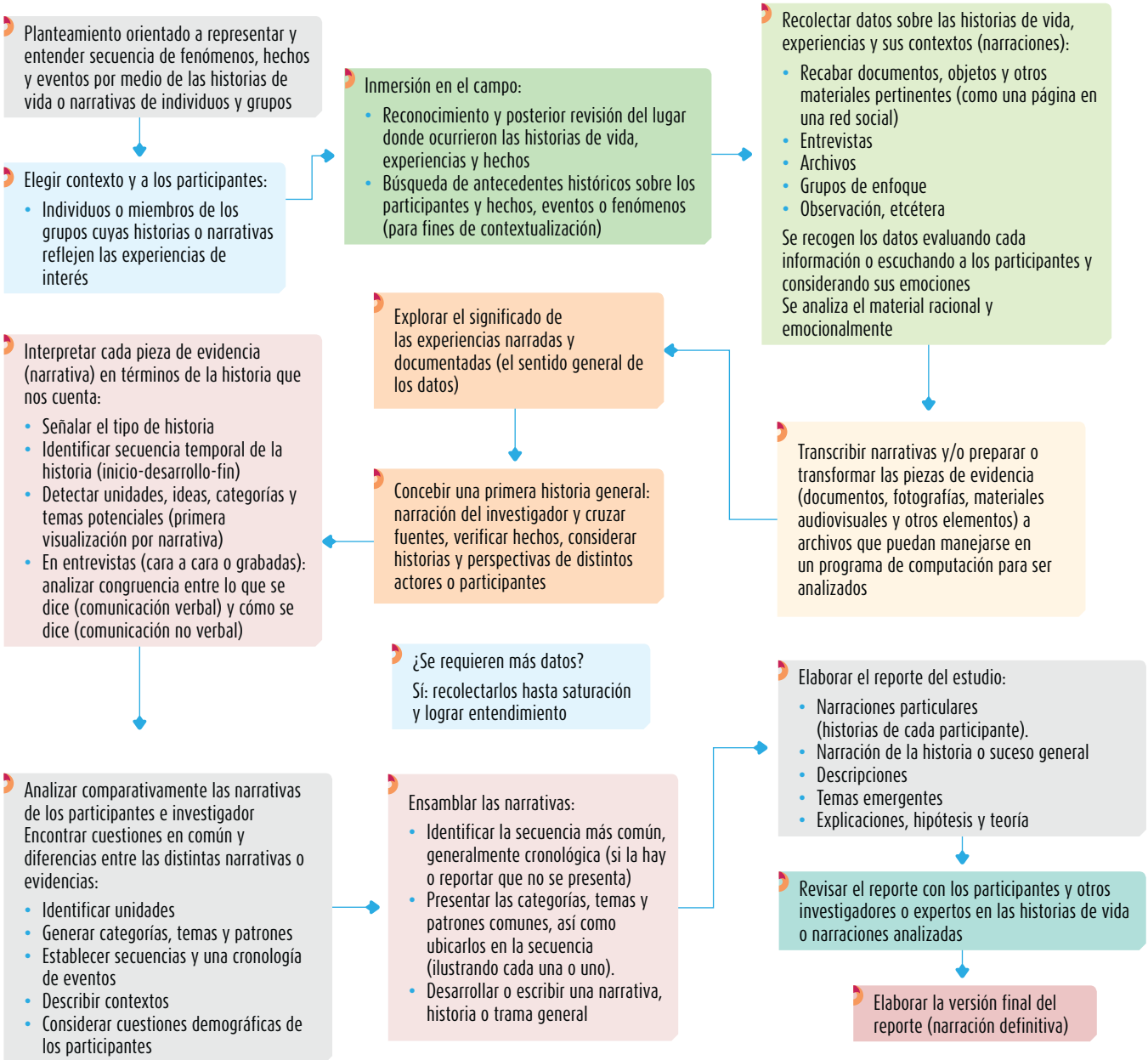


Figura 15.10 Principales acciones para desarrollar un estudio narrativo.



El ensamblaje de las narrativas individuales se ilustra conceptualmente en la figura 15.9 y el proceso se explica más detalladamente, por cuestiones de espacio, en el citado capítulo 13 del centro de recursos en línea.

Mertens (2010) divide los estudios narrativos en: *a*) de tópicos (enfocados en una temática, suceso o fenómeno), *b*) biográficos (de una persona, grupo o comunidad; sin incluir la narración de los participantes "en vivo", ya sea porque fallecieron o no recuerdan a causa de su edad avanzada o enfermedad, o son inaccesibles), y *c*) autobiográficos (de una persona, grupo o comunidad incluyendo testimonios orales "en vivo" de los actores participantes).

Al igual que en los diseños etnográficos, no existe un proceso predeterminado para efectuar un estudio narrativo, pero algunas de las acciones que sin lugar a dudas se efectúan son las que se muestran en la figura 15.10.

Asimismo, algunas consideraciones para este proceso son las siguientes:

- El elemento clave de los datos narrativos lo constituyen las experiencias personales, grupales y sociales de los actores (cada participante debe contar su historia).
- La narración debe incluir una cronología de experiencias y hechos (pasados, presentes y perspectivas, aunque a veces solamente se abarcan sucesos pasados y sus secuelas). Para Mertens (2010) es muy importante la evolución de acontecimientos hasta el presente.
- El contexto se ubica de acuerdo con el planteamiento del problema (puede abarcar varias facetas de los participantes como su vida familiar, laboral, aficiones, sus distintos escenarios).
- El investigador revisa memorias expresadas en el propio lenguaje de los participantes sobre las experiencias significativas relacionadas con el planteamiento.
- Para revisar los sucesos es importante contar con varias fuentes de datos. Veamos un ejemplo: si hacemos una investigación para documentar un hecho, digamos un caso de violencia extrema en una institución educativa como lo fue la matanza de siete personas acontecida en marzo de 2005, en una escuela de Red Lake, Minnesota (Estados Unidos), perpetrado por el adolescente de 16 años, Jeff Weise; debemos contemplar el suceso y las fuentes de datos.

Ejemplo

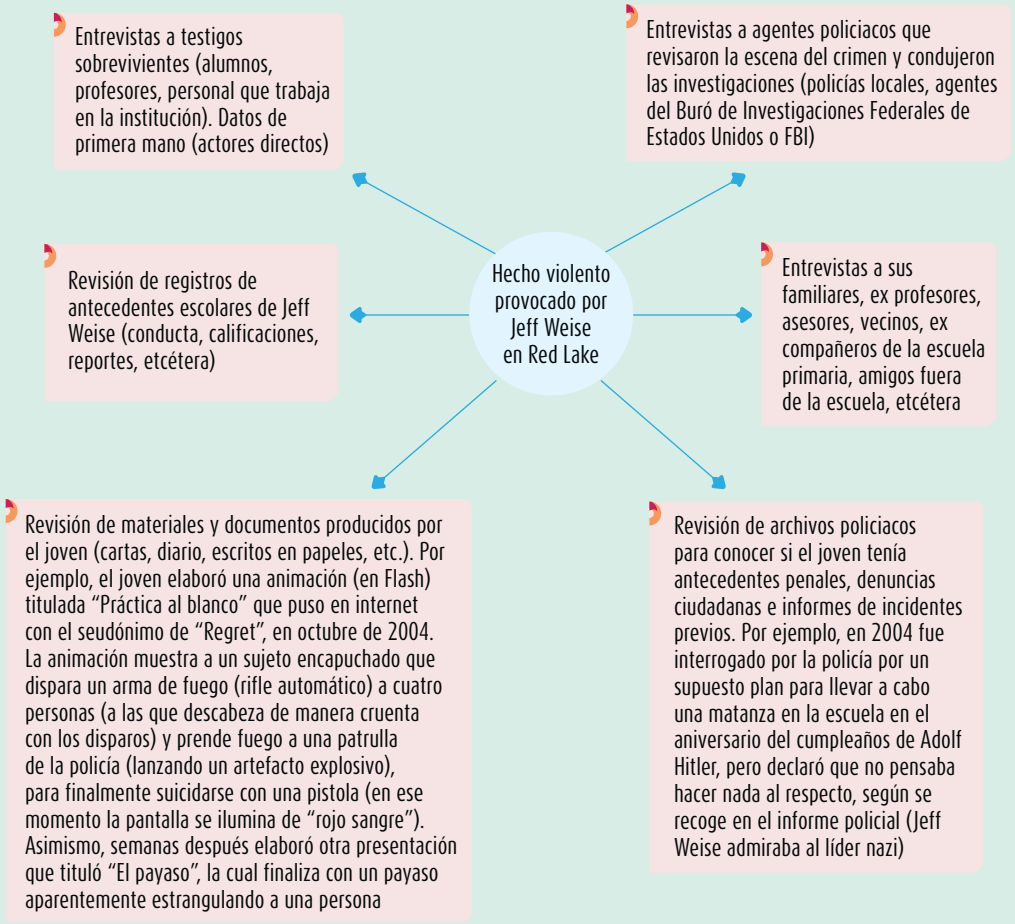
El hecho: Jeff Weise mató a su abuelo y a una mujer que vivía con este último en la reserva india de Red Lake, y también a un policía veterano local. Con las armas y el coche que le robó al policía, se encaminó a su escuela donde abrió fuego sobre sus compañeros, asesinó a una profesora, a un vigilante y a cinco estudiantes, hirió gravemente a otros 13 compañeros y finalmente se suicidó.[12] Su padre se había suicidado cuatro años antes.

La investigación debería incluir los elementos que se muestran en la figura 15.11.[13] Entre las películas favoritas del joven estaban: *Dawn of the Dead* (*El amanecer de los muertos*, versión 2004, Zack Zinder, director), la cual es una conocida película de terror de "muertos vivientes"; *Thunderheart* (1992, dirigida por Michael Apted) y *Elefante* (2003, dirigida por Gus Van Sant, que narra un incidente violento en una escuela de Portland, en Oregon). Weise se llamaba a sí mismo "ángel de la muerte" y se definía como "nazi indígena" en los foros de internet.

[12] Las referencias son varias, entre las cuales se enumeran las siguientes:
- Joshua Freed (corresponsal), sección "El Mundo", primera página, La Prensa, Managua, Nicaragua, miércoles 23 de marzo de 2005, edición núm. 23760.
- "El adolescente que ha matado a nueve personas en un instituto de Estados Unidos se definía como 'nazi indígena'", El Mundo.es, página consultada en: http://elmundo.es/elmungo/2005/03/22/sociedad/1111452646.html, el 23 de marzo de 2005.
- Jaime Nubiola, "¿La civilización del amor?". Noticias, Órgano de Comunicación Institucional de la Universidad de Navarra, 23 de abril de 2005, portada (originalmente publicado en La Gaceta de los Negocios, Madrid).
- Sección "El Mundo", El Universal on-line, consultado en internet: http://www2.eluniversal.com.mx/pls/impreso/busqueda_avanzada.analiza, el miércoles 23 de marzo de 2005.

[13] El video *Práctica al blanco* (en una versión editada y modificada, no tan sangrienta) puede verse en YouTube con el título: "School killers animation reone".

Figura 15.11 Ejemplo de diagrama en un estudio de violencia (caso de una escuela de Red Lake, Minnesota).



La secuencia narrativa se muestra en la figura 15.12.

- Cuando se vuelve a narrar la historia por parte del investigador, éste debe eliminar lo trivial (no los detalles, que pueden ser importantes).
- Creswell (2013b) propone dos esquemas para volver a contar la historia: el primer esquema es la estructura problema-solución (figura 15.12).

El segundo esquema es la estructura tridimensional. No es una secuencia, sino que se relacionan tres dimensiones narrativas (vea la figura 15.13).

Figura 15.12 Secuencia narrativa problema-solución.

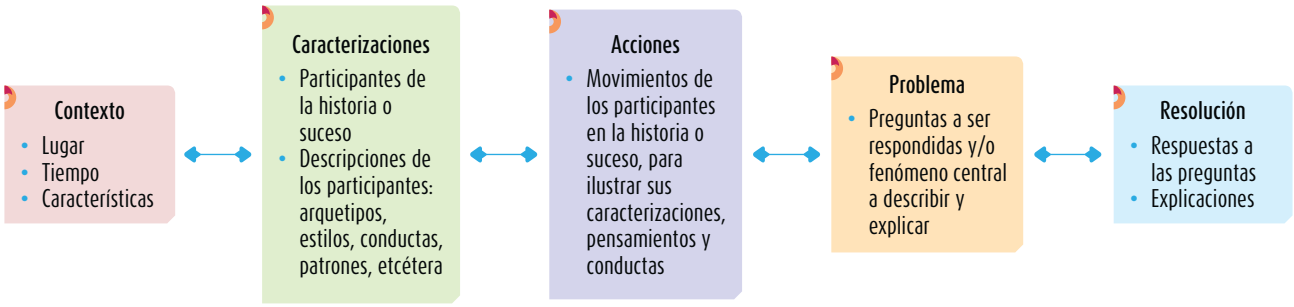
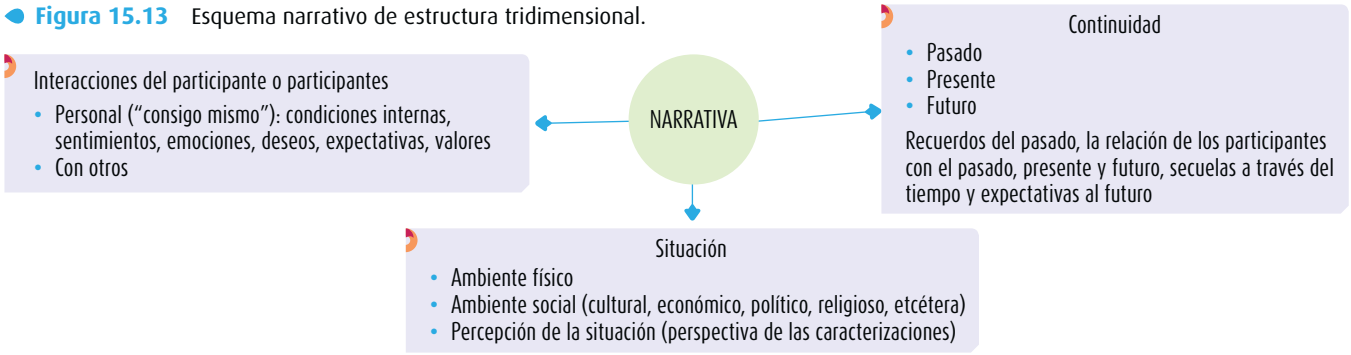


Figura 15.13 Esquema narrativo de estructura tridimensional.



- Las fuentes de invalidación más importantes de historias son: datos falsos, sucesos deformados, exageraciones y olvidos provocados por traumas o la edad. De nuevo, la solución reside en la triangulación de fuentes de los datos.

Un ejemplo clásico de un estudio narrativo es Lewis (1961), quien exploró la cultura de la pobreza en cinco familias de la Ciudad de México y la provincia mexicana. Otro caso es la indagación de Davis (2006), quien investigó la vida e historia de una familia con niños cuyas capacidades eran diferentes (inhabilidades) y las personas que les estaban ayudando (analizó los significados de "creer en los demás" y las empatías en un contexto de marginación). Asimismo, el ejemplo de la guerra cristera que se ha desarrollado en este libro representa una investigación narrativa.

Los diseños narrativos se han utilizado en diversos campos y disciplinas. Por ejemplo, Bingley, Thomas, Brown, Reeve y Payne (2008) los aplican a estudios para comprender las experiencias e historias tanto de los pacientes como de sus médicos y sus cuidadores profesionales ante enfermedades y padecimientos de todo tipo (cáncer, sida, arteriosclerosis, Alzheimer, etc.), con la finalidad adicional de entender con mayor profundidad el impacto de los medicamentos en cada persona y optimizar su atención (incluyendo programas para un mejor cuidado y sistemas de calidad), particularmente en enfermedades terminales. También, Lindenmeyer, Griffiths, Green, Thompson, y Tsouroufli (2008) examinaron narrativas de 98 mujeres de 45 o más años y sus familias para, entre otras cuestiones, describir su concepto de vulnerabilidad a las enfermedades y determinar sus preocupaciones en torno a ésta (por ejemplo, herencia genética familiar y envejecimiento).

Henderson, Holland, McGrellis, Sharpe y Thomson (2012) efectuaron una investigación longitudinal con 121 personas considerando sus narrativas (periodo de 12 años) para analizar cambios en sus vidas y su contexto cultural.

Couser (2005) llevó a cabo un estudio sobre la historia de vida cotidiana de una mujer que habita en Pennsylvania, Estados Unidos, con su hermana, la cual posee una capacidad mental distinta. La investigación narra las vivencias que experimentan ambas al tomar diariamente el autobús.

Asimismo, los diseños narrativos han sido implementados para estudiar la evolución de trastornos psicológicos, situaciones críticas —como la victimización sexual (Rinehart y Yeater, 2011) y el abuso sexual infantil—, periodos de vida como la vejez (por ejemplo, Terrill y Gullifer, 2010) y otros temas diversos.

El análisis de las narrativas ha ayudado a esclarecer las causas de accidentes aéreos (Lanning y Higgins, 2011). Vivencias relatadas por astronautas pueden ser útiles para mejorar las misiones espaciales; las crónicas laborales han servido para entender el liderazgo y otras variables como la cultura corporativa y las historias organizacionales para comprender el cambio empresarial e institucional (Colville, Brown y Pye, 2012), y el análisis de narrativas respecto a experiencias de ingenieros en computación sobre la implantación de sistemas sería muy valioso para diseñar e introducir un nuevo sistema tecnológico en una empresa.

La investigación narrativa puede ser de provecho para documentar la aplicación de un modelo educativo o evaluar la evolución de un giro o ramo de servicios en una ciudad (por ejemplo, un estudio para conocer cómo se han desarrollado los *lounges* con ambientación *chill out*: ¿cuántos han abierto? ¿Han tenido éxito? ¿Qué experiencia de diversión generan?, etcétera).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Diseños fenomenológicos

La fenomenología es una filosofía, un enfoque y un diseño de investigación. Su origen se remonta al matemático Edmund Husserl (1859-1938) y puede adquirir diversas variantes, Norlyk y Harder (2010) y Caelli (2000) han identificado 18 diferentes formas de ella. Sin embargo, en este apartado nos referimos a la fenomenología empírica como un diseño (Creswell, 2013b; Adams y van Manen, 2008; Hamilton, 2004; y Hammersley, 2003).

Tanto en la fenomenología como en la teoría fundamentada obtenemos las perspectivas de los participantes. Sin embargo, en lugar de generar un modelo a partir de ellas, se explora, describe y comprende lo que los individuos tienen en común de acuerdo con sus experiencias con un determinado fenómeno (categorías que comparten en relación a éste) (Creswell, 2013b; Wertz *et al.*, 2011; Norlyk y Harder, 2010; Esbensen, Swane, Hallberg y Thome, 2008; Kvåle, 2007; Creswell *et al.*, 2007; y O'Leary y Thorwick, 2006). Pueden ser sentimientos, emociones, razonamientos, visiones, percepciones, etc. (Benner, 2008; Álvarez-Gayou, 2003; Bogden y Biklen, 2003; y Patton, 2002). Como felicidad, ira, pena, dolor, determinación, tranquilidad… De esta manera, en la fenomenología los investigadores trabajan directamente las unidades o declaraciones de los participantes y sus vivencias, más que abstraerlas para crear un modelo basado en sus interpretaciones como en la teoría fundamentada.

La diferencia entre el diseño narrativo y el **diseño fenomenológico** es que el primero se enfoca en la conexión o sucesión de eventos (el punto de vista cronológico o la historia secuencial) y el segundo en la esencia de la experiencia compartida.

Diseños fenomenológicos Su propósito principal es explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común de tales vivencias.

El fenómeno se identifica desde el planteamiento y puede ser tan variado como la amplia experiencia humana. Por ejemplo, una sensación individual interna, el cáncer de mama, el insomnio, el divorcio de los padres, el noviazgo, las preferencias por un determinado producto, trabajar con una nueva maquinaria, el incendio de una fábrica, un sistema educativo, una supernova, etc. Puede abarcar cuestiones excepcionales, pero también rutinarias y cotidianas.

En ocasiones el objetivo específico es descubrir el significado de un fenómeno para varias personas. Tal sería el caso de Shattell, McAllister, Hogan y Thomas (2006), quienes lo hicieron con la inteligencia. Mientras que otros se han concentrado en explicar o comparar fenómenos o experiencias (Bent y Magilvy, 2006) e, incluso, resolver problemáticas o aportar teoría (Norlyk y Harder, 2010). Por ejemplo, Mcilfatrick, Sullivan y Mckenna (2006) compararon experiencias de atención hospitalaria de enfermeros y enfermeras con pacientes que estaban recibiendo quimioterapia y sus conclusiones condujeron a la adopción de un marco teórico.

Una pregunta habitual de investigación de un estudio fenomenológico es la siguiente: ¿cuál es el significado, estructura y esencia de una experiencia vivida por una persona (individual), grupo (grupal) o comunidad (colectiva) respecto de un fenómeno?

Primero, se identifica el fenómeno y luego se recopilan datos de las personas que lo han experimentado, para finalmente desarrollar una descripción compartida de la esencia de la experiencia para todos los participantes —lo que vivenciaron y de qué forma lo hicieron—.

Pueden utilizarse como herramientas de recolección de la información desde la observación (Creswell, 2013b) hasta entrevistas personales o grupos de enfoque, con preguntas abiertas, semiestructuradas y estructuradas (Norlyk y Harder, 2010; y Heuer y Lausch, 2006), artefactos, documentos de todo tipo, grabaciones en audio y video[14] e incluso instrumentos estandarizados.

De acuerdo con Creswell (2013b), Mertens (2010) y Álvarez-Gayou (2003), el diseño fenomenológico se fundamenta en las siguientes premisas:

[14] National Geographic ha presentado varios documentales donde muestra videos grabados mediante cámaras y celulares sobre desastres que pudieran servir para un estudio fenomenológico (por ejemplo: "Costa Concordia: Un año después", exhibido en 2012 o "El Tsunami de Japón: Testigos del desastre", presentado en 2011). History Channel ha hecho lo mismo con sus documentales: "Chile 3:34 AM: El terremoto en tiempo real" (2011) y "102 minutos que cambiaron al mundo" (sobre los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001, transmitido en 2009). También, en América Latina se han producido diversos documentales de este tipo como: "Documental zona de desastre" que narra los efectos de la tormenta "Jimena" en 2009, en Guaymas y Empalme, Sonora (de Alexis Sánchez). En YouTube se encuentran varios testimoniales de esta naturaleza sobre catástrofes que sirven para ilustrar los datos fenomenológicos.

- Se pretende describir y entender los fenómenos desde el punto de vista de cada participante y desde la perspectiva construida colectivamente.
- Se basa en el análisis de discursos y temas, así como en la búsqueda de sus posibles significados.
- El investigador confía en la intuición, imaginación y en las estructuras universales para lograr aprender la experiencia de los participantes.
- El investigador contextualiza las experiencias en términos de su temporalidad (momento en que sucedieron), espacio (lugar en el cual ocurrieron), corporalidad (las personas que las vivieron) y el contexto relacional (los lazos que se generaron durante las experiencias).

Básicamente podemos encontrar dos enfoques a la fenomenología: fenomenología hermenéutica y fenomenología empírica, trascendental o psicológica. La primera se concentra en la interpretación de la experiencia humana y los "textos" de la vida. No sigue reglas específicas, pero considera que es producto de la interacción dinámica entre las siguientes actividades de indagación: *a*) definir un fenómeno o problema de investigación (una preocupación constante para el investigador), *b*) estudiarlo y reflexionar sobre éste, *c*) descubrir categorías y temas esenciales del fenómeno (lo que constituye la naturaleza de la experiencia), *d*) describirlo y *e*) interpretarlo (mediando diferentes significados aportados por los participantes) (Creswell *et al.*, 2007 y van Manen, 1990).

La fenomenología empírica se enfoca menos en la interpretación del investigador y más en describir las experiencias de los participantes. Por ejemplo, en ciencias de la salud, describir la esencia de las experiencias de los pacientes (Wilson, 2007). El analista "hace a un lado" —en la medida de lo posible— sus experiencias para visualizar una nueva perspectiva del fenómeno o problema bajo estudio (Creswell, 2013b y Moustakas, 1994).

Para Creswell (2013b) y Wertz *et al.* (2011), los procedimientos básicos incluyen: *a*) determinar y definir el problema o fenómeno a estudiar, *b*) recopilar los datos sobre las experiencias de diversos participantes con respecto al mismo, *c*) analizar los comportamientos y narrativas personales para tener un panorama general de las experiencias, *d*) identificar las unidades de significado y generar categorías, temas y patrones, detectando citas o unidades clave; *e*) elaborar una descripción genérica de las experiencias y su estructura (condiciones en las cuales ocurrieron, las situaciones que las rodean y el contexto) y *f*) desarrollar una narrativa que combina las descripciones y la estructura a fin de transmitir la esencia de la experiencia en cuanto al fenómeno estudiado (categorías, temas y elementos comunes: ¿qué cuestiones comparten las narrativas?) y las diferentes apreciaciones, valoraciones u opiniones sobre éste (categorías y elementos distintos: ¿en qué cuestiones difieren las múltiples narrativas de las experiencias?).

En esta labor puede ayudarnos el construir una tabla como la que se presenta a continuación:

Categorías esenciales o comunes de las narrativas	Frecuencia	Categorías diferentes	Frecuencia

Así, el investigador presenta las categorías, las cuales y de acuerdo con los resultados, pueden ser vinculadas entre sí (relacionándose en secuencia o simplemente asociándose). Desde luego, recordemos que las categorías emergen de la perspectiva de los participantes. La saturación se presenta cuando ya no aparecen nuevas categorías o descripciones de experiencias sobre el fenómeno en cuestión (Esbensen, Swane, Hallberg y Thome, 2008).

Para minimizar los sesgos del investigador, Creswell *et al.* (2007) sugieren describir las experiencias junto con los participantes y utilizar al menos dos instrumentos (por ejemplo, entrevistas y solicitarles un texto escrito sobre tales experiencias, historias, reflexiones o vivencias).

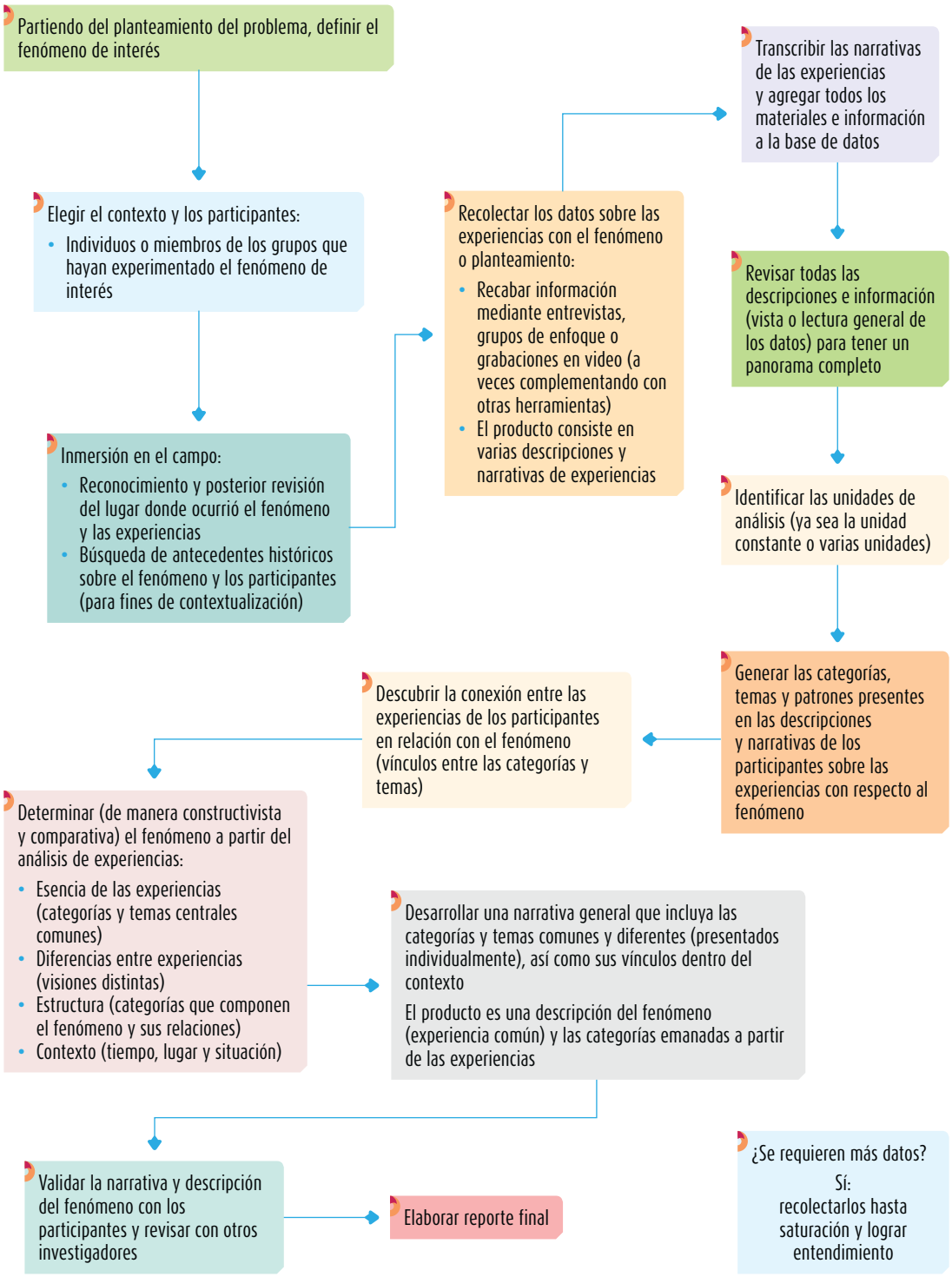
Al final, nuestra investigación fenomenológica presenta una descripción de las experiencias comunes y diferentes de los individuos estudiados. Al leer el reporte, los usuarios deben tener la sensación de que "entienden mejor lo que significa…" (experiencias respecto a un fenómeno).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

De acuerdo con Norlyk y Harder (2010), quienes evaluaron 88 investigaciones fenomenológicas realizadas a mediados de la primera década del siglo xxi en el campo de la enfermería, algunos investigadores centran su análisis y presentación de resultados en las experiencias individuales subjetivas y otros se enfocaron en el fenómeno investigado (su esencia y estructura).

Las acciones que comúnmente se llevan a cabo en un diseño fenomenológico se muestran en la figura 15.14.

Figura 15.14 Principales acciones para implementar un diseño fenomenológico.



Young, Bramham, Gray y Rose (2008) efectuaron una investigación fenomenológica para evaluar el impacto psicológico de recibir un diagnóstico de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en la edad adulta (DAH) y el respectivo tratamiento con medicamentos, así como examinar la manera en que ambos (diagnóstico y tratamiento) modifican la autopercepción y la visión del futuro. A ocho individuos se les realizaron entrevistas semiestructuradas. Entre diversos resultados cabe destacar que emergieron tres temas principales del análisis: *a*) revisión del pasado (los enfermos reflexionaron sobre su historia, especialmente cómo se sienten diferentes a los demás), *b*) el impacto emocional del diagnóstico y *c*) la consideración del futuro (pensar en lo que sigue). Asimismo, surgió un proceso de seis pasos en la aceptación psicológica de un diagnóstico de DAH: 1) alivio y euforia, 2) confusión y agitación emocional, 3) ira, 4) tristeza y dolor, 5) ansiedad y 6) alojamiento y aceptación. El estudio sirvió para destacar la necesidad de agregar un tratamiento psicológico a quienes se les diagnostica DAH, el cual debe comenzar en el momento mismo del diagnóstico. Asimismo, los autores sugieren técnicas para sobrellevar el proceso de ajuste.

Stratton (2010) implementó un diseño fenomenológico (recolectando los datos a través de 67 entrevistas y la revisión de documentos de archivo) para analizar los usos de internet en el trabajo (web personal) y su significado emocional. Bull y Grogan (2010) examinaron fenomenológicamente el estrés que a los padres les provoca una cirugía espinal realizada en sus hijos (niños), utilizando cuestionarios y entrevistas (13 parejas). Cilesiz (2009) condujo una indagación fenomenológica con el propósito de comprender experiencias de adolescentes turcos en cafés de internet y sus implicaciones para la recreación y el aprendizaje en entornos informales.

Willig (2007/2008) investigó lo que puede significar para los individuos el "engancharse" en deportes extremos, entrevistando a ocho médicos expertos en el tema. Bondas y Eriksson (2001) examinaron las experiencias vividas por mujeres finlandesas durante su embarazo (la clase de bebé que desean, la promoción de la salud del futuro infante, los cambios en sus cuerpos, las variaciones en su humor, el esforzarse por alcanzar "comunión" con la familia, sus sueños, esperanzas y planes; así como relaciones que cambian).

Un ejemplo de investigación fenomenológica sería un estudio entre personas que han sido secuestradas para entender cómo definen, describen y entienden esa terrible experiencia, en sus propios términos.

Otros casos podrían ser: una indagación que analizara las experiencias de varios individuos que fueron despedidos de su empleo sin justificación y con una antigüedad mayor a los 30 años; una investigación con prisioneros de guerra de Afganistán que fueron enviados a una prisión norteamericana en Guantánamo (varios estudios fenomenológicos se han hecho con seres humanos judíos que estuvieron recluidos en campos de concentración nazis para analizar sus terribles vivencias); un análisis de las experiencias de un grupo de trabajadores con un determinado sistema de calidad (un ISO, por ejemplo); o las experiencias de un grupo de damnificados ante la supertormenta *Sandy* que afectó a varios países del Caribe y ciudades de Estados Unidos como Nueva York en 2012.

Diseños de investigación-acción

Investigación-acción Su precepto básico es que debe conducir a cambiar y por tanto este cambio debe incorporarse en el propio proceso de investigación. Se indaga al mismo tiempo que se interviene.

La finalidad de la **investigación-acción** es comprender y resolver problemáticas específicas de una colectividad vinculadas a un ambiente (grupo, programa, organización o comunidad) (Savin-Baden y Major, 2013; Adams, 2010; The SAGE Glossary of the Social and Behavioral Sciences, 2009l; Merriam, 2009; Elliott, 2004; Brydon-Miller, Greenwood y Maguire, 2003; y Álvarez-Gayou, 2003), frecuentemente aplicando la teoría y mejores prácticas de acuerdo con el planteamiento (Creswell, 2013b; McVicar, Munn-Giddings y Abu-Helil, 2012; Somekh *et al.*, 2005; y Elliot, 1991). Asimismo, se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para proyectos, procesos y reformas estructurales. Sandín (2003) señala que la investigación-acción pretende, esencialmente, propiciar el cambio social, transformar la realidad (social, educativa, económica, administrativa, etc.) y que las personas tomen conciencia de su papel en ese proceso de transformación. Por ello, implica la total colaboración de los participantes en: la detección de necesidades (ya que ellos conocen mejor que

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

nadie la problemática a resolver), el involucramiento con la estructura a modificar, el proceso a mejorar, las prácticas que requieren cambiarse y la implementación de los resultados del estudio (McKernan, 2001).

La mayoría de los autores la ubica en los marcos referenciales interpretativo y crítico (Sandín, 2003).

De acuerdo con Álvarez-Gayou (2003), tres perspectivas destacan en la investigación-acción:

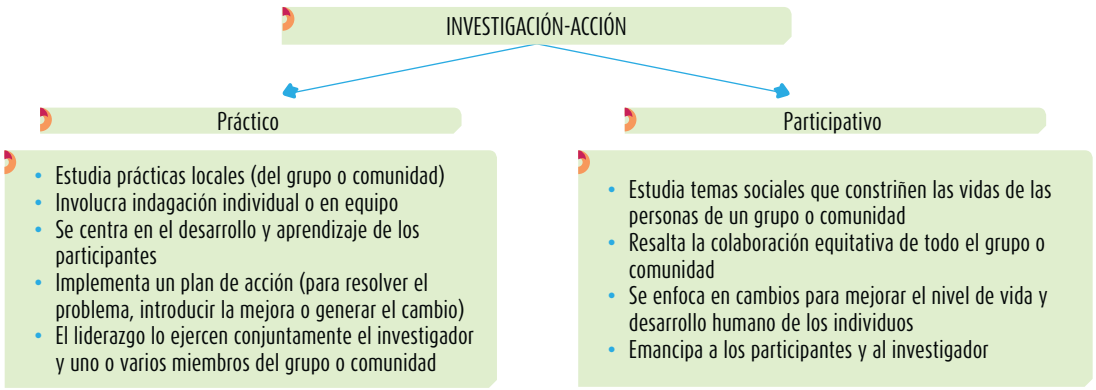
1. *La visión técnico-científica*. Esta perspectiva fue la primera en términos históricos, ya que parte del fundador de la investigación-acción, Kurt Lewin. Su modelo consiste en un conjunto de decisiones en espiral, las cuales se basan en ciclos repetidos de análisis para conceptualizar y redefinir el problema una y otra vez. Así, la investigación-acción se integra con fases secuenciales de acción: planificación, identificación de hechos, análisis, implementación y evaluación (Lewin, 1946).
2. *La visión deliberativa.* Se enfoca principalmente en la interpretación humana, la comunicación interactiva, la deliberación, la negociación y la descripción detallada. Le incumben los resultados, pero sobre todo el proceso mismo de la investigación-acción. John Elliott propuso esta visión como una reacción a la fuerte inclinación de la investigación educativa hacia el positivismo. Propone el concepto de triangulación en la investigación cualitativa (Elliott, 1991).
3. *La visión emancipadora*. Su objetivo va más allá de resolver problemas o desarrollar mejoras a un proceso, pretende que los participantes generen un profundo cambio social por medio de la investigación. El diseño no sólo cumple funciones de diagnóstico y producción de conocimiento, sino que crea conciencia entre los individuos sobre sus circunstancias sociales y la necesidad de mejorar su calidad de vida.

En este sentido, Stringer (1999) señala que la investigación-acción es:

a) Democrática, puesto que habilita a todos los miembros de un grupo o comunidad para participar.
b) Equitativa, las contribuciones de cualquier persona son valoradas y las soluciones incluyen a todo el grupo o comunidad.
c) Liberadora, una de sus finalidades reside en combatir la opresión e injusticia social.
d) Detonadora de la mejora de las condiciones de vida de los participantes.

Creswell (2005) considera dos diseños fundamentales de la investigación-acción, los cuales se resumen en la figura 15.15.

Figura 15.15 Diseños básicos de la investigación-acción.[15]



Las tres fases esenciales de los diseños de investigación-acción son: *observar* (construir un bosquejo del problema y recolectar datos), *pensar* (analizar e interpretar) y *actuar* (resolver problemáticas e implementar mejoras), las cuales se dan de manera cíclica, una y otra vez, hasta que todo es resuelto, el cambio se logra o la mejora se introduce satisfactoriamente (Stringer, 1999).

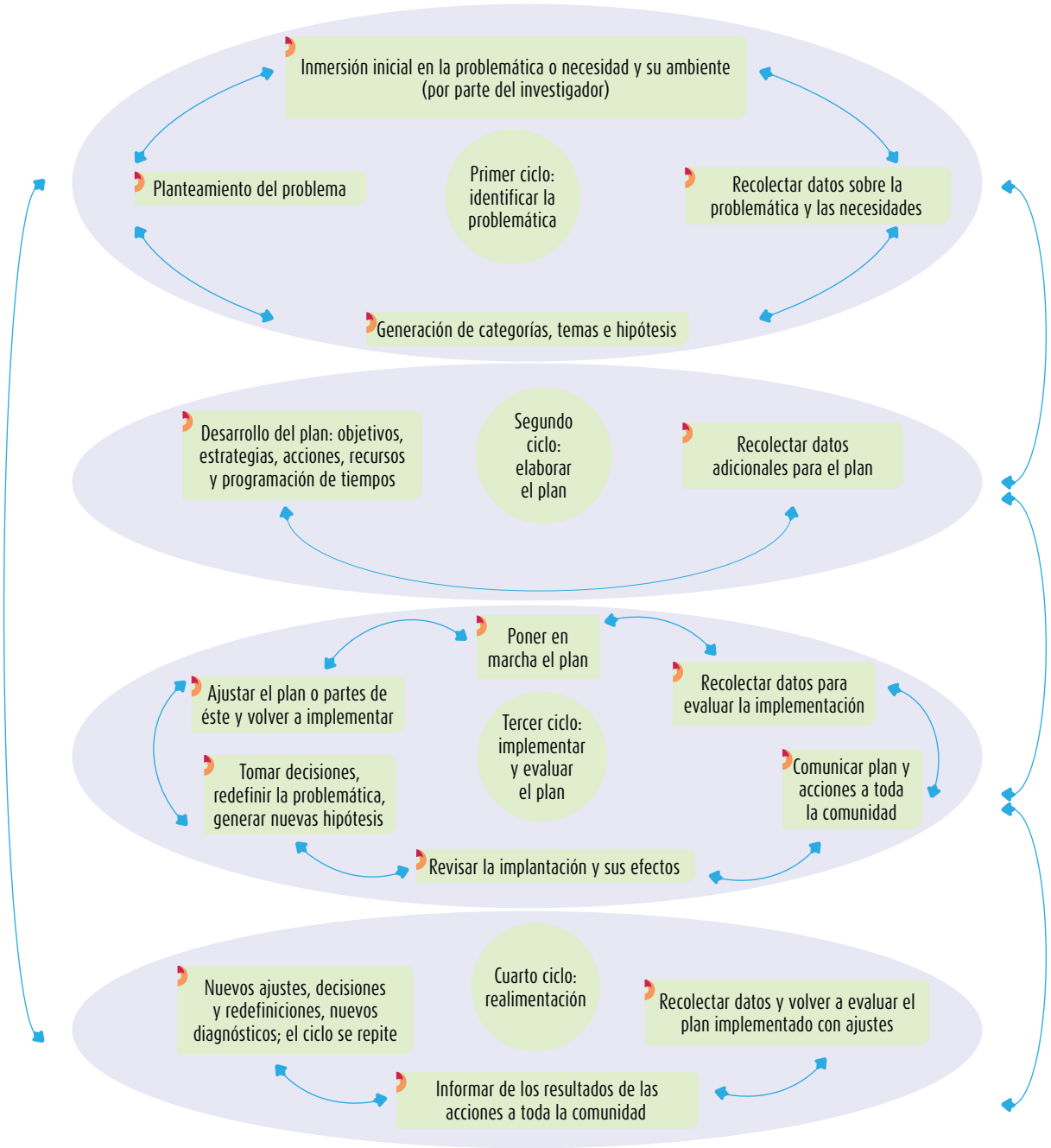
[15] Más adelante se ahondará en la investigación-acción participativa.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

El proceso detallado, que como en todo estudio cualitativo es flexible, se presenta en la figura 15.16. Cabe señalar que la mayoría de los autores lo presentan como una "espiral" sucesiva de ciclos (Pavlish y Pharris, 2011; Adams, 2010; Somekh, 2008; Sandín, 2003; y León y Montero, 2002). Los ciclos son:

- Detectar el problema de investigación, clarificarlo y diagnosticarlo (ya sea un problema social, la necesidad de un cambio, una mejora, etcétera).
- Formulación de un plan o programa para resolver el problema o introducir el cambio.
- Implementar el plan o programa y evaluar resultados.
- Realimentación, la cual conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

Figura 15.16 Principales acciones para llevar a cabo la investigación-acción.



www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Como se ve en la figura 15.16, para plantear el problema es necesario conocer a fondo su naturaleza mediante una inmersión en el contexto o ambiente, cuyo propósito es entender qué eventos ocurren y cómo suceden, lograr claridad sobre la problemática específica y las personas que se vinculan a ésta, la cual puede ser de muy diversa índole como se muestra en la tabla 15.7 y no necesariamente significa una cuestión social (el sentido del término problemática es muy amplio).

Tabla 15.7 Ejemplos de problemáticas para la investigación-acción

Problemática genérica	Problemática específica
Carencia social	Falta de servicios médicos en una comunidad. Altos niveles de desempleo en un municipio.
Problema social negativo	Elevada inseguridad en un barrio. Drogadicción y alcoholismo entre los jóvenes de un barrio o colonia. Atención a una población debido a una emergencia provocada por un desastre natural (como un huracán). Aumento en el número de suicidios en una región.
Necesidad de cambio	Redefinición del modelo educativo de una institución de educación superior. Introducción de una cultura de calidad y mejora continua en una empresa dedicada a la producción de autopartes. Innovar las prácticas agrícolas en una granja para incrementar la producción de brócoli.
Urgencia de una organización	Decremento en la matrícula de un grupo de escuelas primarias y secundarias (básicas) administradas por una congregación religiosa. Reducir los altos niveles de rotura de los envases de vidrio en una planta embotelladora de agua mineral con gas (refrescos, sodas o gaseosas) (Hernández-Sampieri, 1990).

Otros ejemplos podrían ser: resolver la necesidad que tiene una comunidad con elevados niveles de pobreza de exportar las artesanías que elabora, digamos orfebrería (se analizan los factores que impiden que la comunidad exporte y se encuentran soluciones para lograr la exportación y que la población mejore sus ingresos). También puede efectuarse un estudio que determine qué obras públicas deben construirse para mejorar la vialidad de una ciudad (en el campo de la ingeniería civil), así como una investigación para examinar las causas de un clima organizacional negativo y poder optimizarlo para beneficio de los trabajadores.

Una vez lograda la claridad conceptual del problema de investigación y la problemática que se va a enfrentar mediante la inmersión, se recolectan datos sobre ésta. Stringer (1999) sugiere entrevistar a actores clave, observar sitios en el ambiente, eventos y actividades que se relacionen con la problemática; formar grupos de enfoque, tomar notas, grabar videos, además de revisar documentos, registros y materiales pertinentes. Incluso, algunos datos serán de carácter cuantitativo (estadísticas sobre la misma). Y por lo que respecta al análisis podemos utilizar diversas herramientas como:

- Mapas conceptuales (por ejemplo, vinculación de la problemática con diferentes tópicos, relación de diferentes grupos o individuos con la misma, temas que la integran, etcétera).
- Diagramas causa-efecto, antecedentes-consecuencias.
- Matrices (por ejemplo, de categorías, de temas de las causas cruzados con categorías o temas de los efectos).
- Jerarquización de temas o identificación de prioridades.
- Organigramas de la estructura formal (cadena de jerarquías) y de la informal.
- Análisis de redes (entre grupos e individuos).

Después de que los datos se han analizado, se elabora el reporte con el diagnóstico de la problemática, el cual se presenta a los participantes para agregar datos, validar información y confirmar hallazgos (categorías, temas e hipótesis). Posteriormente, se transita al segundo ciclo: la elaboración del plan para implementar soluciones o introducir el cambio o la innovación.

Durante la elaboración del plan, el investigador sigue abierto a recoger más datos e información que puedan asociarse con el planteamiento del problema y la resolución de la problemática. El plan

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

debe incorporar soluciones prácticas para ésta o generar el cambio. De acuerdo con Creswell (2013b), Zipin y Hattam (2009), y Stringer (1999), los elementos comunes de un plan son:

- Prioridades (aspectos a resolver de acuerdo con su importancia).
- Metas (objetivos generales o amplios para resolver las prioridades).
- Objetivos específicos para cumplir con las metas.
- Tareas (acciones a ejecutar, cuya secuencia debe definirse: qué es primero, qué va después, etcétera).
- Personas (quién o quiénes serán responsables de cada tarea).
- Programación de tiempos (calendarización): determinar el tiempo que tomará realizar cada tarea o acción.
- Recursos para ejecutar el plan.

Además de definir cómo piensa evaluarse el éxito en la implementación del plan. Poner en marcha el plan es el tercer ciclo, el cual depende de las circunstancias específicas de cada estudio y problemática. A lo largo de la implementación del plan, la tarea del investigador es sumamente proactiva: debe informar a los participantes sobre las actividades que realizan los demás, motivar a las personas para que el plan sea ejecutado de acuerdo con lo esperado y cada quien plasme su mejor esfuerzo, asistirlas cuando tengan dificultades y conectar a los participantes en una red de apoyo mutuo (Stringer, 1999). Durante este ciclo el investigador recolecta continuamente datos para evaluar cada tarea realizada y el desarrollo de la implementación (monitorea los avances, documenta los procesos, identifica fortalezas y debilidades y retroalimenta a los participantes). Una vez más, utiliza todas las herramientas de recolección y análisis que sean posibles, y programa sesiones con grupos de participantes, cuyo propósito cumple dos funciones: evaluar los avances y recoger de "viva voz" las opiniones, experiencias y sentimientos de los actores en esta etapa.

Con los datos que se recaban de forma permanente se elaboran —a la par con los participantes, o al menos con sus líderes— reportes parciales para evaluar la aplicación del plan. Sobre la base de tales reportes se realizan ajustes pertinentes al plan, se redefine la problemática y se generan nuevas hipótesis. Al final de la implantación, se vuelve a evaluar, lo que conduce al ciclo de "realimentación", que implica más ajustes al plan y adecuarse a las contingencias que surjan. El ciclo se repite hasta que la problemática se resuelva o se logra el cambio.

Los diseños investigación-acción también representan una forma de intervención y algunos autores los consideran diseños mixtos, pues normalmente recolectan datos cuantitativos y cualitativos, y se mueven de manera simultánea entre el esquema inductivo y el deductivo.

En España y América Latina estos diseños son muy utilizados para enfrentar retos en diversos campos del conocimiento y resolver cuestiones sociales. Un investigador muy reconocido en todo el ámbito de las ciencias sociales, Paulo Freire, realizó diversos estudios fundamentados en la investigación-acción, hasta su muerte en 1997.

Este tipo de diseño se ha aplicado a una amplia gama de ámbitos. Por ejemplo, a la educación, como lo es el caso del estudio de Gómez Nieto (1991), que se abocó a encontrar una alternativa de modelo didáctico para niños menores de seis años con necesidades educativas especiales desde el nacimiento; o el de Krogh (2001), que exploró en Canberra, Australia, la forma de utilizar a la investigación-acción como herramienta de aprendizaje para estudiantes, educadores, empresas comerciales vinculadas con instituciones educativas y proveedores de servicios. Asimismo, Méndez, Hernández-Sampieri y Cuevas (2009), quienes evaluaron, entre otras cuestiones, el impacto perceptual de obras sociales y de infraestructura realizadas por el gobierno de Guanajuato con recursos propios y del Banco Mundial, que benefició a casi 2 000 habitantes de comunidades del estado.

En el caso de la administración, tenemos varios ejemplos, como el de Mertens (2001), que evaluó la reorganización progresiva del Ministerio Belga de Impuestos, acorde con las perspectivas de investigación-acción y las constructivistas. Fue un estudio donde colaboraron asesores externos y funcionarios de la institución y se documentó en varias etapas: contratación de consultores, diseño colaborativo del estudio, cambio organizacional (ajustes a la estructura y procesos de la dependencia) y entrenamiento de la burocracia para el cambio.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Incluso se ha utilizado para estudiar la inteligencia emocional de los niños pequeños (de tres a cinco años de edad) y cómo incrementarla, a la par con sus habilidades sociales (Kolb y Weede, 2001). También para estudiar la viabilidad de operación de centros médicos amenazados por: *a*) los cambios en el sistema de salud estadounidense, *b*) los costos crecientes de la práctica hospitalaria y *c*) la reducción de presupuesto para investigación y ayuda a los sectores más pobres de la sociedad (Mercer, 1995).[16]

El diseño de investigación-acción incluso se empleó en un estudio sobre la inteligencia emocional de niños de tres a cinco años.

La variante "diseños de investigación-acción participativa"

En estos diseños también se resuelve una problemática o se implementan cambios, pero en ello intervienen de manera aún más colaborativa y democrática uno o varios investigadores y participantes o miembros de la comunidad involucrada (Roberts, 2013; Brydon-Miller, Greenwood y Maguire, 2003; Reason y Bradbury, 2001; y McTaggart, 1996). La palabra "participativa" le proporciona el rasgo característico a este diseño. En efecto, la problemática es identificada en conjunto por la comunidad y los investigadores. Se considera a los miembros de la comunidad como expertos en la misma, por tal motivo sus "voces" resultan esenciales para el planteamiento y las soluciones (Hacker, 2013 y Eng, 2013). Durante todo el proceso, los miembros de la comunidad son considerados como "socios" y altamente valuados por sus perspectivas únicas y la información que proporcionan (Israel *et al.*, 2013). "El estudio es conducido con la comunidad más que en una comunidad."

Conocer a la comunidad en toda su complejidad es más que solamente identificar sus necesidades, implica comprender sus fortalezas y debilidades, conflictos, relaciones, etcétera.

Para que sea viable la investigación, la población debe estar preparada para participar (apertura, motivación) y lograrse la unidad entre investigadores y comunidad.

Es vital identificar fuentes de información (líderes, redes, grupos, organizaciones) e investigadores potenciales (socios). También a las personas conflictivas y quienes pueden entorpecer la investigación.

El éxito de sus resultados depende de los recursos de la comunidad (existencia de una identidad común y unión, competencias y destrezas individuales, trabajo colaborativo, redes sociales y organizaciones sólidas), así como de establecer fuertes lazos e intereses mutuos con los miembros de ella.

El papel de los miembros de la población como participantes puede variar desde sumamente activo (investigadores) hasta más bien pasivo (simplemente se les consulta para que proporcionen información y se valida el reporte de resultados con ellos) (Israel *et al.,* 2013). Cuando son investigadores asistentes debemos capacitarlos.

Principios de la investigación-acción participativa

1. Cooperación mutua y confianza entre todos los actores involucrados
2. Equidad en las decisiones
3. El contexto es fundamental
4. Los patrones deben conectarse
5. Desarrollar significados de todas las "voces de la comunidad" e investigadores
6. Imaginar representaciones de las necesidades comunitarias
7. Diseñar acciones que transformen
8. El resultado debe impactar favorablemente a la población
9. Las colaboraciones reforman
10. Democratizar el poder, decisiones y atención a las necesidades sociales
11. Empoderar a los miembros de la comunidad (incorporarlos, consultarlos, involucrarlos y compartir el liderazgo son las claves de un estudio)

Investigación-acción participativa o cooperativa En ésta los participantes pueden fungir como coinvestigadores ya que necesitan interactuar de manera constante con los datos. Del planteamiento a la elaboración del reporte.

[16] Los resultados del proceso de investigación-acción, en este caso, sugirieron varias medidas para afrontar la crisis de los centros médicos considerados, entre éstas: reestructuración administrativa, paros de trabajadores, fusiones y alianzas entre hospitales, reducir la contratación de médicos y modificar los esquemas de dirección de los centros hospitalarios.

Veamos algunos ejemplos.

Balcazar, García-Iriarte y Suárez-Balcazar (2009) llevaron a cabo un estudio de investigación-acción participativa junto con un grupo de inmigrantes colombianos de Chicago (Estados Unidos), con el objetivo de identificar sus preocupaciones más comunes e implementar esfuerzos de autoayuda para enfrentar sus necesidades más apremiantes. Los 261 participantes completaron una encuesta de evaluación de necesidades y 46 asistieron a un foro público de discusión. Posteriormente, se organizaron grupos de voluntarios para planear y desarrollar acciones que atendieran las necesidades detectadas. Entre éstas se elaboró una guía para el cuidado de la salud y los servicios sociales del estado de Illinois, la cual se distribuyó ampliamente en la comunidad.

Asimismo, Fine y Torre (2006) llevaron a cabo un proyecto de investigación-acción en el marco de un programa universitario de una prisión de máxima seguridad para mujeres en Estados Unidos de Norteamérica. Entre otras cuestiones se analizaron problemáticas de abuso y violencia estructural, además de proponer acciones para combatirlas.[17]

Kamali (2007) efectuó dos estudios de investigación-acción participativa en zonas rurales iranís para analizar y mejorar tanto la comunicación como la colaboración entre empleados estatales dedicados al desarrollo social y trabajadores agrícolas (hombres y mujeres), así como crear conciencia de la equidad de género que debe existir. Las investigaciones sirvieron no solamente para conocer las actitudes de todos los participantes, así como los factores socioculturales que intervienen en las actividades laborales y las barreras, sino para lograr procesos de trabajo más democráticos, participativos y equitativos entre géneros. Algo sumamente meritorio en un sistema predominantemente patriarcal.

Ejemplos de revistas de investigación-acción *Systemic Practice and Action Research, Educational Action Research, Action Research, AI Practitioner, Action Learning: Research and Practice* y *Participatory Learning and Action*.

Algunos de los temas y categorías emergentes que constituyen barreras a la comunicación entre los empleados gubernamentales y los campesinos se muestran en la tabla 15.8:

Tabla 15.8 Temas y categorías emergentes de los estudios de Kamali (2007)

Tema: factores socioculturales	Tema: actitudes burocráticas	Tema: barreras vinculadas al género o inequidad	Tema: otras barreras y cuestiones
Categorías	Categorías	Categorías	Categorías
Discriminación contra los campesinos y las mujeres	Barreras burocráticas en el Ministerio de Agricultura del Jihad (*MAJ*) para implementar proyectos de participación comunitaria (social)	Pocas oportunidades para las mujeres campesinas para realizar actividades sociales	Bajos niveles de conocimiento de la mayoría de los trabajadores respecto al desarrollo participativo
Experiencia y práctica mínimas en proyectos participativos	Estructuras gubernamentales de participación inadecuadas	Bajo nivel de alfabetización	Los proyectos participativos requieren de tiempo, del cual no siempre se dispone
Actitudes de no colaboración en un nivel social macro	Creencias negativas y escasa conciencia de varios gestores sobre el valor del desarrollo rural participativo	Poca atención al estatus de la mujer por parte de la comunidad y el *MAJ*	
	Falta de un sistema que claramente recompense al personal del *MAJ* que sea creativo y se encuentra motivado y comprometido		

[17] Las reclusas cumplieron funciones de investigadoras, pero no aparecieron como coautoras porque ello implicaba poner en riesgo su seguridad.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Para concluir

Cabe señalar que los diferentes diseños cualitativos frecuentemente pueden aplicarse al mismo problema de investigación y comparten diversas similitudes (por ejemplo, en todos se observa, se recaban narrativas, se efectúa codificación, se generan categorías emergentes y se vinculan entre sí para producir entendimiento y teoría). De hecho, una investigación cualitativa puede incluir elementos de más de una clase de diseño. Lo que los diferencia es el marco de referencia, lo que cada tipo pretende lograr y el producto resultante al final del estudio (Creswell *et al.*, 2007). Desde luego, hay otras clases de diseños, aquí se trataron las fundamentales.

Una recomendación al lector es que más que preocuparse sobre si su estudio es de un tipo u otro, su atención tiene que centrarse en realizar la investigación de manera sistemática y profunda, así como en responder al planteamiento del problema.

Resumen

- En el enfoque cualitativo, el diseño se refiere al "abordaje" en general que habremos de utilizar en el proceso de investigación.
- El diseño, al igual que la muestra, la recolección de los datos y el análisis, surge desde el planteamiento del problema hasta la inmersión inicial y el trabajo de campo; desde luego, va sufriendo modificaciones, aun cuando es más bien una forma de enfocar el fenómeno de interés.
- Los principales tipos de diseños cualitativos son: *a*) teoría fundamentada, *b*) diseños etnográficos, *c*) diseños narrativos, *d*) diseños fenomenológicos y *e*) diseños de investigación-acción. Los estudios de caso cualitativos se pueden revisar en el centro de recursos en línea.
- El planteamiento básico del diseño de teoría fundamentada es que las proposiciones teóricas surgen de los datos obtenidos en la investigación, más que de los estudios previos.
- Se han concebido fundamentalmente dos diseños de teoría fundamentada: *a*) sistemático y *b*) emergente.
- El procedimiento regular del análisis de teoría fundamentada es: codificación abierta, codificación axial, codificación selectiva, generación de teoría.
- Los diseños etnográficos pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades.
- Existen varias clasificaciones de los diseños etnográficos. Creswell (2013b) los divide en: realistas, críticos, clásicos, microetnográficos y estudios de caso.
- En los diseños etnográficos el investigador, por lo general, es completamente un observador participante.
- Los diseños etnográficos investigan colectividades que comparten una cultura: el investigador selecciona el lugar, detecta a los participantes y, por último, recolecta y analiza los datos.
- En los diseños narrativos el investigador recaba datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Le incumbe la sucesión de eventos.
- Los diseños narrativos pueden referirse: *a*) toda la historia de vida de un individuo o grupo, *b*) un pasaje o época de dicha historia de vida o *c*) uno o varios episodios de diferentes participantes.
- Mertens (2010) divide a los estudios narrativos en: *a*) de tópicos (enfocados en una temática, suceso o fenómeno), *b*) biográficos (de una persona, grupo o comunidad; sin incluir la narración de los participantes "en vivo", ya sea porque fallecieron, porque no recuerdan a causa de su edad o enfermedad, o son inaccesibles), *c*) autobiográficos (de una persona, grupo o comunidad incluyendo testimonios orales "en vivo" de los actores participantes).
- Existen dos esquemas principales para que el investigador narre una historia: *a*) estructura problema-solución y *b*) estructura tridimensional.
- Los diseños fenomenológicos tienen como propósito principal explorar, describir y comprender las experiencias de las personas con respecto a un fenómeno y descubrir los elementos en común y diferentes de tales vivencias.
- El fenómeno se identifica desde el planteamiento y puede ser tan variado como la amplia experiencia humana.
- En ocasiones el objetivo es descubrir el significado de un fenómeno para varias personas.
- La finalidad de la investigación-acción es resolver problemáticas y mejorar prácticas concretas. Se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales.
- Tres perspectivas destacan en la investigación-acción: la visión técnico-científica, la visión deliberativa y la visión emancipadora.
- Creswell (2013b) considera dos diseños fundamentales de la investigación-acción: práctico y participativo.
- El diseño participativo implica que las personas interesadas en resolver la problemática ayudan a desarrollar todo el proceso de la investigación: de la idea a la presentación de resultados.
- Las etapas o ciclos para efectuar una investigación-acción son: detectar el problema de investigación, formular un plan o programa para resolver la problemática o introducir el cambio, implementar el plan y evaluar resultados, además de generar realimentación, la cual conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

Conceptos básicos

- Categoría
- Categoría central
- Codificación abierta
- Codificación axial
- Codificación selectiva
- Códigos en vivo
- Diseño de investigación cualitativa
- Diseño emergente
- Diseño participativo
- Diseño práctico
- Diseño sistemático
- Diseños de investigación-acción
- Diseños de teoría fundamentada
- Diseños etnográficos
- Diseños fenomenológicos
- Diseños narrativos
- Etnografía
- Hipótesis
- Investigación-acción participativa
- Narrativa
- Tema
- Teoría fundamentada

Ejercicios

1. Detecte una problemática en su barrio, colonia, municipio o comunidad (de cualquier índole). Una vez que la tenga definida obsérvela directamente (sea testigo directo) en el lugar donde ocurre y tome notas reflexivas sobre ella (en consonancia de la problemática, la observación le puede tomar horas o días). ¿Cómo puede describirse? ¿A quiénes afecta o incumbe? ¿De qué magnitud es de acuerdo con su percepción? ¿Cómo se manifiesta? ¿Cuánto hace que persiste? ¿Qué intentos se han efectuado por resolverla?

   Realice algunas entrevistas sobre la problemática con vecinos y en general con habitantes del lugar donde vive (digamos cuatro a cinco entrevistas). Transcríbalas y analícelas, de acuerdo con cualesquiera de los diseños de la teoría fundamentada. ¿Cuáles son las categorías y temas más importantes que emergieron del análisis? ¿Cómo se relacionan estos temas? ¿Cuál es la esencia del problema (categoría central)? ¿Cuáles son las causas? ¿Cuáles sus consecuencias? ¿Cuáles las condiciones intervinientes? Recuerde que no debe mezclar sus opiniones con las de los participantes, deje que ellos expresen de manera amplia sus puntos de vista (no introduzca sesgos). Posteriormente, lleve a cabo una sesión de enfoque sobre la problemática (cuatro o cinco personas). Una vez más, no influya en los participantes. En la reunión también haga preguntas sobre si la cultura (creencias, costumbres, participación, etc.) del barrio o comunidad puede facilitar o no la solución del problema. Transcriba la sesión y analícela siguiendo el modelo de teoría fundamentada. Responda a las preguntas mencionadas en la entrevista. Compare los resultados de la sesión con los de las entrevistas: ¿qué coincidencias y diferencias encuentra? Elabore un reporte con los resultados de la sesión y las entrevistas. Incluya en el reporte una narración del problema mediante la estructura problema-solución. Agregue sus conclusiones.

   Organice otra sesión para recabar ideas sobre cómo resolver o enfrentar la misma problemática, con otros participantes distintos a los de la sesión anterior (que seguramente ya aportaron soluciones) y de ser posible invite a un líder de la comunidad. Elabore con ellos un plan que incorpore las ideas de todos y las suyas propias. Analice los obstáculos que tendría tal plan. Idealmente, implemente el plan y evalúe. Documente la experiencia que abarca: teoría fundamentada, análisis narrativo y fenomenológico, así como algo de etnográfico. La problemática puede ser en una universidad, empresa o sindicato.
2. Platique con uno de sus mejores amigos sobre cuál ha sido la experiencia que le ha generado mayor satisfacción o alegría. Tome notas y de ser posible grábela en audio o video, vea si está reflejada en sus páginas de las redes sociales que comparten; genere temas de la experiencia y vuelva a narrar la historia con todos sus elementos: ¿dónde y cuándo ocurrió? ¿Cuál es su significado? ¿Qué implicaciones tiene? ¿Quiénes participaron?, etcétera.
3. Documente y analice una cultura antigua o actual (egipcia, romana, azteca, maya, los godos, la de su país; la subcultura de un grupo de música o equipo de fútbol, etc.). ¿Qué características o rasgos distintivos tiene? ¿En qué creía esa cultura? (pueden considerarse muchos aspectos, pero con estos dos nos conformaremos).
4. Respecto de su planteamiento sobre el problema de investigación cualitativo, del que ya consideró cuál sería la unidad de análisis inicial y el tipo de muestra dirigida, así como los instrumentos que utilizaría para recolectar los datos. ¿Qué diseño o diseños cualitativos serían pertinentes para el estudio?

Ejemplos desarrollados

La guerra cristera en Guanajuato

El estudio es esencialmente de carácter narrativo y fenomenológico. Para cada población, una vez realizada la inmersión en el campo, se procedió a recolectar datos por medio de: *a*) documentos, *b*) testimonios obtenidos por entrevistas, *c*) objetos y *d*) observación de sitios. Los distintos tipos de datos primero fueron analizados por separado y luego en conjunto.

Las entrevistas constituyeron el eje de los reportes, en torno a éstas se desarrolló una descripción narrativa de cada comunidad, la cual incluía las experiencias de los participantes y su significado con respecto a la guerra cristera (los objetos, documentos y observaciones complementaron las entrevistas y se agregaron a la narración). La mayoría de las narraciones se basaron en los siguientes temas, que fueron en su mayoría generados inductivamente:[18]

- Datos sobre el desarrollo de la guerra cristera en la comunidad (fechas de inicio, terminación y hechos relevantes, número de víctimas, templos cerrados, etcétera).
- Circunstancias de la comunidad (hoy en día todas son municipios): antecedentes específicos de cada población, situación al inicio de la conflagración, durante ésta y al terminar.
- Levantamiento en armas: a partir del 31 de julio de 1926, cómo ocurre la rebelión en cada lugar.
- Cristeros: descripción, perfiles, motivaciones, formas de organización y nombres de los líderes.
- Armamento: características de las armas y la manera en que los grupos cristeros se abastecían de armas y "parque" (municiones).
- Manutención y apoyo: qué personas, que no participaron en la lucha, apoyaron a los cristeros (contactos) y cómo proveían a éstos de comida, dinero, armas y noticias sobre las posiciones del Ejército del Gobierno Federal.
- Símbolos y lenguaje cristeros: tema con las siguientes categorías:
  - *a*) Estandartes
  - *b*) Lemas
  - *c*) Gritos de lucha
  - *d*) Oraciones
  - *e*) Objetos religiosos
  - *f*) Otros
- Tropas federales: nombres y descripción de los soldados del Ejército del gobierno federal.
- Lugares estratégicos de los cristeros. Tema con dos categorías:
  - *a*) Cuarteles
  - *b*) Escondites
- Cuarteles federales. Tema con tres categorías:
  - *a*) Claustros de monjas y escuelas religiosas
  - *b*) Iglesias
  - *c*) Haciendas
- Enfrentamientos: luchas armadas entre federales y cristeros.
- Fusilamientos, asesinatos y ejecuciones. Tema con las siguientes categorías:
  - *a*) De cristeros
  - *b*) De federales
  - *c*) De sacerdotes
- Injusticias. Este tema se integra por las siguientes categorías:
  - *a*) Robos por parte de los cristeros
  - *b*) Robos por parte de los federales
  - *c*) Asesinatos de personas inocentes
- Misas ocultas (recordemos que estaban prohibidas por la Ley Calles): descripción de cómo en casas particulares se realizaban las misas.
- Sacerdotes perseguidos, con las categorías:
  - *a*) Modo de vida de sacerdotes que se escondían
  - *b*) Torturas y fusilamientos
- El papel de la mujer en la guerra cristera: cómo las mujeres, participaron y apoyaron el conflicto.
- Tradición oral. Tema con las categorías:
  - *a*) Leyendas
  - *b*) Sucesos
  - *c*) Oraciones
  - *d*) Corridos (formas musicales y literarias populares en México)
- Final de la guerra cristera (versión oficial): qué aconteció en cada municipio cuando las iglesias son reabiertas y los cultos son permitidos de nuevo (1929).
- Continuación real de las hostilidades (1929-1940): en la mayoría de los municipios el conflicto prosiguió. En algunos casos la persecución cristera se mantuvo, en otros, los rencores y venganzas por parte de ambos bandos perpetuó la conflagración local, y en ciertos lugares, con el pretexto del conflicto cristero, se continuó luchando, pero por otros motivos (posesión de tierras, levantamiento contra terratenientes, etcétera).
- Secuelas actuales (siglo XXI), con las siguientes categorías:
  - *a*) Santuarios donde se venera a los mártires en nuestros días
  - *b*) Monumentos en memoria de los cristeros caídos
  - *c*) Peregrinaciones y fiestas para recordar el movimiento y a los mártires

[18] Como ocurre en la investigación cualitativa, durante las entrevistas iniciales de la primera comunidad analizada, se generaron ciertas categorías y temas; después, emergieron otros. Al considerar a la segunda población, surgieron categorías y temas adicionales; lo que requirió volver a codificar las entrevistas de la primera comunidad, y así sucesivamente. Al final, se hizo una recodificación de todas las entrevistas en todas las poblaciones y fue cuando se agregó el análisis de objetos, documentos y observaciones.

d) Testimonios de milagros: exvotos y narraciones
e) Beatificaciones y santificaciones

Al final, se presentó una narración general y un modelo de entendimiento de este conflicto armado (con base en las narraciones de las distintas poblaciones consideradas).

Consecuencias del abuso sexual infantil

Esta investigación es de naturaleza fenomenológica (se analizaron los significados de las experiencias de abuso sexual de las participantes) y su método de análisis fue el de teoría fundamentada (diseño sistemático). El modelo resultante ya se presentó en el capítulo anterior. Recordemos que las categorías centrales (fenómeno) fueron dos: *sentimientos amenazantes o peligrosos* y *carencia de ayuda, impotencia* y *falta de control*.

Centros comerciales

El diseño que guió el estudio fue el de teoría fundamentada en su versión "emergente". Simplemente se codificaron las transcripciones de las sesiones y se generaron las categorías y temas (obviamente, también se consideró el material en video).

Se elaboró un reporte por cada centro comercial (en las urbes de más de tres millones de habitantes hay por lo menos dos centros comerciales de la cadena u organización en estudio, en ciudades intermedias con menos de tres millones de habitantes, solamente se ubica un centro comercial). Cada centro tiene entre 100 y 300 establecimientos o comercios, incluyendo de dos a cuatro tiendas departamentales grandes (20 a 40 secciones).

Mostramos las principales categorías que emergieron en los siete grupos de enfoque organizados para uno de los centros comerciales, en un tópico concreto.

Área 2: Atributos del centro comercial
Temática

- Identificación y definición de los atributos, oportunidades y factores críticos de éxito del centro comercial ideal.
  Pregunta: ¿qué factores son importantes para elegir un centro comercial como el preferido?
  Categorías: las 10 primeras fueron recurrentes en todas las sesiones y se "saturaron" más rápidamente.

El ambiente
Variedad de tiendas
Tranquilidad
Limpieza
Ubicación
La gente ("parecida a mí"), mismo nivel socioeconómico
Cercanía
Seguridad
El diseño, la arquitectura
Decoración
Buenos servicios
La comodidad
La comida
Las instalaciones (escaleras eléctricas, elevadores, facilidades de acceso, amplitud de pasillos, etcétera)
Su exclusividad
La iluminación
Estacionamiento (amplitud y accesibilidad)
Los precios
El lugar pequeño
Las chicas, mujeres que van
Estilo de la plaza ("personalidad moderna")
La ropa (variedad, calidad y marcas)
La calidad de los productos de las tiendas (en general)
Los bancos
Área de comida rápida
Los "chavos", hombres jóvenes
La diversión
No hay mucho ruido
El tamaño
Los eventos (conciertos, espectáculos y otros)
El resto de las categorías fueron mencionadas con menor frecuencia

Niños con discapacidad visual

Diseño basado en la teoría fundamentada (vertiente emergente).

Los investigadores opinan

El libro ha sido muy útil en el trabajo de investigación tanto en mi propia investigación, como en la que puedo dirigir a los estudiantes de psicología.

El investigador, sea estudiante o profesional en cualquier área, debe tener claro el camino a seguir en la investigación que desarrolla. La ilustración que hace el libro con ejemplos tan específicos, permite arrojar luz en la comprensión de una aplicación concreta del desarrollo de las partes de la investigación. Esto es algo que debe tener claro el estudiante y el investigador. Otro ejemplo muy útil del libro es el esfuerzo que hace por superar la dicotomía entre método cuantitativo y cualitativo, mediante ejemplos concretos. La posibilidad de encontrar ejemplos que "ponen en diálogo" ambos métodos ha sido muy útil para integrar antes que separar y poner en conflicto.

El investigador y el estudiante logran ver de manera más clara, aunque respetando los presupuestos epistemológicos de ambos métodos, que es posible trabajar con modelo mixto.

Fernando A. Muñoz M.
Director general académico
Universidad Católica de Costa Rica

capítulo

16 El reporte de resultados del proceso cualitativo

En los momentos en que él se me acercaba para consumar el abuso, abrazaba a mi oso Óscar para que me diera fuerza, y cuando iba perdiendo esa fuerza, pensaba en Dios, y al hacerlo, me alejaba de allí, volaba y todo se veía muy lejos, tan lejos... que el dolor desaparecía. Esos escapes al cielo, me permitieron sobrevivir.

Testimonio de una sobreviviente
del abuso sexual en su infancia

Los buenos reportes cualitativos están colmados de maravillosas lecciones de vida.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación cualitativa

Paso 5 Elaborar el reporte de resultados cualitativos

- Definición del usuario.
- Selección del tipo de reporte a presentar de acuerdo con el usuario: contexto académico o no académico, formato y narrativa.
- Elaboración del reporte y del material adicional correspondiente.
- Presentación del reporte.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

1. Reconocer los tipos de reportes de resultados en la investigación cualitativa.
2. Comprender los elementos generales que integran un reporte de la investigación cualitativa y aquellos específicos de acuerdo con el diseño elegido como predominante.
3. Visualizar la manera de estructurar el reporte de un estudio cualitativo.

Síntesis

En el capítulo se revisa la estructura general que caracteriza a un reporte de la investigación cualitativa, de acuerdo con el diseño predominante. Por otra parte, se señala que los reportes cualitativos pueden ser, al igual que los cuantitativos, académicos y no académicos. Además, se dan recomendaciones para su elaboración.

También, se destacan tres aspectos importantes en la presentación de los resultados: la narrativa general, el soporte de las categorías con ejemplos y los elementos gráficos. Asimismo, se insiste en que el reporte debe ofrecer una respuesta al planteamiento del problema y señalar las estrategias que se usaron para abordarlo, así como los datos que fueron recolectados, analizados e interpretados por el investigador.

Sus elementos son:

- Narrativa general
- Soporte de categorías
- Relaciones entre categorías
- Elementos gráficos

Sus objetivos son:

- Describir el estudio
- Señalar estrategias
- Fundamentar el análisis
- Comunicar resultados

Los tipos de reporte dependen de:

- Las razones del estudio
- Los usuarios y lectores
- El contexto de la presentación, que puede ser:
  - Académico
  - No académico

Reporte de resultados del proceso cualitativo

En su elaboración se utiliza un estilo de publicaciones:

- APA, Vancouver, Harvard, Chicago y otros

Y se evalúa:

- Encuadre general
- Redacción
- Forma y escritura
- Método (procedimientos y análisis)

Su estructura se forma de:

- Portada
- Índices (de contenidos, figuras y tablas)
- Resumen o sumario
- Cuerpo del documento
- Referencias o bibliografía
- Apéndices

Sus características (narrativa central, producto final y tipos de categorías que se presentan) depende del abordaje principal: teoría fundamentada, etnográfico, narrativo, fenomenológico, investigación-acción

Los estudios de caso cualitativos se revisan en el capítulo 4 del centro de recursos en línea

Centro de recursos en línea

Reportes de resultados de la investigación cualitativa

1

Los reportes de resultados del proceso cualitativo comparten diversas características con los reportes cuantitativos: mismos tipos (tesis, informes técnicos, artículos, capítulos de libros, afiches, etc.) y contextos (académico y no académico), exigencias de extensión y propósito (responder al planteamiento del problema). Por tal razón, no se repetirán estos temas. Para ello se recomienda al lector revisar previamente el capítulo 11. Desde luego, los reportes cualitativos son más flexibles y lo que los diferencia es que se desarrollan mediante una forma y esquema narrativos. Asimismo, deben fundamentar las estrategias que se usaron para abordar el planteamiento, así como los datos que fueron recolectados, analizados e interpretados por el investigador (McNiff y Whitehead, 2009; y Munhall y Chenail, 2007).

A continuación se comentan algunas propiedades y se dan recomendaciones para elaborar informes cualitativos.

- El reporte cualitativo es una exposición narrativa donde se presentan los resultados con todo detalle (Savin-Baden y Major, 2013, Neuman, 2009 y Merriam, 2009), aunque deben obviarse los pormenores que conozcan los lectores (Williams, Unrau y Grinnell, 2005). Por ejemplo, supongamos que presentamos a la junta directiva de un hospital una investigación sobre la relación entre un grupo de médicos y sus pacientes terminales, la descripción del ambiente (el hospital) debe ser muy breve, ya que los miembros de la junta lo conocen.
- Esterberg (2002) sugiere que al inicio nos cuestionemos qué es importante incluir y excluir.
- En el reporte de la indagación cualitativa, las descripciones y narraciones utilizan un lenguaje vívido, fresco y natural, así como un estilo más personal.
- El lenguaje no debe ser "sexista" ni discriminatorio.
- Las secciones del reporte deben relacionarse entre sí por un "hilo conductor" (el último párrafo de una sección con el primero de la siguiente sección).
- En los reportes, además de descripciones y significados deben incluirse fragmentos de contenido o testimonios (unidades de análisis) expresados por los participantes de cada categoría y tema emergente (citas textuales cortas y largas, en su lenguaje natural, aunque las palabras sean incorrectas desde el punto de vista gramatical o puedan ser consideradas "impropias" por algunas personas). Recordemos que hay categorías comunes a cualquier estudio cualitativo: del ambiente, del fenómeno o problema de investigación, de los participantes y de las interpretaciones del investigador.
- Para enriquecer la narración o historia central se recomienda usar ejemplos, anécdotas, metáforas y analogías.
- Tal narración puede redactarse en primera persona y comenzar con una historia costumbrista, un testimonio, una reflexión, una anécdota o de manera formal. Incluso, como mencionan Creswell (2013b) y Cuevas (2009), puede no solamente iniciarse, sino estructurarse, a manera de "cuento",[1] "novela" u "obra de teatro", es decir, con estilo "narrativo".
- Las contradicciones deben especificarse y aclararse.
- En la interpretación de resultados y la discusión: se revisan los hallazgos más importantes y se incluyen los puntos de vista y las reflexiones de los participantes y del investigador respecto al significado de los datos, los resultados y el estudio en general; además de evidenciar las limitaciones de la investigación y hacer sugerencias para futuras indagaciones.
- Se deben diferenciar con claridad las narraciones de los participantes, las del investigador y las interpretaciones de éste.
- El investigador debe ser honesto con la audiencia del estudio respecto a su posición personal, incluyendo en el reporte una breve sección en la que explique su papel y perspectiva respecto al fenómeno y los hechos; además de sus antecedentes, valores, creencias y experiencias que podrían influir en su visión sobre el problema analizado. También, en caso de que así sea, debe reportar si

[1] Se aclara, a "manera de cuento", no que sea un "cuento" (con narraciones exageradas, por ejemplo). El buen reporte cualitativo es realista y demuestra que el estudio es creíble.

tiene alguna conexión (personal, laboral, etc.) con los participantes (Cuevas, 2009 y Zemliansky, 2008). Para ello, las anotaciones, particularmente las personales, le son de gran utilidad.

- Debemos cuidar los detalles en todo el informe, no solamente en la narración, sino en la estructura.
- El análisis, la interpretación y la discusión en el reporte deben incluir: las descripciones profundas y completas (así como su significado) del contexto o ambiente (categorías de éste); de los participantes; los lugares, objetos, eventos y situaciones; las categorías, los temas y patrones emergentes relacionados con el planteamiento del problema, y sus vínculos (hipótesis y teoría).
- Mertens (2010) sugiere que la mayoría de los reportes deben contener la historia del fenómeno o hecho revisado, la ubicación del lugar donde se llevó a cabo el estudio, el clima emocional que prevaleció durante la investigación, las estructuras organizacionales y sociales del ambiente. Así como las reglas, los grupos y todo aquello que pueda ser relevante para que el lector comprenda el contexto en términos del estudio presentado.
- En ocasiones se pueden agregar las transcripciones como anexos, para fines de auditoría o simplemente para que cualquier lector pueda profundizar en la investigación (Mertens, 2010). Incluso, un investigador podría publicarlas en una página electrónica donde puedan ser revisadas. Pero es necesario recordar que nunca se identifica por su nombre verdadero a los participantes. La confidencialidad es absoluta.
- Se deben incluir todas las voces o perspectivas de los participantes, al menos las más representativas (las que más se repiten, las que se refieren a las categorías más relevantes, las que expresan el sentir de la mayoría). Los marginados, los líderes, las personas comunes, hombres y mujeres, etc.; todos tienen el derecho de ser escuchados y de que hagamos eco de sus necesidades, sentimientos y declaraciones. Por ejemplo, en el estudio de la guerra cristera, el tema fundamental (o uno de las más importantes) fue el ataque a la libertad de culto y símbolos religiosos (cierre de templos, prohibición de decir y oír misas y de reunirse en las iglesias), entonces es necesario incluir las diferentes voces o expresiones sobre este tema (sacerdotes no combatientes, sacerdotes combatientes, soldados cristeros, devotos, soldados del ejército federal, población común que no peleó en las batallas o escaramuzas, etc.). Si no se escuchó alguna manifestación (es decir, no se pronunció durante la recolección de los datos), al elaborar el reporte nos debemos cuestionar por qué y tal vez hasta sea conveniente regresar al campo para recabar esas voces perdidas o, al menos, conocer los motivos de su silencio.
- Antes de elaborar el reporte debe revisarse el sistema completo de categorías, temas y reglas de codificación.
- Sandelowski y Leeman (2012) sugieren que en el informe se traduzcan los resultados en oraciones temáticas y en intervenciones, sugerencias de mejora, iniciativas o cambios requeridos.
- No olvide utilizar la función de sinónimos y antónimos y busque en internet diccionarios de términos cualitativos. Utilice los recursos en línea: manuales de estilos de publicaciones y el documento: "Indicaciones para la elaboración de un manuscrito original".

Centro de recursos en línea

En la tabla 16.1 se comparan algunas cuestiones que se ponen de relieve en el reporte, dependiendo del diseño o abordaje predominante.[2]

Tabla 16.1 Características del reporte cualitativo dependiendo del tipo de diseño

Característica	Teoría fundamentada	Etnográfico	Narrativo	Fenomenológico	Investigación-acción
Narrativa central desarrollada a partir de...	El modelo o teoría generada	El retrato del lugar y la cultura estudiada	La secuencia de eventos y pasajes de vida	Las experiencias comunes y diversas de los participantes respecto al fenómeno	La conexión entre la problemática y las soluciones

(*continúa*)

[2] Una vez más se excluye el estudio de caso cualitativo que puede revisarse en el capítulo 4 del centro de recursos en línea: "Estudios de caso".

Centro de recursos en línea

Tabla 16.1 (*continuación*)

Característica	Teoría fundamentada	Etnográfico	Narrativo	Fenomenológico	Investigación-acción
Producto final que responde al planteamiento y que incluye las categorías emergentes	Modelo o teoría (conjunto de proposiciones o hipótesis)	Descripción de la cultura: estructura, procesos y temas culturales	Cronología de eventos o historias contadas por los participantes, encadenadas entre sí y vueltas a narrar por el investigador (pasado, presente y futuro o principio, intermedio y final)	Descripción del fenómeno (experiencia compartida) Similitudes y diferencias entre experiencias	Diagnóstico y plan de acción o implementación del cambio
Tipos de categorías que se presentan	Componentes del modelo o teoría	Culturales	De interacciones y sucesión de eventos o pasajes de vida	De la descripción de las experiencias de los participantes y de la del investigador (diferenciadas)	De una problemática o necesidad de transformación y sus soluciones

Estructura del reporte cualitativo

2 Ya se mencionó que cada reporte es diferente, pero los elementos más comunes (sobre todo cuando se piensa publicarlo en una revista científica o en un documento técnico-académico) en un esquema muy general son los siguientes:[3]

1. Portada
2. Índices
3. Resumen
4. Cuerpo del trabajo
   - Introducción: incluye los antecedentes
   - Revisión de la literatura
   - Método
   - Análisis y resultados
   - Discusión
5. Referencias o bibliografía
6. Apéndices

1. Portada

Comprende el título de la investigación, el nombre del autor o los autores y su afiliación institucional, o el nombre de la organización que patrocina el estudio, así como la fecha y el lugar en que se presenta el reporte.

2. Índices

De contenido, tablas y figuras. Estos conceptos se introdujeron en el capítulo 11.

3. Resumen

Tiene las mismas características del reporte cuantitativo (por ejemplo, extensión), las cuales se explicaron en el capítulo 11. En la tabla 16.2 se presenta el resumen traducido de Morrow y Smith (1995, p. 24) como ejemplo.[4]

[3] Para evitar redundancias, no repetiremos algunos comentarios que son comunes con los reportes cuantitativos y que fueron hechos en el capítulo 11, como las portadas de las tesis y disertaciones.
[4] Se adaptó la redacción para hacerlo más comprensible en español.

Tabla 16.2 Ejemplo de un resumen de un artículo producto de investigación cualitativa

Los constructos de supervivencia y las formas de sobrellevar la situación de mujeres que sobrevivieron al abuso sexual durante su infancia

Susan L. Morrow

Department of Educational Psychology, University of Utah

Mary Lee Smith

Division of Educational Leadership and Policy Studies, Arizona State University

Resumen

Este estudio cualitativo investigó los constructos personales de supervivencia y afrontamiento de la situación crítica por parte de 11 mujeres que padecieron abuso sexual durante su niñez.

Se utilizaron como técnicas de recolección de datos: entrevistas en profundidad, un grupo de enfoque de 10 semanas de duración, evidencia documental, seguimiento mediante la verificación de resultados y conclusiones por parte de las mujeres participantes, y análisis cooperativo.

Poco más de 160 estrategias individuales fueron codificadas y analizadas, y se generó un modelo teórico que describe: a) las condiciones causales que subyacen al desarrollo de las estrategias de supervivencia y afrontamiento de la crisis que representa el abuso, b) los fenómenos que surgieron de esas condiciones causales, c) el contexto que influyó en el desarrollo de las estrategias, d) las condiciones intervinientes que afectaron el desarrollo de las estrategias, e) las estrategias actuales de supervivencia y afrontamiento del fenómeno y f) las consecuencias de tales estrategias.

Se identificaron subcategorías de cada componente del modelo teórico y son ilustradas por los datos narrativos. Asimismo, se discuten y valoran las implicaciones para la asesoría psicológica en lo referente a la investigación y práctica profesional.

4. Cuerpo del documento

Introducción

Incluye los antecedentes (tratados con brevedad), el planteamiento del problema (objetivos y preguntas de investigación, así como la justificación del estudio), el contexto de la investigación (dónde y cuándo se realizó), las categorías, los temas y patrones emergentes más relevantes (hallazgos)[5] y los términos de la investigación, al igual que las limitaciones de ésta. Es importante que se comente la utilidad del estudio para el campo académico y profesional.

Revisión de la literatura

Debemos recordar que todo estudio debe vincular sus resultados con los de investigaciones anteriores. Normalmente, en los reportes cualitativos se incluye la revisión de la literatura como un apartado o capítulo en sí mismo y además, en la presentación de resultados, se van comentando éstos en relación con los de estudios previos (se entreteje la narrativa general con el conocimiento que se ha generado respecto al planteamiento del problema) (Creswell, 2013b; Savin-Baden y Major, 2013; Yedigis y Weinbach, 2005; Ollerenshaw y Creswell, 2002; y Clandinin y Connelly, 2000). Los descubrimientos son producto de los datos emergentes, pero también encuentran apoyo en la literatura.

A continuación, incluimos segmentos del artículo de Morrow y Smith (1995) donde se vincula el estudio con la literatura previa, para que el lector vea un caso típico de uso de los antecedentes en un reporte cualitativo.[6]

[5] Adicionalmente, en teoría fundamentada, el modelo o teoría emergente abreviada; en un estudio etnográfico una descripción concisa de la cultura, en una investigación narrativa el evento general o historia de vida analizada y su secuencia; en un diseño básicamente fenomenológico, el fenómeno construido y en investigación-acción la problemática y la solución principal o la base del plan (en cualquier caso, en uno o dos párrafos).

[6] Morrow y Smith (1995, pp. 24-25). Las referencias citadas en el ejemplo no se incluyen en la bibliografía de este libro, puesto que fueron consultadas por las autoras para elaborar su reporte.

Ejemplo

Utilización de la literatura en un reporte cualitativo

El abuso sexual de niños y niñas parece existir a niveles de epidemia; se estima que entre 20 y 45% de las mujeres y entre 10 y 18% de los hombres en Estados Unidos y Canadá sufrieron agresiones sexuales durante su infancia. Los expertos concuerdan en que tales datos son subestimaciones de la realidad (Geffner, 1992; Wyatt y Newcomb, 1990). Aproximadamente una tercera parte de los estudiantes que acuden a recibir consejos en los centros de apoyo psicológico de las universidades reportan haber sido objeto de abuso sexual cuando eran niños (Stinson y Hendrick, 1992).

Dos modos primarios para comprender y responder a las consecuencias del abuso sexual infantil son los enfoques del síntoma y la construcción (Briere, 1989). Los investigadores y los practicantes han adoptado un enfoque orientado hacia el síntoma del abuso sexual. Es característico de la literatura académica y profesional representar las consecuencias del abuso sexual por medio de largas listas de síntomas (Courtois, 1988; Russell, 1986). Sin embargo, Briere (1989) alentó una perspectiva más amplia al abocarse a identificar los constructos y efectos centrales, como opuestos a los síntomas, del abuso sexual.

Mahoney (1991) explicó los procesos centrales de orden, tácitos y estructurales: de valor, realidad, identidad y poder; que subyacen en los significados personales o construcciones de la realidad. El autor acentuó la importancia de comprender las teorías implícitas del "yo" y el mundo que guían el desarrollo de patrones de afecto, pensamiento y conducta.

Varios autores (Johnson y Kenkel, 1991; Long y Jackson, 1993; Roth y Cohen, 1986) han relacionado las teorías del afrontamiento o manejo (Horowitz, 1979; Lazarus y Folkman, 1984) del trauma del abuso sexual. Desde luego, las teorías tradicionales del afrontamiento tienden a enfocarse en los estilos emocionales y de evitación del enfrentamiento, empleados comúnmente por mujeres supervivientes al abuso (Banyard y Graham-Bermann, 1993). Strickland (1978) subrayó la importancia de los practicantes (psicólogos, psiquiatras y otros expertos) en asesorar con exactitud a los individuos respecto de sus situaciones de vida, determinando la eficacia de ciertas estrategias de afrontamiento.

Método

Esta parte del informe describe cómo se llevó a cabo la investigación e incluye:

a) Contexto, ambiente o escenario de la investigación (lugar o sitio y tiempo, así como accesos y permisos). Su descripción completa y particularizada es muy importante.
b) Muestra o participantes (tipo, procedencia, edades, género o aquellas características que sean relevantes en los casos; y procedimiento de selección de la muestra). Una descripción amplia.
c) Diseño o abordaje principal (teoría fundamentada, estudio narrativo, etcétera).
d) Procedimientos: un resumen de cada paso en el desarrollo de la investigación: inmersión inicial y total en el campo, estancia en el mismo, primeros acercamientos. Descripción detallada de los procesos de recolección de los datos: qué datos fueron recabados, cuándo fueron obtenidos y cómo —forma de recolección y técnicas utilizadas—, la verificación y triangulación de fuentes y el posterior tratamiento de los datos —codificación, por ejemplo— y los registros que se elaboraron como notas y bitácoras.

Esta sección es breve en artículos de revistas académicas, pero extensa en reportes de investigación.

Algunas recomendaciones sobre cómo elaborar la descripción del ambiente o escenario son:

1. Primero se describe el contexto general, luego los aspectos específicos y detalles.
2. La narración debe situar al lector en el lugar físico y la "atmósfera social".
3. Los hechos y las acciones deben ser narrados de tal modo que proporcionen un sentido de "estar viendo lo que ocurre".
4. Se incluyen las percepciones y los puntos de vista respecto al contexto tanto de los participantes como del investigador, pero estas últimas hay que distinguirlas de las primeras.
5. Utilizar el proceso de codificación para generar una descripción del ambiente y los participantes (códigos para estas descripciones) (Creswell, 2013b).

Ahora se ilustra el método con el ejemplo de Morrow y Smith (1995, pp. 25-27).

Ejemplo

Presentación del método

Método

Los métodos cualitativos de investigación son particularmente apropiados para conocer los significados que las personas asignan a sus experiencias (Hoshmand, 1989; Polkinghorne, 1991). Con la finalidad de clarificar y generar un sentido de entendimiento en las participantes respecto a sus propias experiencias de abuso, los métodos utilizados involucraron:

a) Desarrollar de manera inductiva códigos, categorías y temas reveladores, más que imponer clasificaciones predeterminadas a los datos (Glaser, 1978).
b) Generar hipótesis de trabajo o afirmaciones emanadas de los datos (Erickson, 1986).
c) Analizar las narraciones de las experiencias de las participantes sobre el abuso, la supervivencia y el afrontamiento.

Participantes
Procedimiento
Entrada al campo
Fuentes de datos
} Ya ejemplificados en capítulos anteriores

Cada una de las 11 supervivientes del abuso sexual participaron en una entrevista en profundidad abierta, de 60 a 90 minutos de duración, en la cual se formularon dos preguntas: "Dígame, en la medida en que se sienta tranquila al compartir su experiencia conmigo, ¿qué le aconteció cuando fue abusada sexualmente?" y "¿cuáles fueron las maneras primarias (esenciales) por medio de las cuales usted sobrevivió?" Las respuestas de Morrow fueron escuchar activamente, reflexión con empatía y alientos mínimos.

Después de las entrevistas iniciales, siete de las 11 participantes se integraron a un grupo de enfoque. Cuatro fueron excluidas del grupo: dos que fueron entrevistadas después de que el grupo había comenzado y dos debido a que tenían otros compromisos. El grupo proporcionó un ambiente recíproco e interactivo (Morgan, 1988) y se centró en la supervivencia y el afrontamiento.

Análisis y resultados

Dentro de la narrativa general, se presentan las unidades de análisis, categorías, temas y patrones: descripciones detalladas y significados para los participantes, así como ejemplos ilustrativos de cada categoría; experiencias de los individuos y del investigador, además de los significados y reflexiones esenciales de este último, hipótesis y teoría; igualmente, el producto final (modelo, cultura, sucesión de eventos, fenómeno o plan). Debe aclararse cómo fue el proceso de codificación (abierta, axial y selectiva). Williams, Unrau y Grinnell (2005) sugieren el siguiente esquema de organización:

a) Unidades, categorías, temas y patrones (con sus significados), el orden puede ser de acuerdo con la forma como emergieron, por su importancia, por derivación o cualquier otro criterio lógico.
b) Descripciones, significados, anécdotas, experiencias o cualquier otro elemento similar de los participantes.
c) Anotaciones y bitácoras de recolección y análisis.
d) Evidencia sobre el rigor: dependencia, credibilidad, transferencia y confirmación; así como fundamentación, aproximación, representatividad de voces y capacidad de otorgar significado.

Otros autores recomiendan usar el producto mismo de la codificación para estructurar la sección o capítulo de resultados: que los temas o categorías más importantes (por su vínculo cercano al planteamiento, rol central en la teoría o en las explicaciones o mención) se utilicen como encabezados de los apartados (entre cinco y ocho) y de nuevo, cada uno debe mostrar diversas perspectivas de los participantes y respaldarse mediante la presentación de unidades o citas representativas y evidencia específica (Tracy, 2013; Creswell, 2013b; Sandelowski y Leeman, 2012; Dahlberg, Wittink y Gallo, 2010; y Holly, 2009).

Tres aspectos son los más importantes en la presentación de los resultados por medio del reporte: la narrativa o historia general, el soporte de las categorías (con ejemplos) y los elementos gráficos. En artículos de revistas estos elementos son sumamente breves, mientras que en documentos técnicos son más detallados.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Narrativa o historia general

Con respecto a la narración que describe los resultados, Creswell (2013b y 2005) explica diferentes formas de presentarla, las cuales se exponen a continuación. Primero, para cada forma de narración, se emplean ejemplos del estudio de la guerra cristera en Guanajuato (se muestra sólo el esquema básico en la tabla 16.3) y posteriormente otros ejemplos distintos (véase la tabla 16.4).

Tabla 16.3 Principales formas de exposición narrativa en la presentación de resultados de estudios cualitativos

Forma de exposición narrativa	Esquema
Secuencia cronológica	• Guerra cristera en Guanajuato Presentar los resultados por etapa: antecedentes previos a la guerra, inicio, combates, terminación, secuelas. O bien, por año: 1925-1933. (Desde el punto de vista oficial, la guerra concluyó en 1929, pero analizaríamos años posteriores, secuelas).
Por temas	• Guerra cristera en Guanajuato Presentar los resultados por los temas básicos: "circunstancias de la comunidad", "levantamiento en armas", "cristeros" (descripción, perfiles, motivaciones, formas de organización y nombres de los líderes), "armamento", "manutención y apoyo", "cierre de templos", etcétera.
Por relación entre temas	• Guerra cristera en Guanajuato Relación entre las causas y consecuencias (asesinato del párroco local, el cierre de templos en la zona, el saqueo de una iglesia y la organización de cristeros para levantarse en ciertos municipios). Vinculación entre temas (por ejemplo, entre "símbolos y lenguaje cristeros", "misas ocultas", "tradición oral" y otros).
Por un modelo desarrollado	• Guerra cristera en Guanajuato Efectos de cada causa, resultados finales. Causas: conflicto masones-católicos → conflictos de poderes Estado-Iglesia → asesinato de líderes en ambos lados → cierre de templos → levantamiento armado → negociaciones.
Por contextos	• Guerra cristera en Guanajuato Presentar los resultados por lugares, en este caso, por municipios: Celaya, Apaseo, Cortazar, etcétera.
Por actores	• Guerra cristera en Guanajuato La Iglesia, el Ejército Federal, los ciudadanos testigos, los combatientes cristeros y demás actores.
En relación con la literatura (comparar con el marco teórico)	• Guerra cristera en Guanajuato Discutir sobre la base de versiones históricas de la Iglesia, el Gobierno mexicano e historiadores. Cotejar nuestros resultados con los de diversos análisis efectuados previamente.
En relación con cuestiones futuras que deben ser analizadas	• Guerra cristera en Guanajuato Relación actual y futura entre la Iglesia católica y el Estado mexicano (cómo la guerra afectó esa relación a lo largo del resto del siglo xx, si alguna secuela se mantiene y si se espera en el futuro otro conflicto o no).
Por la visión de un actor central	• Guerra cristera en Guanajuato A partir de la visión de un líder importante, construir la exposición (con base en sus cartas, diario, entrevista, si vive, o entrevistas a sus descendientes).
A partir de un hecho relevante	• Guerra cristera en Guanajuato A raíz del levantamiento en armas en una zona, elaborar la discusión.
Participativa (cómo se vinculó el fenómeno con los participantes)	• Guerra Cristera en Guanajuato Sentimientos que provocó el movimiento en la población y cómo los hechos la afectaron.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 16.4 Formas de exposición narrativa en otros ejemplos

Forma de exposición narrativa	Estudio/Esquema
Secuencia cronológica	• Elección del cardenal jesuita argentino Jorge Mario Bergoglio como nuevo Papa en 2013
Por temas	• Violencia intramarital Violencia física, violencia verbal, violencia psicológica, otros tipos de violencia.
Por relación entre temas	• Depresión posparto Relación entre el "sentimiento de no ser autosuficiente" y el "ofrecimiento de ayuda por parte de familiares y amigos", vinculación entre causas y consecuencias, etcétera.
Por un modelo desarrollado	• Clima organizacional Las percepciones del clima organizacional departamental construyen las del clima organizacional total. La formulación narrativa describiría el clima en cada departamento y luego el de toda la empresa, al mismo tiempo evalúa cómo cada clima local afecta al clima general.
Por contextos	• Depresión posparto Manifestaciones en el hospital (inmediatas al parto), manifestaciones en el mediano plazo (ya viviendo en el hogar), manifestaciones en el largo plazo (trabajo, hogar, etcétera).
Por actores	• Depresión posparto Mujer que padece la depresión, esposo, hijos, otros. Una narración por cada actor y una por mujer, posteriormente una descripción narrativa general de las mujeres participantes en el estudio.
En relación con la literatura (comparar con el marco teórico)	• Atención (confortamiento) en la sala de terapia intensiva a pacientes que llegan con signos de dolor agudo (comparar con otros estudios como el de J. Morse) En la descripción se contrasta cada resultado con la literatura previa.
En relación con cuestiones futuras que deben ser analizadas	• Centros comerciales La descripción narrativa se construye a partir de las expectativas de lo que será un centro comercial en el futuro. Se exponen los resultados relativos a lo que son éstos ahora (atributos) y se describen los resultados para cada atributo.
Por la visión de un actor central	• Cultura organizacional Narración a partir de la visión y definición de la cultura de la empresa, por parte del presidente o director general de la compañía.
A partir de un hecho relevante	• Viudas Como consecuencia de la pérdida de la pareja, narrar las experiencias de cada participante.
Participativa (cómo se vinculó el fenómeno con los participantes)	• Epidemia por gripe aviar Narración de las consecuencias de la gripe sobre la economía de algunas familias con granjas avícolas y su modo de vida.

Tal vez la descripción narrativa más común sea por temas. Al respecto, Williams, Unrau y Grinnell (2005) sugieren un esquema que presentamos en la tabla 16.5.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

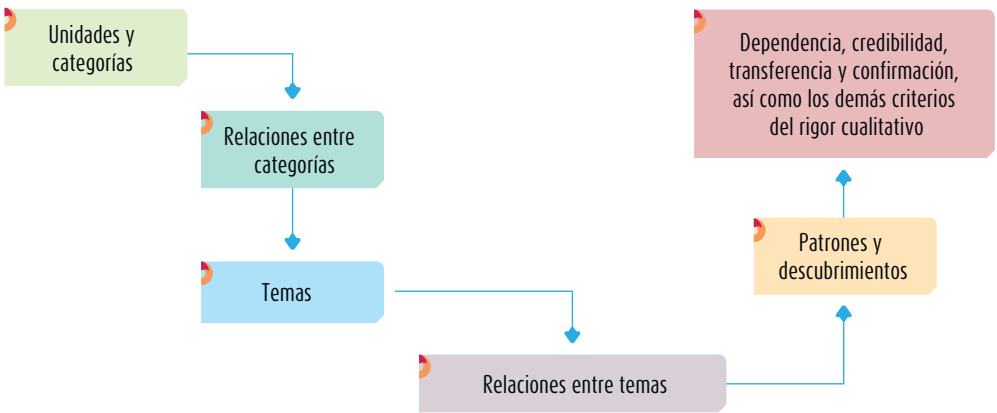
Tabla 16.5 Modelo de narración por temas

Tema 1 Unidades de significado: descripción Categorías: descripción y ejemplos de segmentos Anotaciones del investigador (bitácoras de campo y análisis) que sean pertinentes para el tema y sus categorías Definiciones, descripciones, comentarios y reflexiones sobre el tema
Tema 2 Unidades de significado: descripción Categorías: descripción y ejemplos Anotaciones del investigador (bitácoras de campo y análisis) que sean pertinentes para el tema y sus categorías Definiciones, descripciones, comentarios y reflexiones sobre el tema
Tema k Unidades Categorías Anotaciones Definiciones, descripciones, comentarios y reflexiones sobre el tema
• Relaciones entre categorías y temas (incluyendo modelos) • Patrones • Descubrimientos más importantes • Evidencia sobre la confiabilidad o dependencia, credibilidad, transferencia y confirmación

3 Ya se comentó que el orden de presentación de los temas y categorías puede ser cronológico (conforme fueron emergiendo), por importancia, por derivación (según cómo se van relacionando o concatenando entre sí), por su frecuencia (número de veces que se registra) o cualquier otro criterio lógico.

Otro esquema consiste en presentar los resultados por una secuencia inductiva (siguiendo el proceso de codificación que se muestra en la figura 16.1).

Figura 16.1 Secuencia inductiva para presentar los resultados.



Mertens (2010) también considera una narración por "focalización progresiva", primero en aspectos generales del contexto, los hechos y experiencias; y luego en los detalles de sucesos específicos y cotidianos, relaciones entre actores o grupos, y las categorías y los temas que surgieron.

Como ya se dijo, en algunos casos puede narrarse de manera histórica, novelada o teórica (primero por hipótesis emergente, luego por temas y categorías). La elección del tipo de descripción narrativa depende del investigador.

Para quienes elaboran por vez primera un reporte de resultados, sugerimos primero desarrollar un formato con los contenidos principales de categorías y temas, así como ejemplos, de modo que se facilite su inclusión. En la tabla 16.6 se muestra un modelo resumido de la investigación sobre la guerra cristera.

Soporte de las categorías

Como vimos, de cada categoría es necesario incluir ejemplos de unidades, como segmentos o citas textuales tomadas de entrevistas o sesiones grupales, de todos los grupos o actores (cuando son demasiados, de los más relevantes o significativos). Tales citas se intercalan con las interpretaciones del investigador o investigadora que resultaron del análisis (Creswell, 2013a y Cuevas, 2009).

Asimismo, recordemos que las categorías deben sostenerse con varias fuentes (por ejemplo, en el caso de la guerra cristera por testimonios, cartas, notas de prensa de la época y documentos de archivo). A esta clase de respaldo acordémonos que se le denomina "triangulación de datos y fuentes" y ayuda a establecer la dependencia y la credibilidad de la investigación. Lo mismo que presentar evidencia contraria, si es que se localizó al buscarla.

En el apartado de resultados, a veces durante la descripción de éstos y en otras ocasiones al final, se muestra la evidencia sobre el rigor del estudio (dependencia, credibilidad, etc.). Cuanta más evidencia se presente, es más probable que el informe sea aceptado por la comunidad científica. Finalmente, la investigación cualitativa depende en gran medida del juicio y disciplina del investigador; otros académicos y profesionales se preguntarán: ¿por qué debemos creerle? Así es que nuestros procedimientos deben estar plasmados en el reporte.

Tabla 16.6 Modelo resumido con los contenidos sobre la guerra cristera

Temas	Categorías	Ejemplos de segmentos recuperados	Texto para introducir el ejemplo
Fusilamientos, asesinatos y ejecuciones	De cristeros	"Bernardino Carvajal, que a poco —eso sí, los ejidatarios, a la vuelta, es decir, al mes—, lo sacaron de su casa, porque él se regresó a su casa, y lo mataron... de lo peor; en el Cerro de las Brujas, éste que está en 'Tenango el Nuevo', el cerro grande donde sacan la tierra, ese cerro que se ve de la carretera, que le llaman el 'Cerro de las Brujas'; ahí lo asesinaron. Que se cuenta, que hicieron con él lo que quisieron (suspira con lástima) Así... le fueron cortando por partes... ay, de lo peor..."	El cristero Bernardino Carvajal se regresó a su casa después del enfrentamiento. A finales de febrero, unos ejidatarios, en venganza, lo fueron a sacar de su casa y se lo llevaron al "Cerro de las Brujas", en Tenango el Nuevo. Después de mutilarlo le quitaron la vida.
		"...mi abuelo fue una de esas víctimas de los... Mi abuelo fue ahorcado precisamente porque (ehhh....) él era de los que le llevaban el alimento diario a estas personas, pero él no, como mucha gente, finalmente jamás se dio cuenta del origen de... de la guerra... Le digo de mi abuelo, porque mi madre, ella era una niña cuando aconteció todo esto. En ocasiones nos llevó a ver a donde había sido colgado el abuelo".	En la zona no se tiene noticia de ejecuciones colectivas, sólo de casos individuales y aislados. Entre estos casos se puede mencionar al abuelo del cronista Sáuza, que fungía como contacto de los rebeldes y al ser descubierto, fue ahorcado en un mezquite.
Injusticias	Asesinato de supuestas personas inocentes	"Yo estaba aquí cuando hicieron una entrada, ahí unos como cristeros que mataron ahí a varia gente pacífica. En la noche, eran como las ocho, las ocho y media de la noche. Mataron varias personas ahí, que no debían nada, esos señores".	Don Jesús también recuerda que llegaron a entrar a la ciudad...
Continuación real de las hostilidades	1940. Municipio de Juventino Rosas	"Mire, aquí en la población no pasó nada. Pero en las rancherías sí, por ejemplo, asaltaron a ejidatarios en el rancho de La Purísima, hubo varios muertos de los del ejido, porque asaltaron de noche y mataron varios".	Los conflictos siguieron en las rancherías del municipio todavía por los años 40. El último líder cristero era conocido como "La Coneja". Continuaron los asaltos por parte de los alzados, como el acaecido a principios de la década de 1940, cuando los rebeldes entraron al rancho de "La Purísima", mataron a unos ejidatarios y robaron.

Se recomienda que los códigos de las categorías que se presenten en el reporte sean breves, dos a cinco palabras (Creswell, 2013a), salvo que sean "en vivo". Asimismo, recordemos que las bitácoras de recolección de datos (con los distintos tipos de anotaciones) y la analítica (con los memos sobre el proceso de codificación) son otro soporte importante para los resultados. Sobra decir que toda categoría o tema presentado debe emerger de los datos (lo que los participantes comunicaron o los documentos o material revelaron en su contenido).

Elementos gráficos

Al igual que los reportes cuantitativos, los cualitativos se enriquecen con la ayuda de apoyos gráficos, los cuales se comentaron en el capítulo 14 (mapas, diagramas, matrices, jerarquías y calendarios). Por ejemplo: tablas y figuras. Incluso de frecuencias de la presencia de categorías o temas (conteo). Veamos algunos ejemplos.

Supongamos que hicimos una investigación para comparar los conceptos relativos al trabajo que son importantes para diferentes grupos de una empresa. Las categorías emergentes pueden colocarse en una tabla simple.

Ejemplo

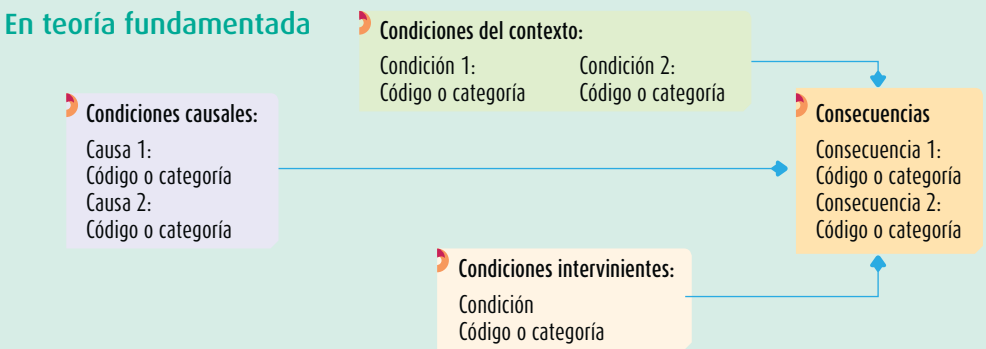
Conceptos relevantes para el trabajo

Directores	Gerentes	Empleados
1. Honestidad	1. Honestidad	1. Honestidad
2. Austeridad	2. Austeridad	2. Entrega en el trabajo (esfuerzo)
3. Lealtad	3. Productividad	3. Satisfacción
4. Productividad	4. Orgullo por trabajar en la empresa	4. Motivación

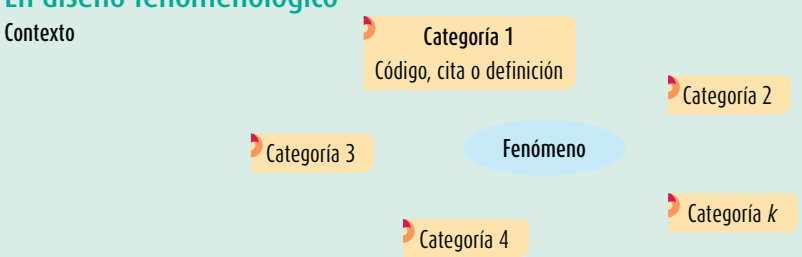
Asimismo, los códigos o nombres de categorías pueden incluirse en figuras que representen al diseño utilizado, y hasta acompañados de una cita o definición muy breve.

Ejemplo

En teoría fundamentada



En diseño fenomenológico



Cuando sea necesario publicar un artículo académico derivado de la investigación y nos soliciten que sea de 4 000 palabras o menos, debemos buscar maneras de condensar los resultados. Por ejemplo, una tabla para presentar los temas o patrones, las categorías y las citas abreviadas de los participantes.

Ejemplo

Tema o patrón 1			Tema o patrón 2		Tema o patrón k
Categoría 1	Categoría 2	Categoría 3	Categoría 4	Categoría 5	Categoría k
Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa
Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa
Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa	Cita ilustrativa

Recordamos al lector que en el centro de recursos en línea podrá encontrar ejemplos de reportes producto de estudios cualitativos con tablas y figuras ilustrativas.

Centro de recursos en línea

Por otra parte, a continuación mostramos cómo Morrow y Smith (1995, pp. 26-28) reportaron los elementos de rigor y sistematización de su investigación.

Ejemplo

Sistematización de un estudio cualitativo

Un aspecto central concerniente al rigor en la investigación cualitativa es la adecuación de la evidencia. Esto es, tiempo suficiente en el campo y un extenso cuerpo de evidencia o datos (Erickson, 1986). Los datos consistieron en 220 horas de grabación en audio y video, que documentaron más de 165 horas de entrevistas, 24 horas de sesiones de grupo y 25 horas de seguimiento a interacciones con las participantes durante más de 16 meses. Todas las grabaciones de audio y una porción de las grabaciones en video fueron transcritas al pie de la letra por Morrow. Además, se produjeron poco más de 16 horas de grabación en audio de notas de campo y reflexiones. El cuerpo de los datos se compuso de más de dos mil páginas de transcripciones, anotaciones de campo y documentos compartidos por las participantes.

El proceso analítico se basó en la inmersión en los datos y búsqueda de clasificaciones (tipos) repetidas, en las codificaciones y en las comparaciones que caracterizan al enfoque de la teoría fundamentada. El análisis comenzó con la codificación abierta, que es el examen de secciones diminutas del texto compuestas de palabras individuales, frases y oraciones. Strauss y Corbin (1990) describen la codificación abierta como aquella "que fractura los datos y permite que uno identifique algunas categorías, sus propiedades y ubicaciones dimensionales" (p. 97). El lenguaje de las participantes guió el desarrollo de las etiquetas asignadas a las categorías y sus códigos, que fueron identificados con descriptores cortos o breves, conocidos como códigos en vivo para las estrategias de supervivencia y afrontamiento. Estos códigos y las categorías se compararon de manera sistemática y fueron contrastados conceptualmente, produciendo categorías cada vez más complejas e inclusivas.

Asimismo, Morrow escribió memorandos analíticos y autorreflexivos para documentar y enriquecer el proceso analítico, así como para transformar pensamientos implícitos en explícitos y para expandir el cuerpo de los datos. Los memos analíticos consistieron en preguntas, reflexiones y especulaciones acerca de los datos y la teoría emergente. Los memos autorreflexivos documentaron las reacciones personales de Morrow ante las narraciones de las participantes. Ambos tipos de memos se incluyeron en el cuerpo de los datos para ser analizados. Los memos analíticos se compilaron, en tanto que se generó un diario (bitácora) analítico para "cruzar" los códigos de referencia y las categorías emergentes. Se emplearon afiches con etiquetas movibles para facilitar la asignación y reasignación de códigos dentro de las categorías.

La codificación abierta fue seguida por la codificación axial [...] Finalmente se realizó la codificación selectiva [...][*este párrafo no se incluye para sintetizar el ejemplo*].

Los códigos y las categorías se clasificaron, sortearon y compararon, hasta llegar a la saturación, esto es, hasta que el análisis dejó de producir códigos y categorías nuevas, y cuando todos los datos fueron incluidos en las categorías básicas del modelo de la teoría fundamentada. Los criterios para posicionar la categoría cen-

tral fueron: *a*) una categoría central en relación con otras categorías, *b*) frecuencia con que aparece la categoría en los datos, *c*) su capacidad de inclusión y la facilidad con que se vincula a otras categorías, *d*) la claridad de sus implicaciones para construir una teoría más general, *e*) su movilidad hacia una conceptuación teórica más poderosa, como por ejemplo: el grado en que los detalles de la categoría fueron trabajados (refinados), y *f*) su contribución y aplicación para obtener una variación máxima en términos de dimensiones, propiedades, condiciones, consecuencias y estrategias (Strauss, 1987).

De acuerdo con las recomendaciones de Fine (1992) respecto a que los investigadores deben ser algo más que "ventrílocuos o vehículos para expresar las voces de los participantes", procuramos comprometer a las participantes como miembros críticos del equipo de investigación. En consecuencia, después de que concluyeron las sesiones de grupo, las siete mujeres que participaron fueron invitadas como analistas de los datos generados en dichas sesiones. Cuatro eligieron este papel, dos concluyeron su participación en ese punto, y la otra participante rechazó la idea a causa de problemas físicos. Las cuatro investigadoras participantes continuaron reuniéndose con Morrow por más de un año. Ellas actuaron como la fuente primaria de verificación (comprobación o chequeo de participantes), analizaron las grabaciones en video de las sesiones del grupo en las que habían participado, sugirieron categorías y revisaron la teoría y el modelo emergentes. Estas investigadoras-participantes utilizaron sus habilidades analíticas intuitivas, así como los principios y procedimientos de la teoría fundamentada que les habían sido enseñados por Morrow para colaborar en el análisis de datos.

Morrow se reunió semanalmente con un equipo interdisciplinario de investigadores cualitativos para evaluar los datos reunidos, el análisis y la elaboración del reporte de investigación. El equipo proporcionó examen de "pares" (colegas) respecto al análisis y redacción del reporte, como recomiendan LeCompte y Goetz (1982), con lo cual se aumenta la sensibilidad teórica del investigador. Se vence la falta de atención selectiva y se reducen los descuidos, además de incrementarse la receptividad del ambiente o contexto (Glaser, 1978; Lincoln y Guba 1985).

La validación se logró mediante consultas progresivas con las participantes y los colegas, así como al mantener una auditoría (revisión) que delineó el proceso investigativo y la evolución de códigos, categorías y teoría (Miles y Huberman, 1984). La auditoría consistió en entradas (ingresos) narrativas cronológicas de las actividades de investigación, con la inclusión de conceptuaciones previas a la entrada en el campo, durante el ingreso a éste, mientras se efectuaban las entrevistas, las actividades del grupo, las transcripciones, los esfuerzos iniciales de codificación, las actividades analíticas y la evolución del modelo teórico de la supervivencia y el afrontamiento. La auditoría incluyó también una lista completa de 166 códigos en vivo que formaron la base del análisis.

Debido a la tendencia cognoscitiva humana hacia la confirmación (Mahoney, 1991), se efectuó una búsqueda de evidencias contrarias, que es esencial para lograr el rigor (Erickson, 1986). Los datos fueron revisados ("peinados") para desaprobar o deshabilitar varias afirmaciones hechas como resultado del análisis. Se condujo el análisis de casos discrepantes, señalado también por Erickson (1986) y las participantes fueron consultadas para determinar las razones de las discrepancias.

Discusión Involucra señalar qué lecciones se aprendieron con el estudio y si los hallazgos confirman o no el conocimiento previo, además de proponer acciones.

Discusión: conclusiones, recomendaciones e implicaciones

En esta parte se: *a*) derivan conclusiones, *b*) explicitan recomendaciones para otras investigaciones (por ejemplo, sugerir nuevas preguntas, muestras, abordajes) y se indica lo que prosigue y lo que debe hacerse, *c*) evalúan las implicaciones de la investigación (teóricas y prácticas), *d*) establece cómo se respondieron las preguntas de investigación y si se cumplieron o no los objetivos, *e*) relacionan los resultados con los estudios previos (comparándose nuestra narrativa general y producto —por ejemplo modelo, fenómeno o descripción cultural—, con la revisión de la literatura, analizando si descubrimos las mismas categorías, temas y perspectivas, así como qué cuestiones son similares y distintas y qué nuevas experiencias surgieron), *f*) comentan las limitaciones de la investigación, *g*) destaca la importancia y significado de todo el estudio y *h*) discuten los resultados inesperados.

Al elaborar las conclusiones es aconsejable verificar que estén los puntos necesarios que señalamos aquí (Daymon, 2010). Desde luego, las conclusiones deben ser congruentes con los datos. Si el planteamiento cambió, es necesario explicar por qué y cómo se modificó.

Las limitaciones en relación con el planteamiento del problema y con lo realizado, no abarcan el tamaño de la muestra (éste no representa una restricción en una investigación cualitativa).[7]

[7] Las muestras cualitativas están vinculadas (acotadas también) al tiempo de estancia en el campo, los recursos disponibles y el acceso a los participantes.

Ejemplos de limitaciones serían que algunos participantes abandonaron el estudio; que no se efectuara una sesión grupal que era importante; que se requería evidencia contraria, pero el presupuesto o el tiempo se agotó y ya no se pudo regresar al campo para recabar más datos. Esta parte debe redactarse de tal manera que se facilite la toma de decisiones respecto de una teoría, un curso de acción o una problemática.

Dos ejemplos de conclusiones serían las que se presentan en las páginas siguientes y que se refieren a casos tratados en los capítulos de esta parte del libro.[8]

Ejemplo

Estrategias de confortación a pacientes traumatizados

Janice M. Morse (1999, p. 15)

Las estrategias y los estilos de atención de las enfermedades deben ser apropiados al estado de los pacientes. Por ejemplo, no debe emplearse la misma estrategia en un paciente atemorizado que en uno aterrorizado. En este último caso, el nivel de apoyo y fortalecimiento habrá de aumentar. Si el estado del paciente se deteriora, o si no existe mejoría en diez segundos, la estrategia habrá de cambiarse de inmediato. Una vez que los pacientes hayan obtenido un nivel tolerable de confortación, entonces se sentirán protegidos, confiarán en el personal y aceptarán la atención. Por ejemplo, en traumatología los enfermos que están en control o han admitido la atención responden, son cooperadores y receptivos. A pesar de su dolor, tratan de salir adelante. Un paciente que ha mejorado por completo se percata de que el cuidado es necesario y acepta cualquier medida que se requiera. El resultado es que la atención se da en forma más rápida y segura.

Investigación sobre centros comerciales

Están de acuerdo con que los centros comerciales son como los zócalos o parques de antes en donde la gente va a ver y a ser vista; **"son los centros de reunión entre jóvenes para conocerse"; "también los adultos, al exhibirse, sentirnos un rato a gusto; a lo mejor es importante andar entre gente de muy diversa forma de ser, de vestir; inclusive, uno algunas veces copia modas"** (*en **negritas** comentarios textuales de participantes a un grupo de enfoque*).

5. Referencias o bibliografía

Son las fuentes primarias consultadas por el investigador a lo largo del informe. Recordemos que se incluyen al final siguiendo un estilo de publicaciones (APA, Vancouver, etcétera).

6. Apéndices

Resultan útiles para describir con mayor profundidad ciertos materiales, sin distraer la lectura del texto principal del reporte. Algunos ejemplos de apéndices para un estudio cualitativo serían la guía de entrevista o de los grupos de enfoque, un nuevo programa computacional, transcripciones, fotografías, ligas a videos, etcétera.

Revisión y evaluación del reporte

Es conveniente que el reporte sea revisado por los participantes. De una u otra forma, ellos tienen que validar los resultados y las conclusiones, indicar al investigador si el documento refleja lo que quisieron comunicar y los significados de sus experiencias (Creswell, 2013b y Neuman, 2009). Y aún a estas alturas es posible que nos demos cuenta de que se necesitan más datos e información y decidamos regresar al campo.

Para evaluar el reporte en términos generales y sencillos, se sugiere una serie de preguntas a manera de puntos de verificación (autoevaluación o exposición con el equipo de investigación) (tabla 16.7).

[8] Desde luego, las conclusiones de ambos estudios son más amplias. Estos ejemplos representan solamente una parte mínima.

Tabla 16.7 Preguntas para verificar que no falten elementos en el reporte cualitativo

Elementos	Palomear favorablemente o que se haya incluido (✓)
Sobre el encuadre general	
¿La narración general es lógica y congruente?	
¿El documento tiene orden?	
¿Se incluyen todas las secciones necesarias?	
Sobre la redacción	
¿Es apropiada para los lectores o usuarios del reporte?	
¿Los párrafos incluyen un tema o pocos temas? (es mejor no incluir varios temas en los párrafos, resulta más claro con uno o unos cuantos).	
¿Se incluyen transiciones entre párrafos? (hilar párrafos, secciones, etcétera).	
Sobre la forma y escritura	
¿Se cita adecuadamente siguiendo un solo estilo de publicaciones?	
¿Se revisó la ortografía, puntuación y posibles errores?	
Sobre el método (procedimientos) y análisis	
¿Se define el abordaje principal?	
¿Se explica e ilustra el papel del investigador en el estudio? (antecedentes del investigador, experiencias, relación con los casos o participantes y con el ambiente, sensibilidad con los participantes).	
¿Se detallan los pasos al ingresar al ambiente o contexto?	
¿Se definen los casos y se detalla la estrategia de muestreo?	
¿Se explican los instrumentos para recolectar los datos y se justifica su elección?	
¿Se detalla el proceso de recolección de los datos?	
¿Se incluyen las guías o protocolos de entrevistas, observación, de temas, etc.? (en anexos)	
¿Se identifican los pasos del análisis de los datos?	
¿Se describe la forma en que los datos se organizaron para el análisis?	
¿Se especifica si el investigador revisó todos los datos para obtener un sentido general de éstos?	
¿Se explican las unidades de análisis y cómo se definieron?	
¿Se expone el proceso y niveles de codificación? (desarrollo de categorías y sus códigos, temas y patrones) (codificación abierta, axial y selectiva)	
¿Se ilustraron las categorías y temas con citas o segmentos?	
¿Se relacionaron las categorías y los temas entre sí de una manera coherente para obtener un nivel más elevado de análisis y abstracción?	
¿Se utilizaron apropiadamente elementos gráficos para lograr una mejor visualización de los resultados? (tablas, gráficas y figuras, así como imágenes y video)	
¿Se especificaron las bases para interpretar los análisis y resultados? (la literatura, experiencias personales, preguntas, agenda, etcétera)	
¿Se puntualizaron los productos del estudio? (desarrollo de un modelo o teoría, un plan de acción, medidas concretas, etcétera)	
¿Se mencionan las estrategias para lograr rigor en el estudio? (validar los resultados)	

El lector encontrará criterios y rúbricas más detalladas y completas para evaluar la calidad de un estudio cualitativo en el capítulo 10 adicional del centro de recursos en línea: "Parámetros, criterios, indicadores y cuestionamientos para evaluar la calidad de una investigación" (en material complementario → Capítulos).

Centro de recursos en línea

El reporte del diseño de investigación-acción

En los estudios de investigación-acción regularmente se elabora más de un reporte de resultados. Como mínimo, se elabora uno, producto de la recolección de los datos sobre el problema de investigación o problemática y las necesidades (reporte de diagnóstico), y otro con los resultados de la implementación del plan o solución (reporte del cuarto ciclo).

El reporte del diagnóstico, además de los elementos que se mencionaron en este capítulo, debe incluir un análisis de los puntos de vista de todos los grupos involucrados en la problemática (por grupo y global).

El informe de los resultados de la implementación del plan contendrá las acciones llevadas a cabo (con detalles), dónde y cuándo se realizaron tales acciones, quiénes las efectuaron, de qué forma, y con qué logros y limitantes; así como una descripción de las experiencias en torno a la implementación por parte de los actores y grupos que intervinieron o se beneficiaron del plan.

Para ampliar este tema se recomienda a McNiff y Whitehead (2009).

Cómo citar referencias en un reporte de investigación cualitativa

Una vez más, se señala que para incluir las referencias en el texto y en la bibliografía se debe usar un estilo de publicaciones (APA, Vancouver, Harvard, Chicago, MLA y otros). En el capítulo 11 adicional "Consejos prácticos para realizar investigación", que puede descargarse del centro de recursos en línea, se presenta una tabla comparativa de los principales estilos y que también pueden bajarse manuales resumidos de los estilos APA y Vancouver. Además, el lector podrá utilizar para escribir su reporte el documento auxiliar: "Indicaciones para la elaboración de un manuscrito original".

Centro de recursos en línea

Por otro lado, en las páginas web de las revistas académicas, se puede encontrar la sección de instrucciones para autores que también es muy útil para generar artículos.

Contra qué se compara el reporte de la investigación cualitativa

Una vez más, el reporte se contrasta con la propuesta o protocolo de la investigación, tema que se revisa en un capítulo del centro de recursos en línea: Material complementario → Capítulos → Capítulo 9 → "Elaboración de propuestas cuantitativas, cualitativas y mixtas".

Centro de recursos en línea

Resumen

- Los reportes de resultados del proceso cualitativo pueden adquirir los mismos formatos que los reportes cuantitativos.
- Lo primero que el investigador debe definir es el tipo de reporte que resulte necesario elaborar, el cual depende de las siguientes precisiones: 1) las razones por las cuales surgió la investigación, 2) los usuarios del estudio y 3) el contexto en el cual se habrá de presentar. Los informes de investigación pueden presentarse en un contexto académico o en un contexto no académico.
- El reporte debe ofrecer una respuesta al planteamiento del problema y señalar las estrategias que se usaron para abordarlo, así como los datos que fueron recolectados, analizados e interpretados por el investigador.
- Los informes cualitativos son más flexibles que los cuantitativos, y no existe una sola manera para presentarlos, aunque se desarrollan mediante una forma y esquema narrativos.
- Las descripciones y narraciones utilizan un lenguaje vívido, fresco y natural. El estilo es más personal.
- Antes de elaborar el reporte debe revisarse el sistema completo de categorías, temas y reglas de codificación.
- Los reportes incluyen un producto final, dependiendo del diseño básico: un modelo o teoría, una descripción de una cul-

tura, una sucesión de eventos o historia de vida, un fenómeno o un diagnóstico y un plan.
- La estructura más común del informe cualitativo es: portada, índices, resumen, cuerpo del documento (introducción, método, análisis y resultados, y discusión), referencias y apéndices.
- La descripción del ambiente debe ser completa y detallada.
- Al finalizar el análisis y elaborar el reporte cualitativo, el investigador debe vincular los resultados con los estudios anteriores.
- Tres aspectos son importantes en la presentación de los resultados por medio del reporte: la narrativa, el soporte de las categorías (con ejemplos) y los elementos gráficos.
- Existen diferentes formas o descripciones narrativas para redactar el reporte de resultados cualitativos.
- De ser posible, de cada categoría es conveniente incluir ejemplos de unidades de todos los grupos o actores y lo ideal es que las categorías deben estar respaldadas por varias fuentes.
- Es conveniente que el informe sea revisado por los participantes, de una u otra forma, ellos tienen que validar los resultados y las conclusiones.

Conceptos básicos

- Contexto académico
- Contexto no académico
- Cuerpo del documento
- Discusión
- Narrativa
- Producto del reporte
- Reporte de investigación
- Revisión de la literatura
- Usuarios/receptores

Ejercicios

1. Centro de recursos en línea Elabore el índice de una tesis de naturaleza cualitativa.
2. Localice un artículo con un estudio cualitativo en una revista científica de las mencionadas en el apéndice 1 del centro de recursos en línea, en Material complementario → Apéndices y analice los elementos del texto. Evalúe el reporte de acuerdo con los criterios presentados en la tabla 16.7.
3. Piense cuál sería el índice del reporte de la investigación cualitativa que ha concebido a lo largo de los ejercicios de los capítulos 12 a 15 del libro y desarróllelo.

Ejemplos desarrollados

La guerra cristera en Guanajuato

Debido a que el reporte es muy largo, se presentará únicamente el índice de los antecedentes y de un municipio, así como una conclusión general.

"Llegó Agustín y con simpleza dijo:
—Nomás llega el Gobierno y nos lleva como vientecito y la lumbre al pasto.
Antioco lo miró y le respondió:
—Pos ya estará de Dios... pa' eso nos metimos..."

Índice de la guerra cristera en Guanajuato

Contenido	Página
Antecedentes del conflicto	**2**
El Cristo Rey del Cerro del Cubilete	3
El polémico cierre de los cultos	3
El boicot: "Dios es mi derecho"	4
Inicio de la guerra cristera	**5**
1926	**5**
Los primeros cristeros del estado	5
"Dios proveerá"	6
Desarrollo del enfrentamiento	**7**
1927	**7**
Focos cristeros	7
Líderes	7
Actividad del jefe cristero Gallegos	8
Refugiados de Jalisco	9
Problemas económicos	9
1928	**10**
El Bombardeo a Cristo Rey	10
Rendiciones	10
Nuevas estrategias de batalla	10
Investigación de las limosnas	11
Las reformas de 1928	12

1929 **12**
La ruta de las armas 12
Fin del conflicto armado 13
Los convenios 13
La entrega de los templos 14
Consecuencias de la guerra cristera **14**
La segunda guerra cristera 14
Zonas del conflicto 15
Las restricciones a la Iglesia 15
La Unión Nacional Sinarquista 16
Consecuencias actuales **17**
Fuentes de investigación **17**

La vida en el tiempo de los cristeros

Índice de una población

Apaseo El Alto

Los cultos que no se cerraron 24
Brotes cristeros, "la Batalla del Cerro del Capulín" 25
La situación de ambos bandos 28
El saqueo a templos y haciendas 28
Ejecuciones 29
Seminario católico en una hacienda 29
El trajinar de un sacerdote 30
Entrega del templo 32
Consecuencias 32
- Contra el ejido y la educación pública 32
- Al mando de Antioco Vargas 32
- La traición 32

Fuentes de investigación **33**

Consecuencias del abuso sexual infantil

Más que el índice contemplaremos algunos resultados finales y conclusiones que considero teóricamente relevantes del artículo de Morrow y Smith (1995).[9]

Las consecuencias de las estrategias para la supervivencia y el afrontamiento

Las participantes tuvieron temores, deseos o sueños de agonía, y todos estos sentimientos permanecen vivos en la actualidad. Aunque ellas lograron sobrevivir, no sobrevivieron intactas; como Bárbara reveló: "no estoy segura que sobreviví", y como Liz mencionó: "parte de mí murió".

Otra paradoja surgió durante la evaluación de las consecuencias de la estrategia para manejar la impotencia, la carencia de ayuda y la falta de control. A menudo, las estrategias seguidas por las participantes para ejercitar el poder o retornarlo hacia ellas, volvieron a ser adoptadas posteriormente (*ya en su vida adulta*). Una mujer que durante su niñez se negaba a comer, fue revisada (*en esa época*) por un médico, quien le prescribió galletas de queso crema para el desayuno (el único alimento que ella aceptaría comer), posteriormente encontró que en la edad adulta repetidas veces buscó este mismo tipo de alimento.

En diversas ocasiones, las participantes consideraron que ellas apenas lograron sobrevivir, experimentaban dolor, agotamiento o agobio. Sin embargo, sobrevivir y afrontar la situación crítica fue lo que hicieron mejor. Liz declaró: "mi deseo de supervivencia era y es fuerte, más fuerte de lo que yo me podía dar cuenta". En una conversación entre las investigadoras participantes, Meghan dijo enojada: "yo no quiero estar sobreviviendo. Quiero estar viviendo. Quiero divertirme. Quiero ser feliz. Y eso no es lo que acontece ahora mismo". Liz respondió: "primero tienes que sobrevivir. Tienes que sobrevivirlo. Y es hacia donde me dirijo, es la comprensión y realización de que estoy sobreviviendo a este asunto otra vez".

Cada una de las sobrevivientes hizo eco de los sentimientos de Meghan. Cuatro habían llegado a liberarse de las drogas y el alcohol en sus esfuerzos por ir más allá de la supervivencia, al buscar curarse, lograr su integridad y recuperar el poder. Paula reveló: "acabo de comenzar a darme cuenta de que esto lo vale. [Mis dibujos son] más elaborados, más grandes, utilizo más medios, son más detallados". Velvia usó la palabra *empowerment* (*otorgar responsabilidad y control*) para describir un proceso que fue más allá de la supervivencia. Amaya escribió: "...hoy me puse en contacto con la parte perdida de mi poder y mi integridad interiores".

El dolor, la pena y el terror que las sobrevivientes habían experimentado, son sentimientos que aún pesan y resultan reales, y el proceso curativo es largo y arduo. Sin embargo, por medio de la investigación, las participantes expresaron esperanza. A pesar de su terror y dolor, Kitty reflexionó: "tengo la esperanza en mi vida(...). Hay apenas una pequeña porción de un rayo de sol entrando. Hay un pedacito de cielo allí arriba que proviene del interior de mi alma y alivia".

Discusión

Aunque la literatura sobre el tema es abundante en descripciones sobre los resultados específicos del abuso sexual infantil, este estudio se distingue por su evaluación sistemática de las estrategias de supervivencia y afrontamiento desde las perspectivas de mujeres que fueron abusadas sexualmente durante su niñez. Se construyó, mediante el análisis cualitativo de los datos, un modelo teórico sobre las estrategias de 11 participantes, el cual las involucró en el proceso analítico para asegurar que el modelo reflejara sus construcciones personales. Este modelo establece una multitud de estrategias y síntomas; y provee de un armazón conceptual coherente que se desarrolló al enfocar los temas, con la finalidad de comprender la constelación, a menudo confusa, de patrones de conducta de las sobrevivientes del abuso.

Las normas culturales preparan el camino para el abuso sexual. Como Banyard y Graham-Bermann (1993) acentúan, es importante que investigadores y profesionales examinen el me-

[9] Es una adaptación del texto para facilitar su lectura en español, sin alterar la esencia del artículo original. Se agregaron las letras en cursivas para el ejemplo. La discusión y conclusiones son mucho más amplias que las incluidas en estas páginas. No se citan páginas debido a que el artículo original está desfasado del artículo traducido y formateado en el procesador de textos.

dio social en el cual se experimentan ciertas situaciones altamente estresantes. En relación con el abuso sexual infantil, una evaluación de las fuerzas sociales ayuda a cambiar el enfoque sobre el afrontamiento, de un análisis puramente individual a un análisis del individuo en su contexto, con lo cual se normaliza la experiencia de la víctima y se reduce el sentimiento de culparse a sí mismo.

La impotencia de las niñas y jóvenes: *a*) puede ser atribuida a la posición de las mujeres en general, en relación con su tamaño físico y a la falta de recursos de intervención que pudieran ser aprovechados por las víctimas, *b*) explica el predominio de utilizar estrategias de afrontamiento centradas en las emociones sobre estrategias enfocadas al problema, por parte de las mujeres participantes en este estudio. Además, el contexto de la negación y del ocultamiento (guardar en secreto) del abuso sexual que rodea las vidas de las víctimas, puede exacerbar una preferencia enfocada en las emociones para enfrentar el problema.

El presente análisis es congruente con los hallazgos de Long y Jackson (1993), en cuanto a que las víctimas de abuso sexual intentan tener un efecto en la situación actual del abuso mediante estrategias centradas en el problema, mientras que su angustia la manejan al enfocarse en las emociones. Las dos estrategias centrales, una para evitar ser agobiadas por los sentimientos peligrosos y amenazantes, y la otra para manejar la carencia de ayuda, la impotencia y la falta de control, son paralelas a las estrategias estudiadas por Long y Jackson (1993), centradas en las emociones y en el problema. Ellos encontraron que pocas víctimas intentaron estrategias centradas en el problema, por lo que especularon que esto puede deberse a que los recursos probablemente no estaban disponibles, *de facto*, o no se contemplaron en las evaluaciones cognoscitivas de las víctimas. La investigación demostró lo primero, que no estaban disponibles. Además, las normas culturales y familiares específicas sirvieron para convencer a las niñas de lo limitado que era desarrollar soluciones centradas en el problema.

Centros comerciales

Se elaboró un reporte para cada centro comercial y uno general que incluyó las conclusiones más importantes de todos los reportes individuales. La organización del reporte de un centro se basó en las tres áreas de la guía de discusión semiestructurada para las sesiones de enfoque:

- Satisfacción con la experiencia de compra en centros comerciales
- Atributos del centro comercial
- Percepción de los clientes respecto de las remodelaciones o cambios

En cada "gran tema" se incluyeron citas de segmentos para cada categoría. Por ejemplo, para un centro comercial específico:

Tema: atributos

Categoría: evaluación de los atributos y factores críticos de éxito del centro comercial

Citas:

"Siempre encuentro de todo: perfumes, corbatas o algún detalle".

"En la tienda principal siempre encuentro diseños de ropa y son muy interesantes, ya que siempre están a la vanguardia. Además encuentro todo, en línea del hogar, lo que necesito".

"Yo planeo con la idea de una compra y la encuentro".

Tema: atributos

Categoría: identificación de factores negativos y amenazas del centro comercial

Citas:

"Solamente le falta entretenimiento".

"Le hace falta una tienda de vestidos de noche".

"Me gusta la planta baja del centro comercial por la gran variedad de tiendas, el segundo piso, es el piso más triste, está dividido y 'sin chiste'".

En cada categoría se estructuró una narración, que por cuestiones de espacio no se incluye (el reporte por centro sumó más de 100 páginas y la presentación tuvo 40 diapositivas o láminas).

Una de las conclusiones más importantes para este centro comercial fue que se requerían muchas más facilidades para personas con capacidades diferentes.

Los investigadores opinan

El principal objetivo de la investigación científica es la obtención de información precisa y confiable. Sin embargo, la investigación puede adoptar muchas otras formas. Uno puede preguntar a los expertos, revisar libros y artículos, examinar experiencias de los colegas y propias de nuestro pasado y aún confiar en la propia intuición. Sin embargo, los expertos pueden tener apreciaciones erróneas, las fuentes documentales pueden no tener un acercamiento valioso, los colegas pueden no tener experiencia en el tema de nuestro interés y nuestras experiencias e intuición pueden ser irrelevantes o malentendidas.

Por todo lo anterior, el conocimiento obtenido a través de la investigación científica puede ser de gran valor. La investigación científica puede realizarse a través de dos acercamientos metodológicos: la metodología cualitativa y la metodología cuantitativa. Estos dos acercamientos difieren enormemente entre sí, desde el paradigma de investigación que les da origen, el rol del investigador, las preguntas que intentan responder y el grado de generalización posible.

En particular, las investigaciones cualitativas analizan la calidad o cualidad de las relaciones, actividades, situaciones o mate-

riales de una forma holística y generalmente a través de un tratamiento no numérico de los datos. Este acercamiento exige del investigador una preparación exigente y rigurosa, además de una actitud abierta e inductiva.

De esta forma, ya sea que se adopte alguno de estos enfoques o un enfoque mixto, siempre será conveniente tener una guía básica que oriente seriamente nuestros esfuerzos de investigación. Desde el planteamiento del problema de la investigación, hasta la forma de hacer un reporte final, tal guía se puede encontrar en un libro como el que ahora está en sus manos.

Igor Martín Ramos Herrera
Profesor investigador titular
Departamento de Salud Pública
Universidad de Guadalajara
Guadalajara, México

parte 4

Los procesos de la investigación mixta

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

capítulo

17 Los métodos mixtos

La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales.

Roberto Hernández-Sampieri

Proceso de investigación mixta

Definiciones fundamentales

- Racionalización del diseño mixto.
- Decisiones sobre: *a*) qué instrumentos emplearemos para recolectar los datos cuantitativos y cuáles para los datos cualitativos, *b*) las prioridades de los datos y análisis cuantitativos y cualitativos, *c*) secuencia en la recolección y análisis de los datos cuantitativos y cualitativos, *d*) la forma como vamos a transformar, asociar y/o combinar diferentes tipos de datos y *e*) métodos de análisis en cada proceso y etapa.
- Decisión sobre la manera de presentar los resultados inherentes a cada enfoque y los hallazgos conjuntos.

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el alumno será capaz de:

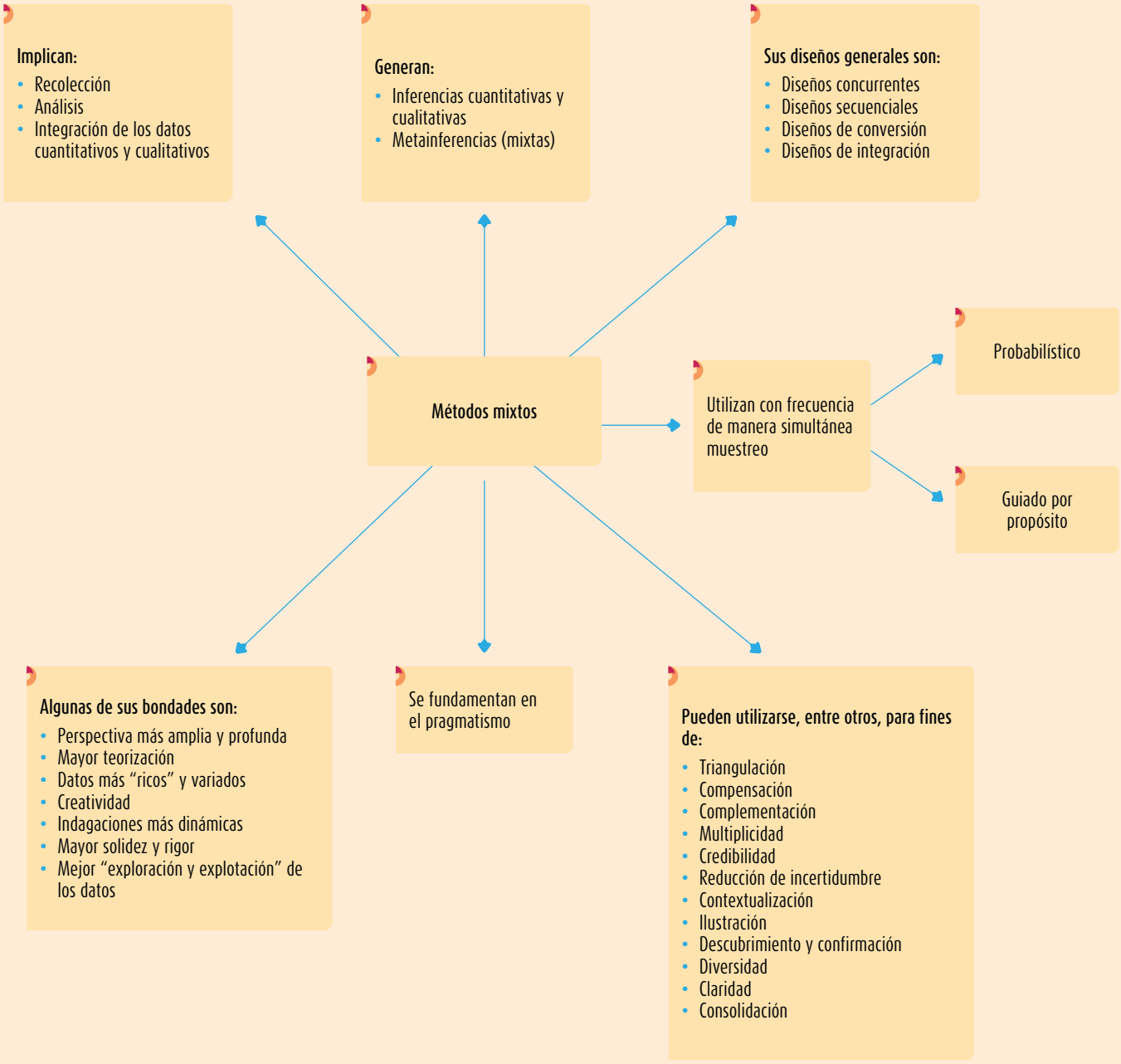
1. Entender la esencia del enfoque mixto (naturaleza, fundamentos, ventajas y retos).
2. Comprender los procesos de la investigación mixta.
3. Plantear un problema de investigación bajo la aproximación mixta.
4. Conocer las principales propuestas de diseños mixtos que han emergido.

Síntesis

En el capítulo se presenta el enfoque mixto de la investigación, que implica un conjunto de procesos de recolección, análisis y vinculación de datos cuantitativos y cualitativos en un mismo estudio o una serie de investigaciones para responder a un planteamiento del problema. Asimismo, en el capítulo se examina la naturaleza, características, posibilidades y ventajas de los métodos mixtos.

Por otra parte, se introducen los principales diseños mixtos hasta ahora desarrollados: diseños concurrentes, diseños secuenciales, diseños de conversión y diseños de integración.

Además, se comentan los métodos mixtos en función del planteamiento del problema, el muestreo, la recolección y análisis de los datos y el establecimiento de inferencias.



Nota: El lector puede descargar el capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", que ahonda en lo expuesto en el capítulo 17, en particular sobre el pragmatismo (filosofía en la que se basan los métodos mixtos), muestreo, recolección y análisis de los datos, así como la discusión de resultados, del centro de recursos en línea en http://www.mhhe.com/he/hmi6e → Material complementario → Capítulos. Además, se incluyen más ejemplos de investigaciones mixtas.

Centro de recursos en línea

¿En qué consiste el enfoque mixto o los métodos mixtos?

Antes de definir propiamente los métodos mixtos debe comentarse que en la segunda década del siglo xxi se han consolidado como una tercera aproximación o enfoque investigativo en todos los campos. Basta con ver el notorio incremento en los libros de texto y artículos académicos que se han publicado sobre ellos.[1] Y, en parte, su desarrollo y aceptación se deben a que diversos fenómenos han sido abordados desde siempre bajo la óptica mixta de manera natural. Por ejemplo, el diagnóstico clínico en medicina interna.

Cualquier especialista lo realiza utilizando diversas fuentes de información y tipos de datos: *a*) *pruebas de laboratorio* (mediciones estandarizadas que producen datos cuantitativos), *b*) *entrevista* a profundidad en la cual se incluyen *preguntas cerradas* (como la edad, si se es o no fumador, si se han padecido ciertas enfermedades, tipo de ejercicio físico que se practica y tiempo que se le dedica diariamente a ello, etc.) y *abiertas* (sobre el estilo de vida —qué tan sedentario es, cuáles son los hábitos alimenticios, etc.—, antecedentes familiares, el tipo de trabajo y otras fuentes potenciales de estrés), y *c*) *historial clínico* (con datos visuales como una radiografía, determinadas gráficas, anotaciones interpretativas y mediciones anteriores). Es decir, se recolectan y analizan datos cuantitativos y cualitativos y la interpretación es producto de toda la información en su conjunto.

Lo mismo ocurre con la investigación de una escena del crimen. Se toman en cuenta técnicas *cuantitativas* (análisis de huellas, sangre y ADN, propiedades químicas de objetos, patrones de salpicadura de la sangre y otras pruebas forenses) y técnicas *cualitativas* (entrevistas a testigos y observación) y distintas clases de evidencia (fotografías, videos, grabaciones de audio, levantamiento de muestras físicas, etcétera).

En estos dos ejemplos, queda claro que el proceso de investigación y las estrategias utilizadas se adaptan a las necesidades, contexto, circunstancias, recursos, pero sobre todo al planteamiento del problema. A este punto retornaremos más adelante.

Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).[2]

Chen (2006) los define como la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una "fotografía" más completa del fenómeno, y señala que éstos pueden ser conjuntados de tal manera que las aproximaciones cuantitativa y cualitativa conserven sus estructuras y procedimientos originales ("forma pura de los métodos mixtos"); o bien, que dichos métodos pueden ser adaptados, alterados o sintetizados para efectuar la investigación y lidiar con los costos del estudio ("forma modificada de los métodos mixtos").

En resumen, los métodos mixtos utilizan evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias (Creswell, 2013a y Lieber y Weisner, 2010).

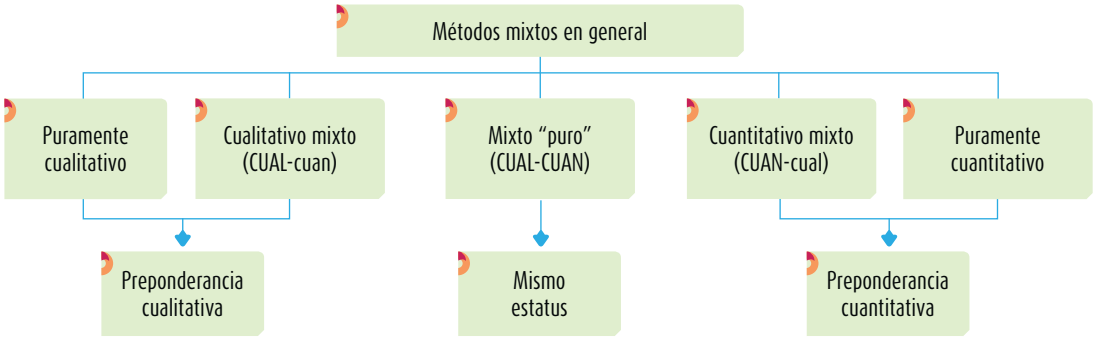
Johnson *et al.* (2006) en un "sentido amplio" visualizan la investigación mixta como un continuo en donde se mezclan los enfoques cuantitativo y cualitativo, centrándose más en uno de ellos o dándoles el mismo "peso" (véase la figura 17.1), donde cabe señalar que cuando se hable del *método cuantitativo* se abreviará como **CUAN** y cuando se trate del *método cualitativo* como **CUAL**. Asimismo, las mayúsculas-minúsculas indican prioridad o énfasis.

[1] La lista es extensa, pero podemos citar como ejemplos de textos sobre métodos mixtos a Creswell (2013a), O' Brien (2013), Morgan (2013), Johnson y Christensen (2012), Morris y Burkett (2011), Creswell y Plano-Clark (2011), Hesse-Biber (2010a), Tashakkori y Teddlie (2010), Morse y Niehaus (2010), Andrew y Halcomb (2009) y Ridenour y Newman (2008).

[2] Los métodos mixtos han recibido varias denominaciones como investigación integrativa (Johnson y Onwuegbuzie, 2004), investigación multimétodos (Hunter y Brewer, 2003 y Morse, 2003), métodos múltiples (M. L. Smith en 2006; citado por Johnson, Onwuegbuzie y Turner, 2006), estudios de triangulación (Sandelowski, 2003), e investigación mixta (Tashakkori y Teddlie, 2010; Plano-Clark y Creswell, 2008; Bergman, 2008; y Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 17.1 Los tres principales enfoques de la investigación hoy en día, incluyendo subtipos de estudios mixtos.

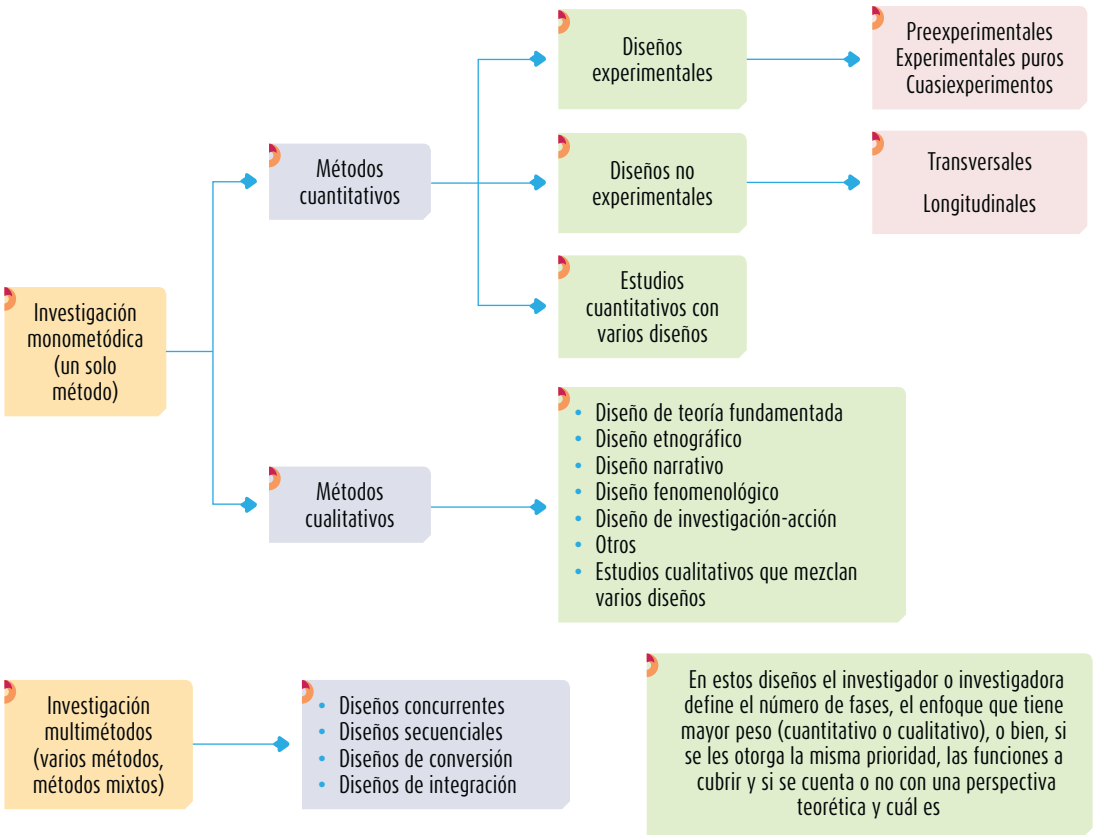


La combinación entonces, puede ser en diversos grados.

¿Dónde se ubican los métodos mixtos dentro del panorama o espectro de la investigación?

Para situar a los métodos mixtos dentro del espectro de las clases de investigación y diseños, en la figura 17.2 se hace referencia a la tipología de diseños propuesta por Hernández-Sampieri y Mendoza (2008). Los métodos cuantitativo y cualitativo han sido tratados en los capítulos previos y son *monometódicos* (implican un solo método). Los métodos mixtos, como hemos señalado, son *multimetódicos*, representan la "tercera vía".

Figura 17.2 Tipología de los métodos y diseños de investigación.



¿Cuándo utilizar los métodos mixtos?

La decisión de emplear los métodos mixtos sólo es apropiada cuando se agrega valor al estudio en comparación con utilizar un único enfoque, porque regularmente implica la necesidad de mayores recursos económicos, de involucramiento de más personas, conocimientos y tiempo (Lieber y Weisner, 2010).

De acuerdo con Creswell (2013a), Niglas (2010) y Unrau, Grinnell y Williams (2005), los factores que se consideran para elegir un enfoque cuantitativo, cualitativo o uno mixto son:

1. El enfoque que el investigador piense que armoniza o se adapta más a su planteamiento del problema. En este sentido, es importante recordar que aquellos problemas que necesitan establecer tendencias, se acomodan mejor a un diseño cuantitativo; y los que requieren ser explorados para obtener un entendimiento profundo, empatan más con un diseño cualitativo. Asimismo, cuando el problema o fenómeno es complejo, los métodos mixtos pueden ser la respuesta.
2. La aproximación en la cual el investigador posea más conocimientos y entrenamiento. Aunque desde luego, hoy en día es importante prepararse en los tres enfoques.

Ante la indecisión, Creswell (2013a) sugiere buscar en la literatura cómo ha sido abordado el planteamiento y qué tan exitosos han resultado los estudios que utilizaron distintos enfoques.

Ahora bien, la metodología contemporánea indica que las técnicas deben adaptarse al planteamiento y no al revés. Hagamos una analogía. Imaginemos que para toda clase de trabajos manuales tuviéramos únicamente una herramienta (por ejemplo, un martillo) y queremos resolver cualquier problema manual con esa misma herramienta, siempre. Eso resultaría inadecuado. Si se trata de rematar un clavo, la herramienta apropiada sí es el martillo; pero si buscamos lijar una superficie, el instrumento pertinente es otro. Y entre más herramientas tengamos disponibles, podemos resolver un mayor número de trabajos diferentes que respondan a distintas necesidades. No podemos forzar toda labor requerida a una sola herramienta, más bien elegimos aquella que resulta necesaria de acuerdo con el tipo de problema o tarea en cuestión. En resumen, las decisiones metodológicas dependen del planteamiento del problema y las circunstancias que lo rodean, como en los ejemplos del diagnóstico clínico y la investigación de la escena del crimen.

¿Por qué utilizar los métodos mixtos?

Un factor adicional que ha detonado la necesidad de utilizar los métodos mixtos es la naturaleza compleja de la gran mayoría de los fenómenos o problemas de investigación abordados en las distintas ciencias. Éstos representan o están constituidos por dos realidades, una objetiva y la otra subjetiva. Por ejemplo, una organización, digamos una universidad. Es una realidad "objetiva": tiene capital, oficinas, mobiliario, ocupa una extensión física, tiene determinados metros construidos, un número específico de alumnos, profesores y personal administrativo; se puede ver y tocar, es algo tangible; pero también constituye una realidad "subjetiva", compuesta de diversas realidades (sus miembros perciben diferente muchos aspectos de ella, y sobre la base de múltiples interacciones se construyen significados distintos, se experimentan vivencias únicas y emociones, deseos y sentimientos, por ejemplo, ira, envidia, amistad, celos, amor romántico). Así, para poder "capturar" ambas realidades coexistentes (la realidad intersubjetiva), se requieren tanto la visión "objetiva" como la "subjetiva".

Las relaciones interpersonales, la depresión, las crisis económicas, la religiosidad, el consumo, las enfermedades, el aprendizaje, los efectos de los medios de comunicación, los valores de los jóvenes, la pobreza y otros fenómenos, son tan complejos y diversos que el uso de un enfoque único, tanto cuantitativo como cualitativo, es insuficiente para lidiar con esta complejidad. Y aún cuestiones que se han abordado desde la perspectiva cuantitativa como los procesos astrofísicos o el ADN, a veces necesitan de discusiones entre expertos (narrativas) e inducción. Además, la investigación hoy en día requiere de un trabajo multidisciplinario, lo cual contribuye a que se realice en equipos integrados por personas con intereses y aproximaciones metodológicas diversas, que refuerza la necesidad de usar diseños multimodales (Creswell, 2013a).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

El enfoque mixto ofrece varias ventajas para ser utilizado:

1. Lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno. Nuestra percepción de éste resulta más integral, completa y holística (Newman *et al.*, 2002). Lieber y Weisner (2010) señalan que los métodos mixtos "capitalizan" la naturaleza complementaria de las aproximaciones cuantitativa y cualitativa. La primera representa los fenómenos mediante el uso de números y transformaciones de números, como variables numéricas y constantes, gráficas, funciones, fórmulas y modelos analíticos; mientras que la segunda a través de textos, narrativas, símbolos y elementos visuales. Así, los métodos mixtos caracterizan a los objetos de estudio mediante números y lenguaje e intentan recabar un rango amplio de evidencia para robustecer y expandir nuestro entendimiento de ellos. La triangulación, la expansión o ampliación, la profundización y el incremento de evidencia mediante la utilización de diferentes enfoques metodológicos nos proporcionan mayor seguridad y certeza sobre las conclusiones científicas. Además, si se emplean dos métodos con fortalezas y debilidades propias que llegan a los mismos resultados, aumenta nuestra confianza en que éstos son una representación fiel, genuina y fidedigna de lo que ocurre con el fenómeno considerado (Todd y Lobeck, 2004). La investigación se sustenta en las bondades de cada aproximación y no en sus riesgos potenciales. Todd, Nerlich y McKeown (2004) señalan que con el enfoque mixto se exploran distintos niveles del problema de estudio. Incluso, podemos evaluar más extensamente las dificultades en nuestras indagaciones, ubicados en todo el proceso de investigación y en cada una de sus etapas. Creswell (2013a) comenta que los métodos mixtos logran obtener una mayor variedad de perspectivas del *fenómeno*: frecuencia, amplitud y magnitud (cuantitativa), así como profundidad y complejidad (cualitativa); generalización (cuantitativa) y comprensión (cualitativa). Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) la denominan: "riqueza interpretativa". Miles y Huberman (1994) la caracterizan como "mayor poder de entendimiento". Harré y Crystal (2004) lo explican de este modo: conjuntamos el poder de medición y nos mantenemos cerca del problema analizado. Cada método (cuantitativo y cualitativo) proporciona una visión, "fotografía" o "trozo" de la realidad (Lincoln y Guba, 2000).
2. Producir datos más "ricos" y variados mediante la multiplicidad de observaciones, ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes y análisis (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).
3. Potenciar la creatividad teórica por medio de suficientes procedimientos críticos de valoración (Clarke, 2004). Clarke señala que sin alguno de estos elementos en la investigación, un estudio puede mostrar debilidades, tal como una fábrica que necesita de diseñadores, inventores y control de calidad.
4. Apoyar con mayor solidez las inferencias científicas, que si se emplean aisladamente (Feuer, Towne y Shavelson, 2002).
5. Permitir una mejor "exploración y explotación" de los datos (Todd, Nerlich y McKeown, 2004).
6. Posibilidad de tener mayor éxito al presentar resultados a una audiencia hostil. Por ejemplo, un dato estadístico puede ser más "aceptado" por investigadores cualitativos si se presenta con segmentos de entrevistas.
7. Desarrollar nuevas destrezas o competencias en materia de investigación, o bien reforzarlas (Brannen, 2008).

Además de las ventajas anteriores, Lieber y Weisner (2010), así como Collins, Onwuegbuzie y Sutton (2006) identificaron cuatro razonamientos para utilizar los métodos mixtos:

a) Enriquecimiento de la muestra (al mezclar enfoques se mejora).
b) Mayor fidelidad de los instrumentos de recolección de los datos (certificando que sean adecuados y útiles, así como que se mejoren las herramientas disponibles).
c) Integridad del tratamiento o intervención (asegurando su confiabilidad).
d) Optimizar significados (facilitando mayor perspectiva de los datos, consolidando interpretaciones y la utilidad de los descubrimientos).

A los argumentos previos, diversos autores como Brannen (2008) y Burke, Onwuegbuzie y Turner (2007) incorporan una serie de razones prácticas para la "coexistencia" de los métodos cuantitativo y cualitativo:

a) Ambos enfoques han sido utilizados por varias décadas y hemos aprendido de los dos.
b) En la práctica diversos investigadores los han mezclado en distintos grados.
c) En su desarrollo diversos estudios que han sido concebidos bajo una visión cuantitativa o cualitativa han tenido que recurrir al otro método para explicar satisfactoriamente sus resultados o completar la indagación.
d) Ambas aproximaciones han evolucionado y hoy en día asumen valores fundamentales comunes: confianza en la indagación sistemática, supuesto de que la realidad es múltiple y construida, creencia en la falibilidad del conocimiento (posibilidad de cometer errores) y la premisa de que la teoría es determinada por los hechos.

Finalmente, son más sus similitudes que sus diferencias. Desde luego, todavía hay algunos investigadores y profesores que no aceptan los métodos mixtos, aunque la mayoría sí. Incluso hace pocos años, se hablaba de la "guerra de los paradigmas". Este tema y las posturas ante la fusión de los enfoques cuantitativo y cualitativo y una discusión sobre su compatibilidad-incompatibilidad, se presentan en el capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", que puede descargarse del centro de recursos.

Centro de recursos en línea

En la metodología actual, varios autores han expuesto las principales pretensiones o funciones de los métodos mixtos (que pueden servir para la justificación de un planteamiento del problema bajo esta aproximación), las cuales se incluyen en la tabla 17.1.

Tabla 17.1 Justificaciones y razonamientos para el uso de los métodos mixtos[3]

Justificación	Se refiere a...
1. Triangulación o incremento de la validez	Verificar convergencia, confirmación o correspondencia al contrastar datos CUAN y CUAL, así como a corroborar o no los resultados y descubrimientos en aras de una mayor validez interna y externa del estudio.
2. Compensación	Usar datos y resultados CUAN y CUAL para contrarrestar las debilidades potenciales de alguno de los dos métodos y robustecer las fortalezas de cada uno. Un enfoque puede visualizar perspectivas que el otro no, las debilidades de cada uno son subsanadas por su "contraparte".
3. Complementación	Obtener una visión más comprensiva sobre el planteamiento si se emplean ambos métodos, así como un mayor entendimiento, ilustración o clarificación de los resultados de un método sobre la base de los resultados del otro.
4. Amplitud (visión más integral y completa del fenómeno)	Examinar los procesos más holísticamente (conteo de su ocurrencia, descripción de su estructura y sentido de entendimiento).
5. Multiplicidad (diferentes preguntas de indagación)	Responder a un mayor número de diferentes preguntas de investigación y más profundamente.
6. Explicación	Mayor capacidad de explicación mediante la recolección y análisis de datos CUAN y CUAL y su interpretación conjunta.
7. Reducción de incertidumbre ante resultados inesperados	Un método (CUAN o CUAL) puede ayudar a explicar los hallazgos inesperados del otro método.
8. Iniciación	Descubrir contradicciones y paradojas, así como obtener nuevas perspectivas y marcos de referencia, y también a la posibilidad de modificar el planteamiento original y resultados de un método con interrogantes y resultados del otro método.
9. Expansión	Extender el rango de la indagación usando diferentes métodos para distintas etapas del proceso investigativo. Un método puede expandir o ampliar el conocimiento obtenido en el otro.

(*continúa*)

[3] Con aportaciones de O'Brien (2013), Johnson y Christensen (2012), Tashakkori y Teddlie (2008), Bryman (2008), Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) y Greene (2007).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 17.1 (*continuación*)

Justificación	Se refiere a...
10. Desarrollo	Usar los resultados de un método para ayudar a desplegar o informar al otro método en diversas cuestiones, como el muestreo, los procedimientos, la recolección y el análisis de los datos. Incluso, un enfoque puede proveerle al otro de hipótesis y soporte empírico. Por ejemplo, facilitar el muestreo de casos de un método, apoyándose en el otro.
11. Credibilidad	Al utilizar ambos métodos se refuerza la credibilidad general de los resultados y procedimientos.
12. Contextualización	Proveer al estudio de un contexto más completo, profundo y amplio, pero al mismo tiempo generalizable y con validez externa.
13. Ilustración	Ejemplificar de otra manera los resultados obtenidos por un método.
14. Utilidad	Mayor potencial de uso y aplicación de un estudio (puede ser útil para un mayor número de usuarios o practicantes).
15. Descubrimiento y confirmación	Usar los resultados de un método para generar hipótesis que serán sometidas a prueba a través del otro método.
16. Diversidad	Obtener puntos de vista variados, incluso divergentes, del fenómeno o planteamiento bajo estudio. Distintas ópticas ("lentes") para estudiar el problema. Además de lograr una mayor variedad de perspectivas para analizar los datos obtenidos en la investigación (relacionar variables y encontrarles significado).
17. Claridad	Visualizar relaciones "encubiertas", las cuales no habían sido detectadas por el uso de un solo método.
18. Argumentación	Consolidar los razonamientos y argumentaciones provenientes de la recolección y análisis de los datos por ambos métodos.
19. Producción metodológica	Generar nuevos métodos de recolección y análisis. Por ejemplo, desarrollar un instrumento para recolectar datos bajo un método, basado en los resultados del otro método, logrando así un instrumento más enriquecedor y comprehensivo.

¿Cuál es el sustento filosófico de los métodos mixtos?

De acuerdo con Creswell (2013a), Teddlie y Tashakkori (2012) y Hernández-Sampieri y Mendoza (2008), los métodos mixtos tienen las siguientes características:

- Eclecticismo metodológico (multiplicidad de teorías, supuestos e ideas).
- Pluralismo paradigmático.
- Aproximación iterativa y cíclica a la investigación.
- Orientación hacia el planteamiento del problema para definir los métodos a emplearse en un determinado estudio.
- Enfoque que parte de un conjunto de diseños y procesos analíticos, pero que se realizan de acuerdo con las circunstancias.
- Énfasis en la diversidad y pluralidad en todos los niveles de la indagación.
- Consideración de continuos más que dicotomías para la toma de decisiones metodológicas.
- Tendencia al equilibrio entre perspectivas.
- Fundamentación pragmática (lo que funciona, "la herramienta que necesitamos para la tarea: martillo, lija, serrucho, destornillador…, o una combinación de herramientas").

Tales características se las otorga su sustento epistemológico que es el **pragmatismo** (O'Brien, 2013, Johnson y Christensen, 2012; Creswell y Plano-Clark, 2011; Morris y Burkett, 2011; Lieber y Weisner, 2010; y Greene, 2004), en el cual pueden tener cabida prácticamente la mayoría de los estudios e investigadores cuantitativos o cualitativos. También, un modelo paradigmático multidimensional de la metodología de la investigación que se ha desarrollado (Niglas, 2010).

Pragmatismo Postura que consiste en usar el método más apropiado para un estudio específico. Es una orientación filosófica y metodológica, como el positivismo, pospositivismo o constructivismo.

Centro de recursos en línea

Estos temas que son sumamente relevantes para discutir los fundamentos de los métodos mixtos se desarrollan en el capítulo 17 adicional del centro de recursos en línea: "Ampliación y fundamentación de los diseños mixtos".

El proceso mixto

Realmente no hay un solo proceso mixto, sino que en un estudio híbrido concurren diversos procesos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008). Las etapas en las que suelen integrarse los enfoques cuantitativo y cualitativo son fundamentalmente: el planteamiento del problema, el diseño de investigación, el muestreo, la recolección de los datos, los procedimientos de análisis y/o interpretación de los datos (resultados).[4]

Centro de recursos en línea

Ahora comentaremos brevemente las etapas claves para investigaciones mixtas. En el centro de recursos en línea (capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos") se extienden conceptos e información sobre tales fases (incluyendo más ejemplos).

Planteamiento de problemas mixtos

Un estudio mixto comienza con un planteamiento del problema que demanda claramente el uso e integración de los enfoques cuantitativo y cualitativo. En este siglo, diversos artículos y textos han incluido diferentes cuestiones sobre los planteamientos mixtos, pero dada la naturaleza introductoria de este capítulo, nos limitaremos a los aspectos prácticos para desarrollarlos.

La formulación del planteamiento tiene tres momentos decisivos (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2012), aunque como en cualquier investigación, siempre se encuentra en evolución y puede ser modificada para adaptarse al estudio:

a) Al inicio del estudio, producto de una primera evaluación del problema y la revisión de la literatura básica.
b) Al momento de tomar decisiones sobre los métodos.
c) Una vez que se tienen los primeros resultados e interpretaciones emergentes.

Por ahora, nos limitaremos al primero.

Al comienzo de la investigación, regularmente el planteamiento mixto contiene la intención conjunta del estudio, así como los propósitos de las ramas cuantitativa y cualitativa de la investigación y la argumentación para incorporarlas o mezclarlas y responder al problema de interés. Lo anterior puede tener tres vertientes:

1. Primero formular los objetivos y preguntas cuantitativas y cualitativas separadas, seguidas de interrogantes explícitas para métodos mixtos. Por ejemplo, en una investigación que involucra la recolección y análisis simultáneos de datos cuantitativos y cualitativos (concurrente), una pregunta sería: ¿convergen los resultados y descubrimientos cuantitativos y cualitativos? En un estudio más secuencial (en donde primero hay una fase de recolección y análisis CUAN o CUAL y luego una segunda del otro enfoque), la pregunta sería: ¿de qué forma el seguimiento de descubrimientos cualitativos ayuda a explicar los resultados cuantitativos iniciales? O bien, ¿cómo los resultados cualitativos explican, expanden o clarifican las inferencias cuantitativas?
2. Redactar una o varias preguntas mixtas o integradas y después dividirlas en preguntas derivadas o secundarias cuantitativas y cualitativas separadas para responder a cada rama o fase de la indagación. Esto es más común en investigaciones concurrentes o en paralelo que en secuenciales.[5]

[4] Moran-Ellis *et al.* (2006) proponen que la integración en la investigación debe ser entendida como una relación particular práctica entre diferentes métodos, conjuntos de datos, descubrimientos analíticos o perspectivas. Estos autores señalan que en los métodos mixtos, la integración puede ocurrir en varios puntos del proceso investigativo y se reservan el término "mixtos" para estudios en los cuales la mezcla (entretejido) sucede desde la concepción misma del proyecto (planteamiento), pero también reconocen a las aproximaciones que por razones teóricas o pragmáticas, sitúan la integración de los datos, descubrimientos o perspectivas en otras partes del proceso indagatorio. Independientemente del punto en el cual ocurra, esa integración genera interconexión entre métodos o datos, y al mismo tiempo retiene las modalidades de los diferentes enfoques paradigmáticos.

[5] Como se verá más adelante, un diseño concurrente implica recolección y análisis simultáneos de datos CUAN y CUAL, mientras que en un diseño secuencial, primero se da una etapa con un método y luego una segunda etapa con el otro método.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Por ejemplo, supongamos que vamos a estudiar las funciones que cubre la asistencia a discotecas (discos), bares, antros y equivalentes en los adultos jóvenes universitarios de 21 a 27 años, de alguna gran ciudad sudamericana (Buenos Aires, Santa Fe de Bogotá, Santiago de Chile, Lima, Caracas y otras). La pregunta general podría ser: ¿qué funciones cumple entre los adultos jóvenes estudiantes ir a antros y centros nocturnos? Las preguntas secundarias podrían ser: ¿por qué razones asisten a esos lugares? (CUAN), ¿qué bebidas y alimentos consumen y en qué cantidad? (CUAN), ¿qué funciones específicas manifiestan para asistir? (por ejemplo, socialización, evasión, entretenimiento, etc.) (CUAN), ¿cómo describen y caracterizan sus vivencias y experiencias en tales sitios? (CUAL), ¿qué sentimientos expresan? (CUAL), ¿qué tan agradables-desagradables son esas experiencias para ellos? (CUAN).

Para responder, podríamos al mismo tiempo realizar observación abierta (CUAL) y entrevistas mixtas semiestructuradas durante una semana en antros y centros nocturnos. En las entrevistas se podrían formular algunas interrogantes con categorías "cerradas". También, el estudio se enriquecería con una encuesta y grupos de enfoque en una universidad.

Durante la investigación podrían emerger nuevas preguntas a raíz de los resultados iniciales y los intereses del investigador como: ¿qué conductas manifiestan para relacionarse con otras personas de su mismo género y del género opuesto? (por ejemplo, intercambiar caricias, besarse, únicamente charlar, bailar…). Además, podríamos ahondar en casos individuales (biografías).[6]

Desde luego, es una simplificación, pero esperemos que se comprenda el sentido de las interrogantes. Otro ejemplo en un estudio concurrente o simultáneo lo proporcionan Tashakkori y Creswell (2007). La pregunta mixta podría ser: ¿cuáles son los efectos del tratamiento X en ciertas conductas y percepciones de los grupos A y B? Las preguntas derivadas del cuestionamiento mixto general podrían ser: ¿los grupos A y B son o no diferentes en las variables Y y Z? (CUAN) y ¿cuáles son las percepciones y construcciones de los participantes en los grupos A y B respecto al tratamiento X? (CUAL).

3. Escribir preguntas para cada fase de la investigación de acuerdo con la evolución del estudio. Si la primera etapa es cuantitativa, la interrogante deberá ser enmarcada como una pregunta CUAN y su respuesta tentativa será la hipótesis. Si la segunda etapa es cualitativa, la pregunta será redactada como CUAL. Esto es más usual en los estudios secuenciales.

Las tres prácticas ofrecen diferentes perspectivas, lo que los investigadores e investigadoras deben reflexionar es si se incluyen en el planteamiento preguntas y objetivos para cada aproximación (CUAN y CUAL), o si se prefieren preguntas y objetivos que enfatizan la naturaleza mixta y la integración; o bien, planteamientos que trascienden las preguntas secundarias cuantitativas y cualitativas. Lo importante es que quede claro lo que pretendemos investigar y la naturaleza mixta del estudio en cuestión.

Asimismo, al ubicar a los métodos mixtos en un continuo multidimensional, más que una tercera opción agregada a la dicotomía cualitativa-cuantitativa, y tomando en cuenta lo comentado previamente, se crea un dilema interesante: ¿la mezcla debe o puede ocurrir desde el planteamiento, o debe limitarse a los métodos del estudio (recolección y análisis de datos e inferencias —discusión—)? Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) consideran que ya sea de manera explícita o implícita, desde el planteamiento deben combinarse las aproximaciones CUAN y CUAL, aunque como señalan, el desarrollo del estudio generalmente producirá preguntas y objetivos adicionales (emergentes y derivados de los primeros resultados).

Con el fin de clarificar los planteamientos mixtos, Teddlie y Tashakkori (2010) nos ofrecen un diagrama para ilustrar su formulación, el cual se muestra en la figura 17.3. Asimismo, se ejemplifica el diagrama con el caso de un estudio en cierta provincia de México sobre las experiencias de egresados universitarios en el proceso de obtención de empleo y los factores que inciden en éste[7] (véase la figura 17.4).

[6] Por ejemplo, encontrar el caso de una joven llamada María que siempre que no tiene novio asiste para buscar uno (no puede vivir sin novio, la función es "evitar la soledad") y cuando lo tiene, acude simplemente para que la vean con él ("búsqueda de estatus"); otra joven adulta que recibiera el nombre de Viridiana, que asiste simplemente a divertirse con sus amigas y desestresarse ("diversión"); Sergio, quien concurre a "conquistar mujeres", etc. Esas biografías profundizarían nuestro entendimiento del problema y lo ilustrarían con casos reveladores.

[7] El nombre de la provincia se omite para que cada quien lo adapte a aquella donde reside.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Cabe señalar que el objetivo y la pregunta mixtos abarcan un elemento cualitativo (contextualizar) y uno cuantitativo (incidir, efectos). Asimismo, podría proponerse otro objetivo mixto y su correspondiente pregunta (con valor metodológico): desarrollar instrumentos que midan y ponderen los factores que inciden en la obtención de empleo por parte de los egresados de las universidades de esa provincia, y caractericen sus experiencias.

Figura 17.3 Flujo del proceso de plantear problemas de investigación mixta.

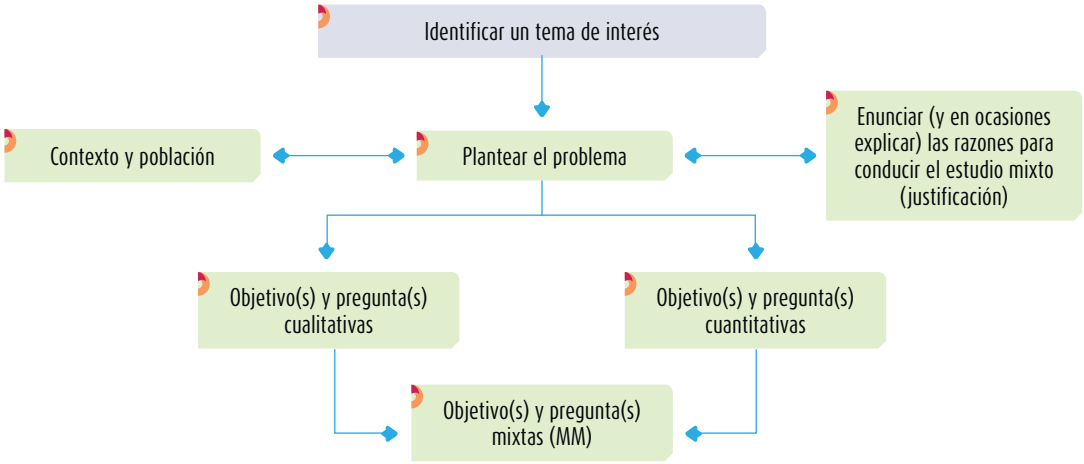
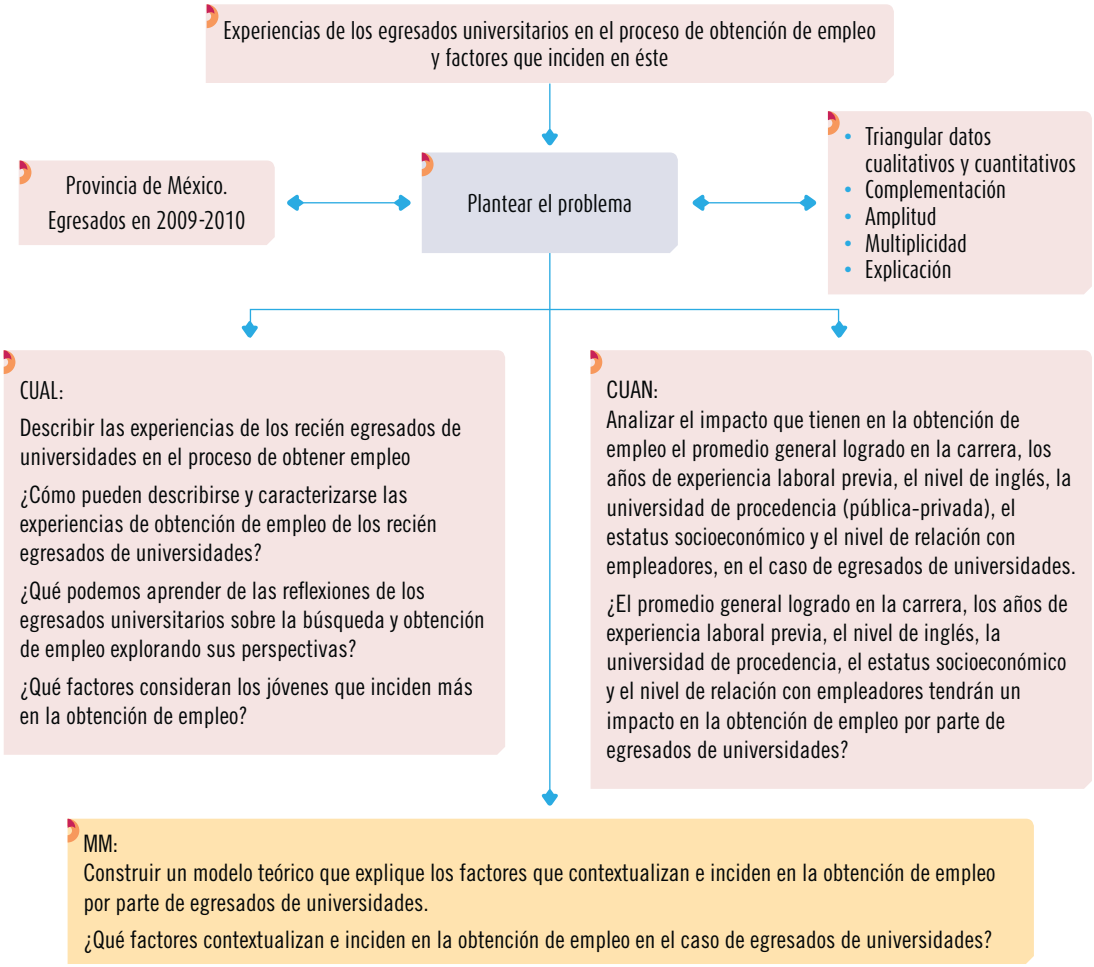


Figura 17.4 Ejemplo del proceso de plantear problemas de investigación mixta.



Respecto a la justificación, Creswell (2009) sugiere que el investigador esboce una muy breve historia de la evolución de los métodos mixtos e incluya una definición, debido a que éstos son relativamente nuevos en las ciencias. Hernández-Sampieri y Mendoza (2012) consideran que esto solamente debe hacerse cuando el planteamiento se presenta ante una comunidad poco o no familiarizada con este tipo de indagación. En la práctica, algunos autores lo hacen al inicio de la revisión de la literatura.

La estructura sería más o menos la siguiente:

> En el campo de… (disciplina donde se inserta nuestro estudio, por ejemplo: psicología clínica) las investigaciones mixtas han ido multiplicándose aceleradamente. Como muestra tenemos a… (citar tres o cuatro ejemplos de referencias mixtas dentro del campo con una breve explicación, si han tratado el mismo problema que nosotros o parecido, mejor).
>
> Los métodos mixtos pueden definirse… (definición o definiciones, con referencias).

Otra manera que facilita la formulación del planteamiento del problema es la siguiente:[8]

- Comenzar con el propósito, objetivo o intención conjunta del estudio, desde una perspectiva de contenido. Por ejemplo: el propósito de esta investigación mixta concurrente es explorar qué tan preparados se encuentran los residentes de algunas poblaciones de Islandia para evacuar sus hogares ante la eventual erupción del volcán Katla y el consecuente *jökulhlaup* (explosión/inundación glacial) (Bird, Gisladottir y Dominey-Howes, 2009 y 2010). De este modo, el lector puede comprender el alcance general del estudio antes de que el investigador plantee las ramas cuantitativa y cualitativa de la indagación.
- Indicar el diseño utilizado, ya sea general (secuencial, concurrente, anidado, de integración) o específico (secuencial explicativo, etcétera).[9]
- Discutir las razones para combinar ambos enfoques (por ejemplo: entender mejor un problema triangulando información cuantitativa y cualitativa, profundizar en resultados cuantitativos mediante algún método cualitativo, confirmar…, etcétera).
- Incluir objetivos y preguntas cuantitativas y cualitativas que distingan a las etapas entre sí y cómo van a conjuntarse.
- En cada rama clarificar el centro del estudio (fenómeno o concepto central cualitativo y variables cuantitativas, así como su relación), especificar los casos a incluir en cada rama y el contexto respectivo, así como los instrumentos de recolección de los datos.

Desde luego, el planteamiento es distinto dependiendo del diseño mixto. Un ejemplo de guion general para la introducción del planteamiento en un diseño exploratorio secuencial puede ser el siguiente:[10]

> El objetivo de este estudio secuencial es …… (intención conjunta). La primera etapa (fase, aproximación, paso…) cualitativa consistirá en …… (exploración, descripción, mención… del fenómeno central), mediante la recolección (análisis, profundización…) de …… (tipo de datos) de …… (casos, unidades, participantes…) en …… (ambiente, contexto, sitio). Los resultados de esta etapa servirán (se usarán, serán útiles…) para …… (diseñar, desarrollar, construir, generar, generalizar…) una segunda fase cuantitativa que …… (pruebe, demuestre, generalice, produzca, construya...) la(s)/(los) …… (teoría, hipótesis, resultados…) [que relacionan (comparan, contrastan) las

[8] Con aportaciones de Creswell (2013a), Hernández-Sampieri y Mendoza (2012), Mertens (2010) y Morse (2010).
[9] Más adelante se revisan los diseños mixtos.
[10] Desde luego, los guiones presentados deben adaptarse y pueden contener menos o más elementos que los incluidos en estas páginas y la redacción ser sencilla.

variables ..... listarlas)], en una muestra ..... (tipo de muestra) de ..... (casos, unidades, etc.) en (de) ..... (contexto, ambiente, lugar…).

Para un diseño explicativo secuencial, el guión podría ser:

El objetivo de este estudio secuencial es ..... (intención conjunta). La primera etapa (fase, aproximación, paso…) cuantitativa consistirá en ..... (probar, demostrar…) la ..... (teoría, hipótesis, afirmación…) que ..... (relaciona, vincula, asocia…) las variables .....(listarlas) en una muestra ..... (tipo de muestra) de ..... (casos, unidades, etc.) en (de) ..... (contexto, ambiente, lugar…). Los resultados (información) serán ..... (ampliados, profundizados, validados, complementados…) con (a través, mediante…) una segunda etapa cualitativa que consistirá en ..... (explicación del sentido de esta fase) respecto a ..... (fenómeno central) ..... en (con, de) ..... (muestra cualitativa, casos, participantes, unidades…) en (de) ..... (ambiente, contexto, sitio).

Un guion para un planteamiento concurrente general podría ser:

El propósito de este estudio mixto concurrente es ..... (intención conjunta). Para la rama cuantitativa se pretende (busca, se tiene la intención…) ..... (objetivo cuantitativo), por medio (mediante, a través…) de recolectar y analizar datos de las variables ..... (listar) utilizando ..... (instrumento de medición) con (en, de…) ..... (muestra cuantitativa, casos, unidades…) en (de) ..... (contexto, ambiente, sitio de la investigación). Para la rama cualitativa se pretende (busca, se tiene la intención…) ..... (objetivo cualitativo), por medio (mediante, a través…) de recolectar y analizar datos de ..... (fenómeno central) que se obtendrán mediante ..... (instrumento cualitativo) a (en) ..... (muestra cualitativa, casos, unidades, participantes…) en ..... (ambiente, contexto, sitio).

Ejemplos

1. *La cultura organizacional en los empleados de empresas multinacionales japonesas radicadas en México* (Muñoz, 2011).

El propósito de esta investigación mixta concurrente es conocer el impacto que tienen las prácticas administrativas japonesas en la cultura organizacional de empresas niponas establecidas en México. Para la rama cualitativa se busca entender el proceso de aculturación de los empleados mexicanos a la filosofía japonesa de trabajo y las prácticas administrativas derivadas de ella, mediante entrevistas y observación. Para la vertiente cuantitativa se pretende determinar la influencia de ciertas variables derivadas de tales prácticas (autonomía en el trabajo, valoración de éste, ciudadanía organizacional, formalización, inclusión y aprendizaje incesante) sobre la satisfacción laboral de los empleados y la cultura organizacional, a través de la aplicación de un instrumento estandarizado. El estudio se llevaría a cabo en diez empresas industriales y multinacionales japonesas de más de 500 trabajadores.

2. *Factores que inciden en la intención de voto por candidatos en elecciones presidenciales en un país latinoamericano* (en desarrollo por Christian Paulina Mendoza y Roberto Hernández-Sampieri, 2013-2014).

La finalidad del estudio exploratorio secuencial es entender los factores que inciden en la intención de voto por los candidatos a la presidencia de un país latinoamericano. La primera etapa cualitativa consistirá en conocer qué factores considera fundamentales un grupo de ciudadanos en la decisión de votar por uno u otro candidato en una elección presidencial, mediante grupos de enfoque realizados con individuos mayores de edad de diversas características demográficas (n = 300). Los resultados servirán para construir un cuestionario que mida

tales factores. En una segunda etapa cuantitativa, se aplicará el instrumento a una muestra nacional por conglomerados, con la finalidad de asociar los factores entre sí y analizar su efecto en la intención de voto por los candidatos. Con los resultados de ambas fases, se pretende desarrollar un modelo que integre los elementos centrales que inciden en dicha intención.

3. *Diferencias individuales y fallas de intervención: un estudio explicativo secuencial con estudiantes universitarios respecto a tomar notas de la web "copiando y pegando"* (Igo, Kiewra y Bruning, 2008).

El propósito de este estudio secuencial explicativo mixto es explorar el impacto de diferentes niveles de restricción al tomar notas bajo el esquema de "copiar y pegar" en el aprendizaje de textos basados en la web. En la primera fase del estudio (cuantitativa), los estudiantes universitarios tomaron notas de acuerdo con una de las cuatro condiciones experimentales de *copiar y pegar*; posteriormente, se les hicieron pospruebas respecto al aprendizaje de hechos, conceptos y relaciones entre ideas del texto que elaboraron. Los resultados experimentales sirvieron para diseñar una segunda etapa cualitativa, en la cual se analizaron las notas que escribieron y sus respuestas a una entrevista en profundidad, con la finalidad de explicar los resultados del experimento.

Revisión de la literatura

En la mayoría de los estudios mixtos se realiza una revisión exhaustiva y completa de la literatura pertinente para el planteamiento del problema, de la misma forma como se hace con investigaciones cuantitativas y cualitativas (véase el capítulo 4 de este libro y el capítulo 3 del centro de recursos en línea). Es necesario incluir referencias cuantitativas, cualitativas y mixtas.

Centro de recursos en línea

Además de la revisión de la literatura y el consecuente desarrollo de un marco teórico, está el asunto de la "teorización", es decir, si el estudio se guía o no por una perspectiva teórica con mayor alcance (Creswell, 2013a). Puede ser una teoría de las ciencias (por ejemplo: teoría de la atribución en psicología, teoría de usos y gratificaciones en comunicación, teoría del valor en economía, teoría de la motivación intrínseca en el estudio del comportamiento humano en el trabajo, teoría de Hammer sobre el cáncer) o un enfoque teorético transformador como la "investigación acción participativa". Como señala Creswell (20013a), todos los investigadores se fundamentan en teorías, marcos de referencia o perspectivas para la realización de sus estudios y éstas pueden ser más o menos explícitas en las investigaciones mixtas. Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) recomiendan que sean explicitadas con claridad, dado que los métodos mixtos son relativamente nuevos en Iberoamérica. Las teorías orientan sobre los tipos de planteamientos que se generan, quiénes deben ser los participantes en el estudio, qué tipos de datos es pertinente recolectar y analizar, y de qué modo, y las implicaciones hechas mediante la investigación. Los enfoques transformadores también guían todo el conjunto de procesos mixtos.

Hipótesis

En los métodos mixtos, las hipótesis se incluyen "en y para" la parte o fase cuantitativa, cuando mediante nuestro estudio pretendemos algún fin confirmatorio o probatorio; y son un producto de la fase cualitativa (que generalmente tiene un carácter exploratorio en el enfoque híbrido). Podemos entonces, tener hipótesis predeterminadas derivadas del planteamiento del problema, hipótesis emergentes durante el proceso de investigación e hipótesis derivadas de resultados cualitativos, cuantitativos o de la mezcla.

Diseños

Realmente cada estudio mixto implica un trabajo único y un diseño propio, por lo que resulta una tarea más "artesanal" que los propios diseños cualitativos; sin embargo, se han identificado modelos generales de diseños que combinan los métodos cuantitativo y cualitativo, y que guían la construcción y el desarrollo del diseño particular (Creswell, 2013a; Tashakkori y Teddlie, 2010; y Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008). Así, el investigador elige un diseño mixto general y luego desarrolla un diseño específico para su estudio.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Para escoger el diseño mixto apropiado es necesario que el investigador responda a las siguientes preguntas y reflexione sobre las respuestas:

1. ¿Qué clase de datos tienen prioridad: los cuantitativos, los cualitativos o ambos por igual?
2. ¿Qué resulta más apropiado para el estudio en particular: recolectar los datos cuantitativos y cualitativos de manera simultánea (al mismo tiempo) o secuencial (un tipo de datos primero y luego el otro)?
3. ¿Cuál es el propósito central de la integración de los datos cuantitativos y cualitativos: triangulación, complementación, exploración o explicación?
4. ¿En qué parte del proceso, fase o nivel es más conveniente que se inicie y desarrolle la estrategia mixta? Por ejemplo: desde o durante el planteamiento del problema, en el diseño de investigación, recolección de los datos, análisis de los datos, interpretación de resultados o elaboración del reporte de resultados.

Cuatro preguntas que el investigador debe hacerse al elegir o desarrollar un diseño mixto:

- ¿Qué enfoque tendrá la prioridad? (al plantear el diseño en el método)
- ¿Qué secuencia se habrá de elegir? (antes de implementarlo)
- ¿Cuál es (son) el (los) propósito(s) central(es) de la integración de los datos cuantitativos y cualitativos? (al plantear el problema)
- ¿En qué etapas del proceso de investigación se integrarán los enfoques (antes de implementarlo o durante la implementación)?

Analicemos las posibles respuestas y sus implicaciones para los diseños.

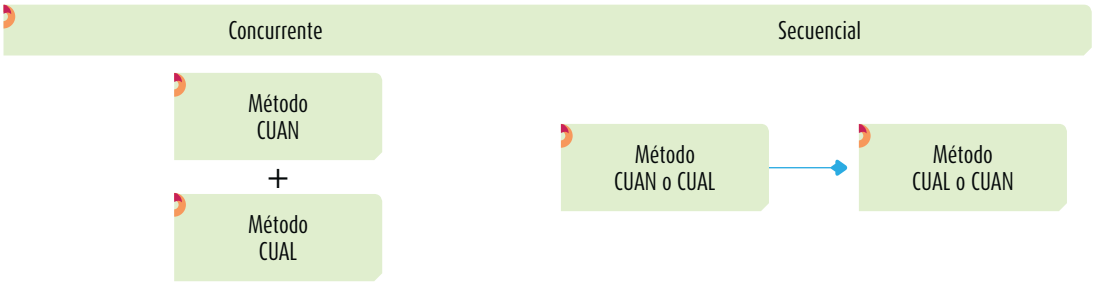
1. Prioridad o peso

Este elemento se refiere a establecer cuál de los dos métodos tendrá mayor peso en el estudio, o bien, si ambos poseerán la misma prioridad. Esto depende de los intereses del investigador plasmados en el planteamiento del problema. En ocasiones un método (menor importancia) se usa simplemente para validar los resultados del método con mayor primacía.

2. Secuencia o tiempos de los métodos o componentes

Al elaborar la propuesta y concebir el diseño mixto, el investigador necesita tomar en cuenta los tiempos de los métodos del estudio, particularmente en lo referente al muestreo, recolección y análisis de los datos, así como a la interpretación de resultados. En este sentido, los componentes o métodos pueden ejecutarse de manera *secuencial* o *concurrente* (simultáneamente). Esto se muestra en la figura 17.5.

Figura 17.5 Tiempos de los métodos de un estudio mixto.



Ejecución concurrente

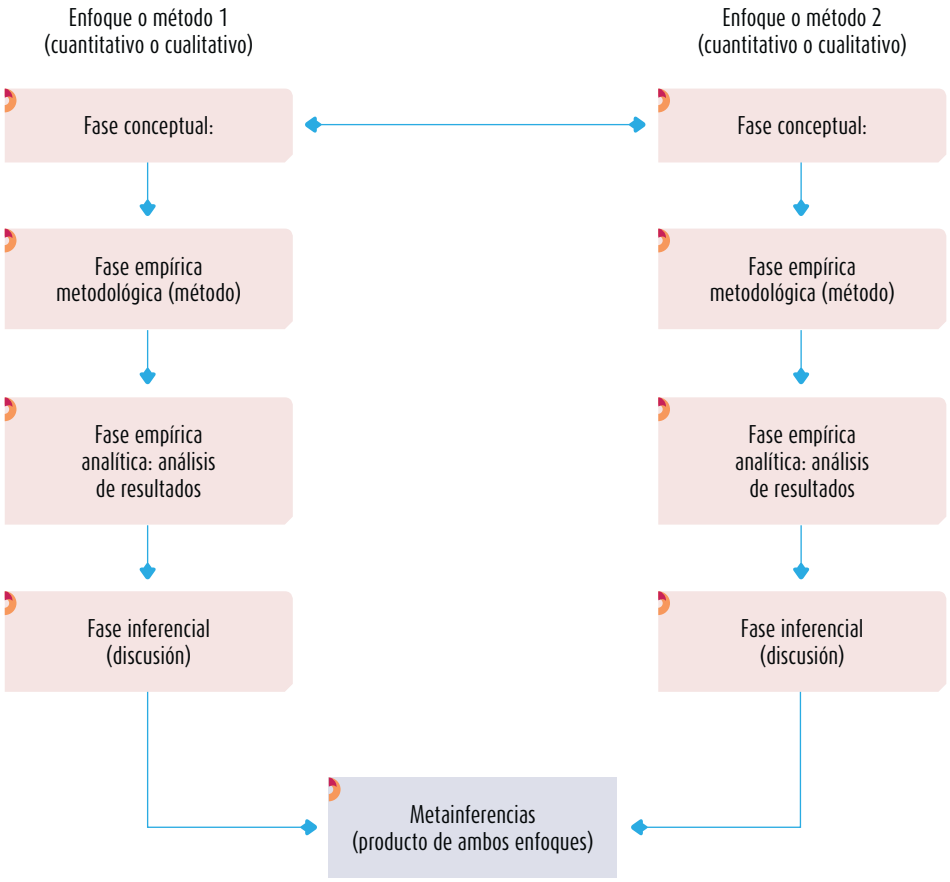
Se aplican ambos métodos de manera simultánea (los datos cuantitativos y cualitativos se recolectan y analizan más o menos en el mismo tiempo). Desde luego, sabemos de antemano que regularmente los datos cualitativos requieren de mayor tiempo para su obtención y análisis.

Los diseños concurrentes implican cuatro condiciones (Onwuegbuzie y Johnson, 2008):

i) Se recaban en paralelo y de forma separada datos cuantitativos y cualitativos.
ii) Ni el análisis de los datos cuantitativos ni el análisis de los datos cualitativos se construye sobre la base del otro análisis.
iii) Los resultados de ambos tipos de análisis no son consolidados en la fase de interpretación de cada método, sino hasta que ambos conjuntos de datos han sido recolectados y analizados de manera separada.
iv) Después de la recolección de los datos e interpretación de resultados de los componentes CUAN y CUAL, se establecen una o varias "metainferencias" que integran los hallazgos, inferencias y conclusiones de ambos métodos y su conexión o mezcla.

Estos diseños concurrentes (sin secuencia, en paralelo), en términos de sus procesos, son ilustrados por Teddlie y Tashakkori (2009), tal como se muestra en la figura 17.6.[11]

Figura 17.6 Procesos de los diseños mixtos concurrentes.



Ejecución secuencial

En una primera etapa se recolectan y analizan datos cuantitativos o cualitativos, y en una segunda fase se recaban y analizan datos del otro método. Normalmente, cuando se recolectan primero los datos cualitativos, la intención es explorar el planteamiento con un grupo de participantes en su contexto, para posteriormente expandir el entendimiento del problema en una muestra mayor y poder efectuar generalizaciones a la población (Creswell, 2013a).

[11] En la segunda y tercera parte del libro ya se presentaron los procesos correspondientes a los métodos cuantitativo y cualitativo, por lo que no se considera pertinente volverlos a mostrar. Por ello, se han simplificado en las fases generales de Teddlie y Tashakkori (2009).

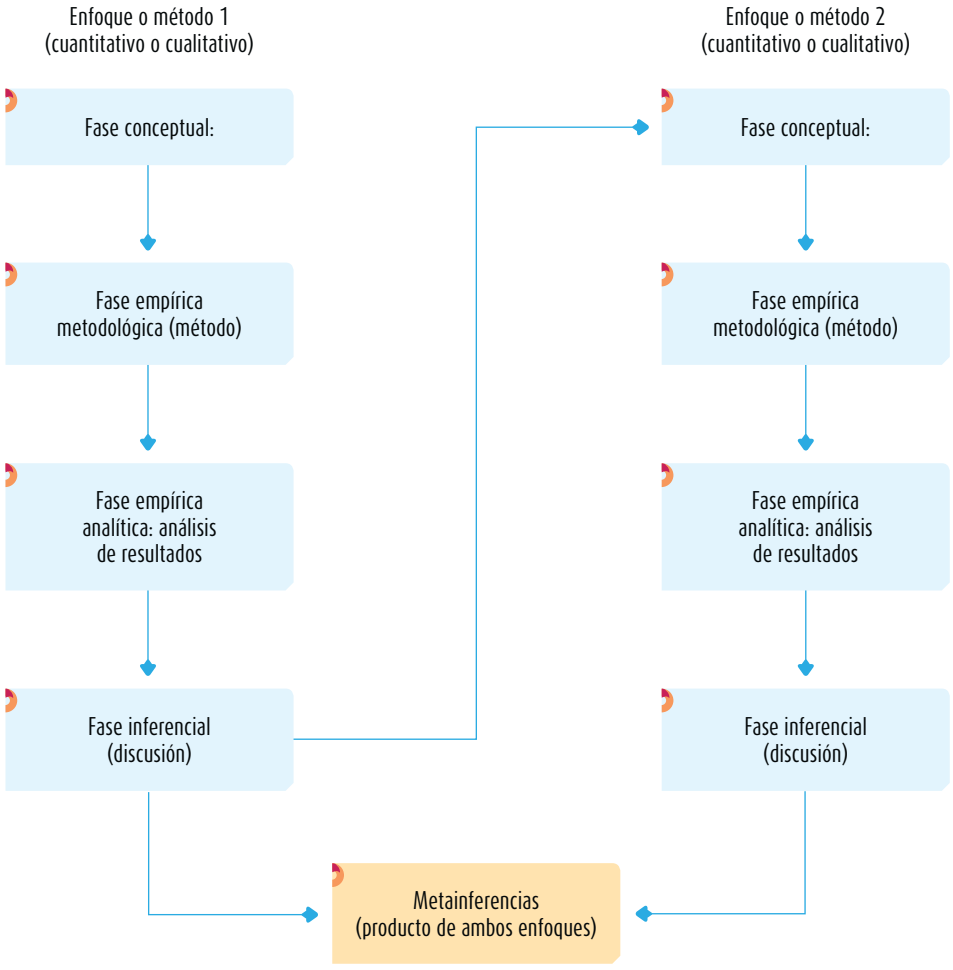
En los diseños secuenciales, los datos recolectados y analizados en una fase del estudio (CUAN o CUAL) se utilizan para informar a la otra fase (CUAL o CUAN). Aquí, el análisis comienza antes de que todos los datos sean recabados (Onwuegbuzie y Johnson, 2008).

Estos diseños pueden aplicarse a lo que Chen (2006) denomina evaluaciones guiadas por teoría, a través de dos estrategias:

a) Cambio de estrategia (por ejemplo, primero aplicar métodos cualitativos para "iluminar" y producir teoría fundamentada y luego utilizar métodos cuantitativos para "aquilatarla").
b) Estrategia contextual "revestida" (por ejemplo, utilizar una aproximación cualitativa para recolectar información del contexto con el fin de facilitar la interpretación de datos cuantitativos o "reconciliar" descubrimientos).

Los diseños secuenciales son caracterizados gráficamente en cuanto a sus procesos en la figura 17.7.

Figura 17.7 Procesos de los diseños mixtos secuenciales.

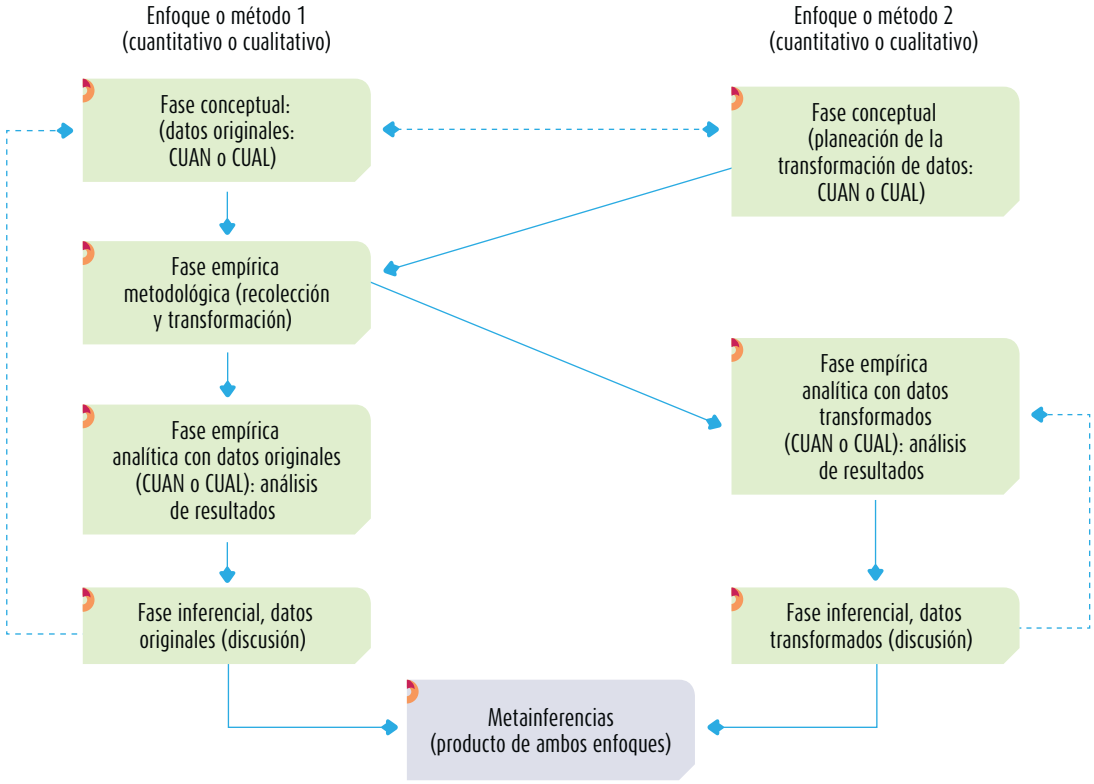


3. Propósito esencial de la integración de los datos

Uno de los propósitos más importantes de diversos estudios mixtos es la transformación de datos para su análisis. En términos de Bazeley (2010) y Teddlie y Tashakkori (2009), esto implica que un tipo de datos es convertido en otro (cualificar datos cuantitativos o cuantificar datos cualitativos) y luego se analizan ambos conjuntos de datos bajo análisis tanto CUAN como CUAL. Esto da pie a una clase de diseños denominados "de conversión", cuyo proceso se representa en la figura 17.8.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Figura 17.8 Procesos de los diseños mixtos de conversión.



4. Etapas del proceso de investigación en las cuales se integrarán los enfoques

¿En qué etapas se deben integrar los enfoques CUAN y CUAL en un estudio mixto? Como ya se señaló, la combinación entre los métodos cuantitativo y cualitativo se puede dar en varios niveles. En algunas situaciones la mezcla puede "ir tan lejos" como incorporar ambos enfoques en todo el proceso de indagación. En este último caso se tiene una clase de diseño que Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) denominaron como diseños mixtos de integración de procesos y representan el más alto grado de combinación entre los enfoques cualitativo y cuantitativo. En éstos, ambas aproximaciones se entremezclan desde el inicio hasta el final, o al menos, en la mayoría de sus etapas. Requiere de un manejo completo de los dos métodos y una mentalidad abierta. Agrega complejidad al diseño de estudio, pero contempla todas las ventajas de cada uno de los enfoques. La investigación oscila entre los esquemas de pensamiento inductivo y deductivo, además de que por parte del investigador se necesita un enorme dinamismo en el proceso.

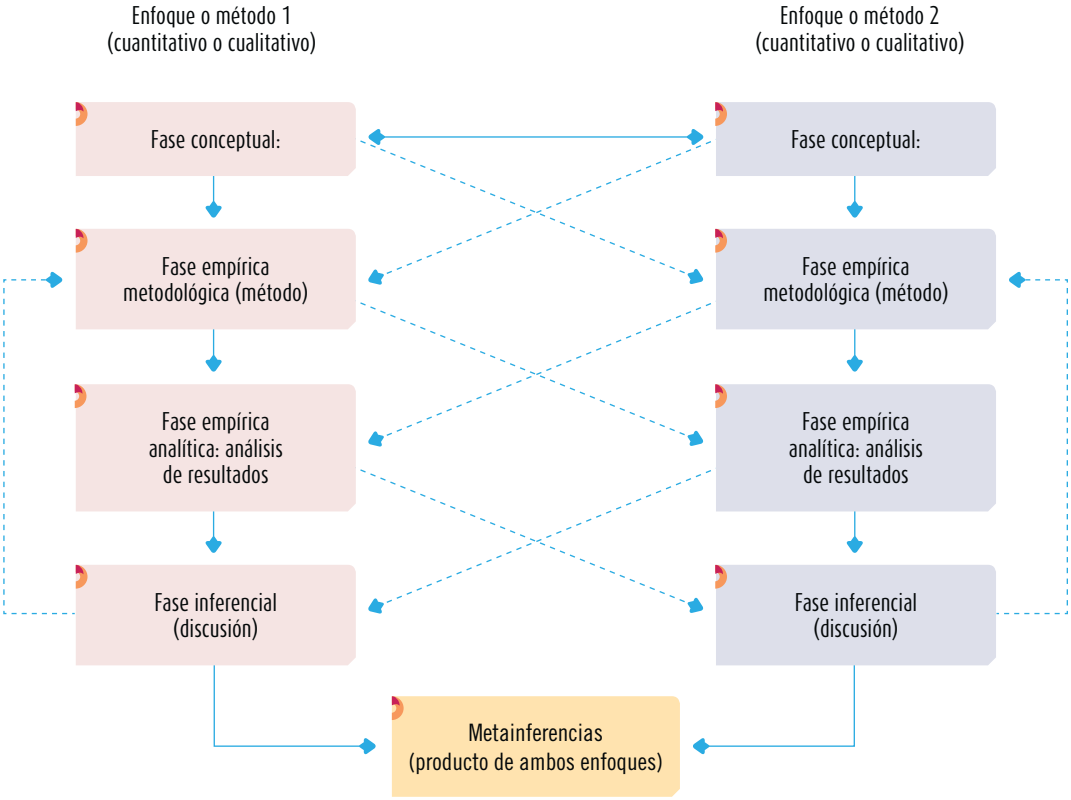
Algunas de las características de estos diseños son:

- Se recolectan datos cuantitativos y cualitativos, a varios niveles, de manera simultánea o en diferentes secuencias, a veces se combinan y transforman los dos tipos de datos para arribar a nuevas variables y temas para futuras pruebas o exploraciones (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).
- Se realizan análisis cuantitativos y cualitativos sobre los datos de ambos tipos durante todo el proceso. Se comparan variables y categorías cuantitativas con temas y categorías cualitativas y se establecen múltiples contrastes.
- Se pueden involucrar otros diseños específicos en el mismo estudio, por ejemplo, un experimento.
- Los resultados definitivos se reportan hasta el final, aunque pueden elaborarse informes parciales.
- El proceso es completamente iterativo.
- Son diseños para lidiar con problemas sumamente complejos.

- Los resultados se pueden generalizar y es factible al mismo tiempo desarrollar teoría emergente y probar hipótesis, explorar, etcétera.

Teddlie y Tashakkori (2009) y Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) los ilustran como puede apreciarse en la figura 17.9.

Figura 17.9 Procesos de los diseños mixtos de integración.



El peso o prioridad, la secuencia, el propósito esencial de la combinación de los datos y las etapas del proceso de investigación en las cuales se integrarán los enfoques son los elementos básicos para perfilar el diseño específico de acuerdo con la mayoría de los autores. Sin embargo, Creswell (2013a) agrega un quinto factor, que denomina *teorización* (no se refiere a apoyarse en un marco o perspectiva teórica, sino a guiarse por un enfoque teorético transformador, como el *feminismo* o la *concepción emancipadora*). Este metodólogo resume en una matriz la toma de decisiones para tal elección en función de cuatro de los factores, la cual se muestra en la tabla 17.2.

Tabla 17.2 Elementos para decidir el diseño general apropiado[12]

Tiempos	Prioridad o peso	Mezcla	Teorización
Concurrente (no hay secuencia)	Igual	Integrar ambos métodos	
Secuencial: primero el método cualitativo	Cualitativo (CUAL)	Conectar un método con el otro	Explícita
Secuencial: primero el método cuantitativo	Cuantitativo (CUAN)	Anidar o incrustar un método dentro de otro	Implícita

[12] Creswell (2009, p. 207).

Diseños mixtos específicos

Hay algunas clasificaciones de los métodos mixtos, bastante similares; por cuestiones de espacio, incluiremos una sola tipología, la de Hernández-Sampieri y Mendoza (2008), que se deriva de los esquemas anteriores (concurrentes, secuenciales, de transformación e integración).[13] Pero, antes de desplegarla es necesario revisar la simbología o notación que suele utilizarse actualmente para visualizar los diseños mixtos y que es muy útil para que los investigadores comuniquen sus procedimientos:[14]

- En primer término se abrevia el método o estrategia, en español es: Cuan (cuantitativo)/Cual (cualitativo); en inglés: Quan (*quantitative*)/Qual (*qualitative*).
- Un "+" indica una forma de recolección o análisis de los datos simultánea, concurrente o en paralelo.
- Un "→" significa una forma de recolección o análisis de los datos secuencial.
- Una "O" implica que el diseño puede adquirir dos formatos.
- Cuando un método tiene mayor peso o prioridad en la recolección de datos, el análisis de éstos y su interpretación se escribe en mayúsculas (CUAN o CUAL); y cuando tiene menor peso se escribe con minúsculas (cual o cuan). Implica énfasis (Creswell, 2013a y Morse y Niehaus, 2009).
- Una notación CUAN/cual indica que el método cualitativo está anidado o incrustado dentro del método cuantitativo.
- Los recuadros □ se refieren a la recolección y análisis de datos cuantitativos o cualitativos.

1. Diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS)[15]

El diseño implica una fase inicial de recolección y análisis de datos cualitativos seguida de otra donde se recaban y analizan datos cuantitativos. Hay dos modalidades del diseño atendiendo a su finalidad (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008 y Creswell *et al.*, 2008):

a) *Derivativa*. En esta modalidad la recolección y el análisis de los datos cuantitativos se hacen sobre la base de los resultados cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando se conecta el análisis cualitativo de los datos y la recolección de datos cuantitativos. La interpretación final es producto de la comparación e integración de resultados cualitativos y cuantitativos. El foco esencial del diseño es efectuar una exploración inicial del planteamiento. Creswell (2009) comenta que el DEXPLOS es apropiado cuando buscamos probar elementos de una teoría emergente producto de la fase cualitativa y pretendemos generalizarla a diferentes muestras. Morse (2010) señala otra finalidad del diseño en esta vertiente: determinar la distribución de un fenómeno dentro de una población seleccionada. Asimismo, el DEXPLOS es utilizado cuando el investigador necesita desarrollar un instrumento estandarizado porque las herramientas existentes son inadecuadas o no se puede disponer de ellas. En este caso es útil usar un diseño exploratorio secuencial de tres etapas:

   1. Recabar datos cualitativos y analizarlos (obtener categorías y temas, así como segmentos específicos de contenido que los respalden e ilustren).
   2. Utilizar los resultados para construir un instrumento cuantitativo (los temas o categorías emergentes pueden concebirse como las variables y los segmentos de contenido que ejemplifican las categorías pueden adaptarse como ítems y escalas, o generarse reactivos para cada categoría). De forma alternativa, se buscan instrumentos que puedan ser modificados para que concuerden con los temas y frases encontradas durante la etapa cualitativa.
   3. Administrar el instrumento a una muestra probabilística de una población para validarlo.

[13] En el capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los diseños mixtos", del centro de recursos, el lector encontrará otras clasificaciones de los diseños mixtos, organizadas históricamente, desde Patton (1990) hasta Creswell (2013a).
[14] Esta simbología ha sido desarrollada principalmente por Janice Morse y John Creswell.
[15] Las abreviaturas de estos diseños son de Hernández-Sampieri y Mendoza (2008).

Centro de recursos en línea

Centro de recursos en línea

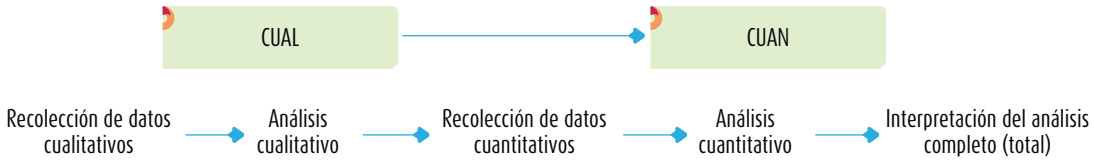
El ejemplo de Álvarez-Gayou, Espinosa y Millán (2005) que el lector podrá encontrar en el centro de recursos en línea es una muestra de este diseño, en el cual a partir de preguntas abiertas y redes semánticas se generó un instrumento cuantitativo para la evaluación de la satisfacción sexual en los mexicanos.

b) *Comparativa*. En este caso, en la primera fase se recolectan y analizan datos cualitativos para explorar un fenómeno, generándose una base de datos; posteriormente, en la segunda etapa se recolectan y analizan datos cuantitativos y se obtiene otra base de datos (esta última fase no se construye completamente sobre la plataforma de la primera, como en la modalidad derivativa, pero sí se toman en cuenta los resultados iniciales: errores en la elección de tópicos, áreas complejas de explorar, etc.). Los descubrimientos de ambas etapas se comparan e integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. Se puede dar prioridad a lo cualitativo o a lo cuantitativo, o bien, otorgar el mismo peso, siendo lo más común lo primero (CUAL). En ciertos casos se le puede otorgar prioridad a lo cuantitativo, por ejemplo: cuando el investigador intenta conducir fundamentalmente un estudio CUAN pero necesita comenzar recolectando datos cualitativos para identificar o restringir la dispersión de las posibles variables y enfocarlas. Pero siempre se recolectan antes los datos cualitativos. En ambas modalidades, los datos y resultados cuantitativos asisten al investigador en la interpretación de los descubrimientos de orden cualitativo.

Es útil para quien busca explorar un fenómeno, pero que también desea expandir los resultados. Una gran ventaja del DEXPLOS reside en que es relativamente más fácil de poner en marcha porque las etapas son claras y diferenciadas. Asimismo, resulta más sencillo de describir y reportar (Creswell, 2009). Su desventaja es que requiere de tiempo, particularmente en la modalidad derivativa, ya que el investigador debe esperar a que los resultados de una etapa hayan sido analizados cuidadosamente para proceder a la siguiente.

Su formato general es el que se muestra en la figura 17.10.

Figura 17.10 Esquema del diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS).



Ejemplos de este diseño lo son las siguientes investigaciones:[16]

a) Modalidad derivativa

Ejemplo

La integración entre empresas

Alejos (2008) efectuó un estudio DEXPLOS con la finalidad de analizar si los micro, pequeños y medianos empresarios estaban dispuestos a integrarse con otros para formar alianzas, compartir recursos y esfuerzos, y resolver conjuntamente sus problemas (lo que se denomina "modelo integrador"). Su contexto fue la ciudad de Celaya, Guanajuato, México.

Su primera etapa fue cualitativa y recolectó datos de dos fuentes mediante entrevistas semiestructuradas:

- *Primera fuente*: entrevistó a los responsables del área de desarrollo económico y sus principales colaboradores en los tres niveles de gobierno (federal: Delegación en Guanajuato del Ministerio de Economía; estatal o provincial: Secretaría de Desarrollo Económico del Estado de Guanajuato, y municipal: Dirección

[16] Los ejemplos han sido simplificados por cuestiones de espacio, pues su objetivo es únicamente ilustrar el diseño al que hacen referencia.

de Desarrollo Económico del Ayuntamiento de Celaya), con la finalidad de conocer los apoyos gubernamentales que se brindaban a las empresas para integrarse. Los resultados le sirvieron para encontrar categorías y temas emergentes sobre el respaldo a los empresarios para unirse y obtener el punto de vista de las autoridades sobre el problema de estudio. Algunos temas que surgieron del análisis cualitativo fueron, por ejemplo, el de "apoyos solicitados por parte de empresarios" y el de "participación de las empresas en Celaya para formar redes empresariales".

- *Segunda fuente*: envió por correo electrónico un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas dirigido a propietarios o directores de microempresas, y pequeñas y medianas empresas que hubieran participado en experiencias de integración con otras organizaciones (lo hizo con 34 casos en el estado de Guanajuato, incluyendo Celaya). En la mayoría de las ocasiones hubo necesidad de ampliar la información por teléfono. Así, obtuvo datos cuantitativos, como el número de empleados que laboraban en las empresas integradoras (conjunto de empresas unidas), si era o no necesario para que funcionara la integración conocer con anterioridad a los futuros socios, promedios de ventas, etc.; y datos cualitativos sobre las experiencias en la conformación de la integradora, conflictos, procesos de integración entre socios y otros aspectos.

De los resultados cualitativos y algunos cuantitativos (estadísticos), y con la ayuda de expertos en áreas económicas (incluyendo funcionarios de la Secretaría de Economía), diseñó una encuesta estandarizada —ya más enfocada— sobre diversas variables para determinar el grado de aceptación actitudinal y conductual de una posible integración, la cual aplicó mediante entrevista personal a una muestra probabilística de 420 empresarios celayenses.

Al final, respondió a sus preguntas de investigación y generó un modelo para explicar el fenómeno de la integración entre medianos y pequeños empresarios.

Nota: En el capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", de la sección Material complementario, del centro de recursos en línea, encontrará otro ejemplo de este diseño y modalidad, el de una comunidad religiosa.

Centro de recursos en línea

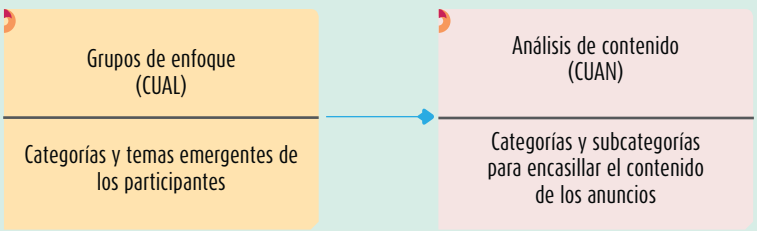
b) Modalidad comparativa

Ejemplo

Anuncios políticos en campañas presidenciales

Parmelee, Perkins y Sayre (2007) examinaron cómo y por qué los anuncios políticos sobre los candidatos de las campañas presidenciales en Estados Unidos de 2004 no llamaron la atención de los adultos jóvenes universitarios. Los investigadores recabaron y analizaron mediante grupos de enfoque (cualitativos) datos de 32 estudiantes de un campus y luego compararon los temas cualitativos emergentes con análisis de contenido cuantitativo de poco más de 100 anuncios de los candidatos George W. Bush y John Kerry (las categorías cualitativas que surgieron sirvieron sólo en parte de fundamento para el desarrollo de las categorías base para el análisis de contenido estandarizado). La investigación usó un diseño secuencial para explicar tal falla. Entre otras cuestiones, en los grupos focales se pretendió evaluar cómo los estudiantes interpretaban el valor de la propaganda política y se encontró que éstos habían sido alienados por el esfuerzo comunicativo. Al no seleccionar temáticas y personas con las cuales pudieran relacionarse, la propaganda minimizó la importancia de los votantes jóvenes, y los anuncios no fueron percibidos como relevantes para ellos. La investigación hizo sugerencias para elaborar mensajes más persuasivos y que conecten a los candidatos con audiencias más jóvenes. El esquema del estudio podría representarse como en la figura 17.11.

Figura 17.11 Visualización gráfica del estudio sobre anuncios políticos y su impacto en jóvenes adultos.



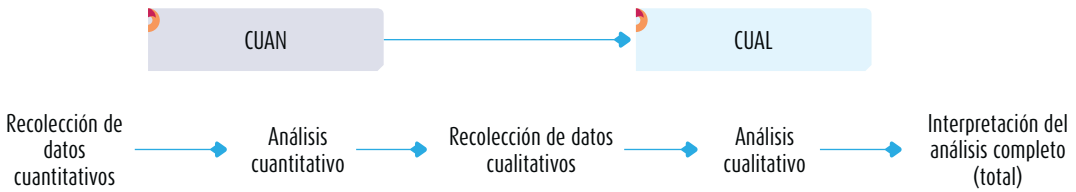
Creswell (2013a) y Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) sugieren siempre visualizar el diseño concreto con las respectivas técnicas de recolección utilizadas.

2. Diseño explicativo secuencial (DEXPLIS)

El diseño se caracteriza por una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos. La mezcla mixta ocurre cuando los resultados cuantitativos iniciales informan a la recolección de los datos cualitativos. Cabe señalar que la segunda fase se construye sobre los resultados de la primera. Finalmente, los descubrimientos de ambas etapas se integran en la interpretación y elaboración del reporte del estudio. Se puede dar prioridad a lo cuantitativo o a lo cualitativo, o bien otorgar el mismo peso, siendo lo más común lo primero (CUAN). Un propósito frecuente de este modelo es utilizar resultados cualitativos para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos. Ha sido muy valioso en situaciones donde aparecen resultados cuantitativos inesperados o confusos. Cuando se le concede prioridad a la etapa cualitativa, el estudio puede ser usado para caracterizar casos a través de ciertos rasgos o elementos de interés relacionados con el planteamiento del problema, y los resultados cuantitativos sirven para orientar en la definición de una muestra guiada por propósitos teóricos o conducida por cierto interés. Este esquema posee las mismas ventajas y desventajas del diseño anterior.

El formato general de este diseño se representa en la figura 17.12.

Figura 17.12 Esquema del diseño explicativo secuencial (DEXPLIS).



Ejemplo

La depresión posparto

Nicolson (2004) efectuó un estudió en Gran Bretaña sobre la depresión posparto. La autora resalta que cuando se presenta es temporal (se considera que ocurre durante los 12 meses posteriores al parto) y puede originarse como consecuencia de una causa física o de una respuesta al estrés. Es un tipo de depresión que únicamente puede experimentar una mujer, por lo cual es más conveniente que sea estudiada por una investigadora que haya parido (o al menos que en el equipo de investigación haya una o dos mujeres con hijos).

Durante muchos años su análisis tuvo la perspectiva del enfoque cuantitativo, pero en las últimas dos décadas también se ha abordado cualitativamente. Entre 1980 y 1990 se realizaron más de 100 estudios sobre este problema de investigación, pero no llevaron en realidad a explicar y tratar la depresión posparto. Por ello, Paula Nicolson decidió realizar una investigación mixta.

La primera etapa (cuantitativa) implicó la aplicación de un cuestionario precodificado y ampliamente validado, el cual incluía la escala de Pitt para medir la depresión atípica que sigue al "dar a luz" (Nicolson, 2004, p. 210). El instrumento estandarizado fue aplicado a 40 mujeres en un par de unidades de maternidad en dos momentos: 1) durante su estancia en el hospital (entre dos y 10 días posteriores al parto) y 2) en sus hogares, entre 10 y 12 semanas después del nacimiento del bebé. Algunas de las 23 preguntas eran las siguientes:[17]

[17] Nicolson (2004, p. 211). Las preguntas se adaptaron al español para entenderlas mejor.

1. ¿Duerme bien? (los ítems están compuestos de tres categorías: "sí", "no", "no sé").
2. ¿Se enoja fácilmente?
3. ¿Está preocupada por su apariencia?
4. ¿Tiene buen apetito?
5. ¿Está usted tan feliz como piensa que debería serlo?
6. ¿Siente el mismo interés que siempre por el sexo?
7. ¿Llora fácilmente?
8. ¿Está satisfecha con la manera en que enfrenta las situaciones?
9. ¿Tiene confianza en sí misma?
10. ¿Siente que es la misma persona de siempre?

Las mujeres respondieron al cuestionario y se mostraron francas y abiertas; comenzaron a revelar datos que la investigadora no había preguntado o contemplado. La comunicación fluyó más allá de los ítems incluidos en el instrumento. Por supuesto, la investigadora inició una exploración profunda con cada participante, grabó las entrevistas y comenzó a efectuar un análisis cualitativo. Encontró categorías y temas. Por ejemplo, una categoría que emergió fue la del sentimiento de "aislamiento" cuando no estaban solas. Asimismo, una mujer comentó que se percibía como "sitiada" por los parientes que le ofrecían cuidar a sus hijos, ayudarle en las compras y labores domésticas, y lo resentía como una interferencia en su vida. Desde su punto de vista, nadie "cubría sus necesidades".

Posteriormente, la investigadora asignó a las participantes a dos subgrupos: altos y bajos puntajes en las dos aplicaciones del cuestionario.

Las mujeres con elevados valores en la primera aplicación del cuestionario (que reflejan mayor depresión posnatal), describieron su estancia en el hospital como una experiencia negativa. Calificaron al personal como insensible y que no respondía a sus preguntas sobre su estado de salud o el del recién nacido, señalaron que la "atmósfera" era pobre, que faltaban elementos de comodidad y materiales —por ejemplo, pañales—, comunicaron una mala experiencia de parto y que habían sentido cansancio, dolor, preocupación por su bebé y habían padecido discriminación, además de sentirse enfermas. Quienes tuvieron bajos valores en esta misma aplicación, se sentían satisfechas con la atención que recibieron y dijeron que habían tenido pocos o muy pocos problemas con la alimentación, su salud o la del bebé.

Las participantes que alcanzaron altos puntajes en la segunda aplicación (entrevista semanas después), manifestaron un mayor sentido de aislamiento social y problemas de salud.

Pero al profundizar en las respuestas al instrumento durante la segunda administración, se presentaron diversos casos de incongruencias: algunas mujeres, en sus explicaciones abiertas contradijeron sus respuestas a la prueba (por ejemplo, una participante que había respondido con un "sí" a la pregunta: ¿se siente saludable?, en la conversación extendida manifestó dolores y molestias en ciertas partes del cuerpo). Asimismo, había también incongruencias entre las conductas no verbales y las contestaciones al instrumento (por ejemplo, otra participante respondió en el cuestionario que estaba feliz, pero en la conversación usó frases como: "qué podía esperarse si tengo deberes hacia un hombre y una familia").

En fin, encontró varias cuestiones interesantes que le condujeron a una segunda fase del estudio: una investigación cualitativa con 24 mujeres. En este caso, decidió entrevistar a cada una cuatro veces, durante la transición de la maternidad, como se ve en la tabla 17.3.

Tabla 17.3 Las entrevistas del ejemplo de investigación mixta sobre la depresión posparto

Entrevista 1	Entrevista 2	Entrevista 3	Entrevista 4
Efectuada durante el embarazo. Tópicos centrales: • Autobiografía (incluye materiales proporcionados por ellas). • Experiencias previas de depresión.	Un mes después del parto. Tópicos centrales: Parto, nacimiento y el periodo subsecuente, centrándose en las explicaciones de las respondientes sobre su conducta, reacciones emocionales y contexto social.	Tres meses después del parto. Tópicos centrales: Similares a los de la segunda entrevista.	Seis meses después del parto. Tópicos similares a los de la segunda entrevista.

El requisito para participar fue que se comprometieran a dedicar 10 horas durante el estudio y a discutir su transición a la maternidad y los cambios emocionales. Las mujeres eran de diferentes edades y niveles

socioeconómicos. De las 24 participantes, 20 estuvieron en todo el proceso y cuatro solamente pudieron estar presentes en la primera entrevista (aunque respondieron por escrito en cada momento a cuestionarios abiertos mientras se efectuaban el resto de las entrevistas).

Las entrevistas fueron semiestructuradas, con preguntas como las siguientes: respecto al parto y el nacimiento de su hijo, ¿qué ocurrió? ¿Cómo se sintió? (segunda entrevista)? ¿Qué ha sucedido y cómo se ha sentido desde la última vez que nos vimos (tercera y cuarta entrevistas)?

Algunos patrones que surgieron del análisis fueron:

- Experiencias emocionales significativas con remarcada insistencia en lo negativo.
- Significado de las experiencias posparto en el contexto de su vida.
- Forma en que entendieron las experiencias y significados a través del tiempo.
- La depresión posparto no necesariamente es "patológica".

Se identificó la depresión y el significado de palabras referidas a sentimientos como: "decaída", "abajo", "contratiempo", etc. (utilizadas por las participantes), así como conductas y actitudes asociadas a emociones negativas (llorar, golpear, cansancio, estrés, preocupación, entre otras).

En cuanto a temas emergieron, por ejemplo:

- *Pérdida*, derivada de la exploración del significado de la depresión.
- *Probarse ante los demás* ("Ahora no me importa lo que opinen los demás de mí").
- *Confianza* ("No cambié, sigo siendo la misma, tengo igual confianza que antes", "En teoría sigo siendo la misma, en la práctica perdí un poco de confianza", "Siento que crecí, tengo seguridad en mí, aunque sea un poco").
- *Cambio en el estatus.*
- *Papel desempeñado.*
- *Calificación de la experiencia.*

Nicolson (2004) buscó la congruencia interna en los datos. La autora reconoce que este segundo estudio adquirió una considerable profundidad, que en parte se debe a la experiencia que tuvo con la fase cuantitativa. Por ello, concluye que los métodos mixtos son convenientes para decidir cuándo el resultado debe ser evaluado (inmediatamente, al mes, a los dos meses, al año, etc.). La investigadora demostró que a los tres y seis meses el humor y la conducta son similares, pero no ocurre igual con la construcción del significado de las experiencias. Asimismo, los datos clínicos son necesarios, pero insuficientes para informar a los investigadores y practicantes sobre las complejidades de la maternidad y las relaciones familiares. La investigación cualitativa complementa a la cuantitativa y ayuda a la contextualización, y además es necesario explorar lo complejo de las vidas de las mujeres que han tenido un bebé (no es algo estandarizado, la vida de cada persona es distinta). Más allá de identificar la satisfacción marital y variables similares, es necesario contar con información "enriquecedora" sobre las circunstancias de la maternidad y cómo apoyarla. Es muy importante recolectar datos relativos a la experiencia en el hospital (atención, escenario, atmósfera social, etcétera).

Finalmente, Nicolson (2004) sugiere:

1. Estudios epidemiológicos-clínicos (basados en medidas fisiológicas).
2. Investigaciones actitudinales (comparando resultados por nivel social, estatus marital, profesión o actividad, y otras).
3. Observación cuantitativa y cualitativa.
4. Entrevistas cualitativas.

De esta forma, con los métodos mixtos, se avanzará con mayor profundidad en el conocimiento y entendimiento de la depresión posparto.

3. Diseño transformativo secuencial (DITRAS).[18]

Al igual que los diseños previos, el diseño transformativo secuencial incluye dos etapas de recolección de los datos. La prioridad y fase inicial puede ser la cuantitativa o la cualitativa, o bien, otorgarles a ambas la misma importancia y comenzar por alguna de ellas. Los resultados de las etapas cuantitativa y cualitativa son integrados durante la interpretación. Lo que los diferencia de los diseños secuenciales previos es que una perspectiva teórica amplia (teorización) guía el estudio (por ejemplo, feminismo, acción participativa, el enfoque de las múltiples inteligencias, la teoría de la adaptación social, el

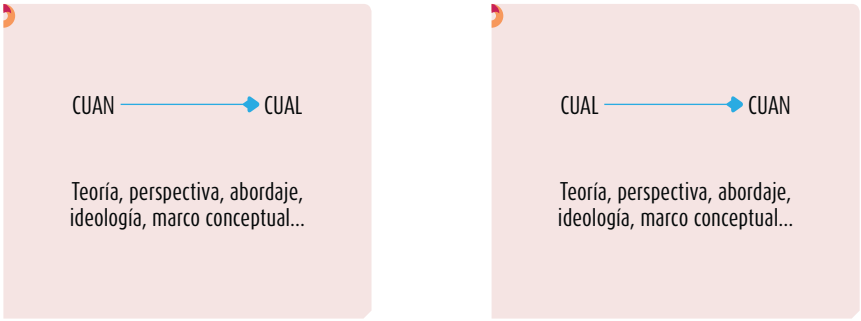
Centro de recursos en línea

[18] NOTA: un ejemplo de este diseño lo podrá encontrar el lector en Material complementario → Capítulos → Capítulo 12 titulado: "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", del centro de recursos en línea.

modelo de los valores en competencia, etc.). De acuerdo con Creswell *et al.* (2008), esta teoría, marco conceptual o ideología es más importante para orientar la investigación que el propio método, debido a que determina la dirección en la cual debe enfocarse el investigador al explorar el problema de interés, crea sensibilidad para recabar datos de grupos marginales o no representados y hace un llamado a la acción. Tal teoría o marco se introduce desde el mismo planteamiento inicial. El tipo de mezcla de métodos mixtos es de conexión. El DITRAS tiene como propósito central servir a la perspectiva teórica del investigador y en ambas fases éste debe tomar en cuenta las opiniones y voces de todos los participantes y a los grupos que representan.

Una finalidad del diseño es emplear los métodos que pueden ser más útiles para la perspectiva teórica. En este diseño se pueden incluir diversos abordajes e involucrar con mayor profundidad a los participantes o entender el fenómeno sobre la base de uno o más marcos de referencia. Las variaciones del diseño se definen más bien por la multiplicidad de perspectivas teóricas que de métodos. Este modelo posee las mismas debilidades y fortalezas que sus predecesores, consume tiempo pero es fácil de definir, describir, interpretar y compartir resultados (Creswell, 2009). Es muy conveniente para aquellos investigadores que utilizan un marco de referencia transformativo y métodos cualitativos. Su formato se muestra en la figura 17.13.

Figura 17.13 Esquema del diseño transformativo secuencial (DITRAS).



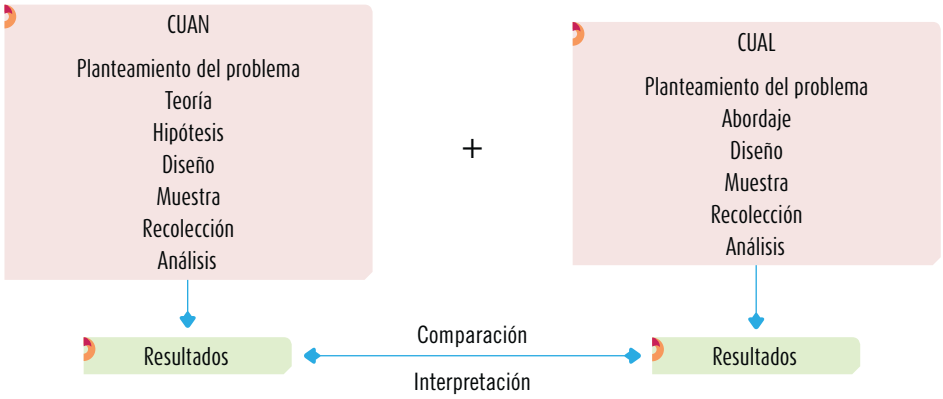
4. Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC)

Este modelo es probablemente el más popular y se utiliza cuando el investigador pretende confirmar o corroborar resultados y efectuar validación cruzada entre datos cuantitativos y cualitativos, así como aprovechar las ventajas de cada método y minimizar sus debilidades. Puede ocurrir que no se presente la confirmación o corroboración.

De manera simultánea se recolectan y analizan datos cuantitativos y cualitativos sobre el problema de investigación aproximadamente en el mismo tiempo. Durante la interpretación y la discusión se terminan de explicar las dos clases de resultados, y generalmente se efectúan comparaciones de las bases de datos. Éstas se comentan de la manera como Creswell (2013a) denomina "lado a lado", es decir, se incluyen los resultados estadísticos de cada variable o hipótesis cuantitativa, seguidos por categorías y segmentos (citas) cualitativos, así como teoría fundamentada que confirme o no los descubrimientos cuantitativos. Una ventaja es que puede otorgar validez cruzada o de criterio y pruebas a estos últimos, además de que normalmente requiere menor tiempo para ponerse en marcha. Su mayor reto reside en que a veces puede ser complejo comparar resultados de dos análisis que utilizan datos cuyas formas son diferentes. Por otro lado, en casos de discrepancias entre datos CUAN y CUAL debe evaluarse cuidadosamente por qué se han dado y en ocasiones es necesario recabar datos adicionales tanto cuantitativos como cualitativos.

El diseño puede abarcar todo el proceso investigativo o solamente la parte de recolección, análisis e interpretación. En el primer caso, se tienen dos estudios que ocurren simultáneamente. En la figura 17.14 se representa el diseño de triangulación concurrente (métodos en paralelo).

Figura 17.14 Diseño de triangulación concurrente (*DITRIAC*).



Ejemplo

Historia integrada o integral de la enfermedad

Yount y Gittelsohn (2008) estudiaron episodios de enfermedad, específicamente de diarrea, en niños de Minya, Egipto. Sus objetivos eran: evaluar el contexto social que rodea a dichos episodios, examinar las conductas de búsqueda de atención y cuidados para los niños, y comparar dos métodos de recolección de datos (uno cuantitativo y uno mixto) sobre las percepciones de la enfermedad y la secuencia de eventos vinculados. El instrumento cuantitativo fue un cuestionario estandarizado de morbilidad infantil y se usó también una herramienta mixta para recabar datos, denominada *historia integrada de la enfermedad* (*integrated illness history*, IIH), que es una entrevista sistemática que incluye un patrón de preguntas abiertas y cerradas orientado a recordar las experiencias. Las respuestas se codifican en una matriz de tiempos y eventos, utilizando códigos numéricos y texto. Asimismo, recaba comentarios espontáneos.

Ambos instrumentos fueron administrados cinco veces (en un periodo de 15 meses) a quienes cuidaban a los infantes, generalmente las madres. La muestra fue típicamente mixta (probabilística y guiada por propósitos). Entre algunas de las variables que se evaluaron y reportaron tenemos:

- Variables demográficas del infante (género y edad, escolaridad de la madre, etc.) (IIH en comparación con la encuesta gubernamental de morbilidad infantil, EGMI).
- Duración reportada de la enfermedad en días (IIH en comparación con la EGMI).
- Lugares donde básicamente se atendió al niño (hospitales y clínicas gubernamentales, hospitales y clínicas privadas, farmacia, el hogar, otras) (IIH en comparación con EGMI).
- Tardanza en la búsqueda de la atención (tiempo) (IIH).
- Causas percibidas de la enfermedad (IIH).
- Búsqueda de cualquier ayuda o cuidado externo y número de visitas externas (IIH en comparación con EGMI).
- Proveedores y lugares seleccionados para el primer tratamiento externo (doctor, enfermera, dependiente de farmacia, sanador, vecino, madre, etc.) (hospital o clínica privada, hospital o clínica pública, farmacia, mercado, etcétera).
- Costos del tratamiento en libras egipcias (IIH en comparación con la encuesta, EGMI).

Demostraron que la herramienta mixta (IIH) recolectaba datos más completos, profundos y precisos que la encuesta gubernamental de morbilidad infantil. Asimismo, lograron entender cómo se desarrolla la atención y el cuidado de enfermedades en contextos de relativa pobreza en un país subdesarrollado. Por otro lado, validaron y mejoraron la *historia integrada de la enfermedad* para ser usada en futuras investigaciones con otras enfermedades y poblaciones.

Ejemplo

Percepción de los residentes sobre los peligros volcánicos y los procedimientos de evacuación

Como se mencionó, Bird, Gisladottir y Dominey-Howes (2009 y 2010) emprendieron un estudio mixto con el propósito de explorar la preparación de los residentes para evacuar ante una eventual erupción del volcán

Katla en Islandia y sus efectos inmediatos como un *jökulhlaup* (explosión/inundación glacial). Los investigadores trazaron mapas de las zonas en riesgo utilizando tecnología GPS, observaron una prueba de evacuación, entrevistaron en profundidad a trabajadores de los grupos o equipos de emergencia y encuestaron a pobladores y turistas. Cuando todos los datos fueron conjuntados y se agregaron comentarios de los habitantes, los autores obtuvieron un panorama claro de los principales factores que influyen en la preparación de los residentes y su posible respuesta ante el desastre. También éstos fueron escalados en términos de su nivel de preparación (completamente preparados, moderadamente preparados y nada preparados).

Ante una erupción, los habitantes de las comunidades agrícolas y granjas de Sólheimar, Álftaver y Meðalland deben ser evacuados por el riesgo que representa una explosión/inundación glacial, mientras que los hogares en el área costera de Vík tienen que ser evacuados por el riesgo ante un tsunami. El desalojo preventivo de las poblaciones rurales representa un proceso más complejo que involucra desconectar las cercas eléctricas y liberar el ganado.

Exclusivamente unos cuantos residentes se sienten completamente preparados para una evacuación. Los habitantes de todas las zonas, con excepción de Sólheimar, cuentan con 30 minutos para prepararse e irse, y las personas que viven en esta población únicamente tienen 15 minutos para completar la evacuación y dirigirse al centro de Vík debido a los flujos crecientes que pueden presentarse en la cuenca del sur localizada directamente junto al glaciar, por lo cual se sienten aún menos preparados para la evacuación que el resto. En contraste, los residentes de Vík (donde solamente el 4% son granjeros o agricultores) se pueden desplazar solamente en cinco minutos al centro de evacuación, de ahí su percepción de que están más preparados y listos ante la eventualidad.

Los habitantes de Álftaver se encuentran mejor preparados porque han elaborado su propio plan de desalojo, alterno al plan oficial. Este último requiere que abandonen sus hogares, quienes están en lo alto, y crucen un área baja en ruta directa de la potencial inundación para llegar a su centro de evacuación en Kirkjubæjarklaustur.

Los factores sociales junto con las influencias geográficas contribuyen a explicar los niveles de preparación de las personas en las diferentes zonas ante una catástrofe y a entender ciertas excepciones. Por ejemplo, dos vecinos de Vík tienen poco tiempo de residir en la población y por ello su nivel de preparación es bajo, a diferencia del resto, mientras que un habitante de Meðalland se encuentra sumamente preparado porque mantiene un contacto permanente con los eventos geográficos y el entorno y busca activamente información sobre las erupciones previas del volcán Katla y los procedimientos para mitigar riesgos.

Este tipo de investigaciones mixtas (basadas en datos cuantitativos —producto de la tecnología GPS, análisis geológicos y de expertos, además de encuestas— y datos cualitativos resultado de entrevistas en profundidad y comentarios de los pobladores) deben efectuarse en zonas con alto riesgo de posibles catástrofes naturales o accidentes humanos (por ejemplo, ciudades de Chile, México, Nicaragua, Ecuador, Perú y Colombia con alto riesgo de terremotos; y las costas y zonas cercanas al mar de Brasil, Guatemala, México, Cuba, República Dominicana y Puerto Rico con el caso de los huracanes; así como zonas cercanas a nuestros volcanes).

5. Diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC)

El diseño anidado concurrente colecta simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos (véase la figura 17.15). Pero su diferencia con el diseño de triangulación concurrente reside en que un método predominante guía el proyecto (pudiendo ser éste cuantitativo o cualitativo). El método que posee menor prioridad es anidado o insertado dentro del que se considera central. Tal incrustación puede significar que el método secundario responda a diferentes preguntas de investigación respecto al método primario. En términos de Creswell *et al.* (2008), ambas bases de datos nos pueden proporcionar distintas visiones del problema considerado. Por ejemplo, en un experimento "mixto" los datos cuantitativos pueden dar cuenta del efecto de los tratamientos, mientras que la evidencia cualitativa puede explorar las vivencias de los participantes durante los tratamientos. Asimismo, un enfoque puede ser enmarcado dentro del otro método.

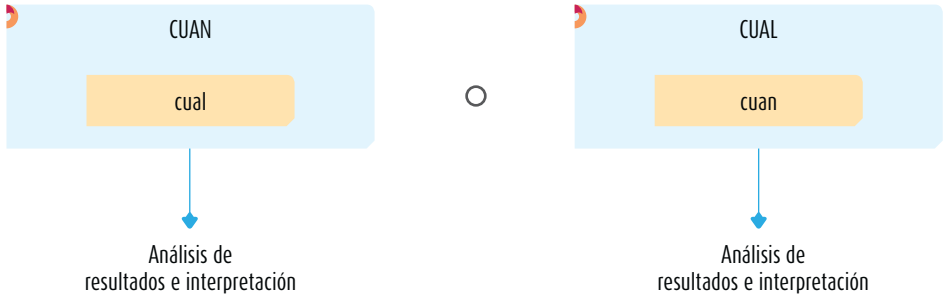
Los datos recolectados por ambos métodos son comparados o mezclados en la fase de análisis. Este diseño suele proporcionar una visión más amplia del fenómeno estudiado que si usáramos un solo método. Por ejemplo, un estudio básicamente cualitativo puede enriquecerse con datos cuantitativos descriptivos de la muestra (Creswell, 2009). Asimismo, ciertos datos cualitativos pueden incorporarse para describir un aspecto del fenómeno que es muy difícil de cuantificar (Creswell *et al.*, 2008).

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Una enorme ventaja de este modelo es que se recolectan simultáneamente datos cuantitativos y cualitativos (en una fase) y el investigador posee una visión más completa y holística del problema de estudio, es decir, obtiene las fortalezas del análisis CUAN y CUAL. Adicionalmente, puede beneficiarse de perspectivas que provienen de diferentes tipos de datos dentro de la indagación (Plowright, 2011).

El mayor reto del diseño es que los datos cuantitativos y cualitativos requieren ser transformados de manera que puedan integrarse para su análisis conjunto. Asimismo, necesitamos un conocimiento profundo del fenómeno y una rigurosa revisión de la literatura para resolver discrepancias que pudieran presentarse entre datos. Por otro lado, como puntualiza Creswell (2009), debido a que los dos métodos no tienen la misma prioridad, la aproximación puede proporcionar evidencias inequitativas cuando se interpretan los resultados finales.

Figura 17.15 Diseños anidados concurrentes de modelo dominante.[19]



Ejemplo

Énfasis cuantitativo

Estudio de la imagen externa de una escuela de educación intermedia (bachillerato)[20]

Una institución de educación media se propuso como objetivos de indagación:

- Analizar su posicionamiento en la ciudad donde se encuentra establecida.
- Comparar su posicionamiento con las demás instituciones educativas de la localidad.
- Evaluar su imagen institucional en la región.

Para cumplir con estos objetivos decidió realizar una investigación cuantitativa (enfoque principal) con un componente cualitativo (enfoque secundario).

La muestra estuvo compuesta por 950 padres de familia con hijos en el bachillerato o preparatoria y el instrumento de recolección de los datos consistió en un cuestionario estandarizado, que fue validado previamente mediante una prueba piloto y contenía elementos actitudinales y conductuales. Los casos fueron elegidos al azar por colonia y calle. El nivel de confianza de los resultados fue superior a 95% y el margen de error menor de 3%. Algunas de las principales variables medidas fueron:

- Posicionamiento en el mercado general y su mercado meta, que es de nivel socioeconómico medio alto y alto (¿cuál institución les viene a la mente cuando se trata de educación intermedia? ¿Por qué? *Top of mind*, como se maneja en mercadotecnia).
- Tres mejores instituciones de bachillerato: mención sin ayuda (pregunta abierta, pero con jerarquización de las tres respuestas).
- Razones o justificación de por qué se les menciona y jerarquiza (factores críticos de éxito).
- Escuelas a las que están inscritos sus hijos, vecinos y un familiar (si lo tienen y sus hijos están en una escuela del nivel medio) (conductual y por deseabilidad social).
- Calificación a las 10 instituciones más importantes de la ciudad en cuanto a: profesorado (conocimientos y experiencia), nivel de inglés, instalaciones (aulas, espacios de recreación, jardines y espacios deportivos), prestigio, calidad académica (currículum, modelo de aprendizaje y niveles de enseñanza-aprendizaje), calidad en la atención y servicio al estudiante, ambiente social, disciplina, oferta educativa y aceptación

[19] No es un diseño, sino dos, uno con énfasis CUAN y otro con énfasis CUAL.

[20] La institución solicitó mantener su nombre en el anonimato. Se encuentra en una ciudad intermedia de la zona central de México. La investigación se realizó en 2009 y fue coordinada por Roberto Hernández-Sampieri.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

de egresados en las universidades. También se utilizó escalamiento multidimensional para conceptos relacionados con la calidad académica.
- Actitud respecto a la institución (y si sus hijos estaban en otra escuela, actitud hacia ésta), medidas con escalas de Likert.

Al cuestionario (que incluye más bien preguntas cerradas y unas pocas abiertas) se le agregaron componentes cualitativos adicionales: tres preguntas abiertas (lo positivo de la institución, lo negativo y sugerencias), que fueron codificadas cualitativa y cuantitativamente. Asimismo, durante la realización del estudio se condujeron tres sesiones de grupo con padres de familia; todos los participantes, insistimos, debían tener hijos en la educación intermedia. Algunos de los resultados se resumen a continuación:

Cuantitativos

- De los padres de familia 25% mencionaron a la institución como la opción "que les venía primero a la mente". De las demás instituciones (competencia), solamente alcanzó una recordación de 24%; otra, 19%; y el resto con porcentajes menores a 5%.
- La institución logró en las calificaciones del 0 al 10 (profesorado, nivel de inglés, etc.) un promedio global de 9.1 y sólo otra institución la superó con 9.3 (los promedios más altos fueron en instalaciones: 9.6, y en atención y servicio: 9.3; únicamente tuvo un promedio bajo en "precio de las cuotas": 7.5).

Cualitativos (complemento)
Algunos de los temas que emergieron de las sesiones en referencia a la institución fueron:

- Formación de valores positivos en los estudiantes (en general).
- Excelentes instalaciones (su factor más destacado).
- Cuotas elevadas (percepción que es generalizada, aunque "objetivamente" es la que cobra las tarifas más bajas de las cuatro instituciones de educación más importantes). Pero recordemos que esa es la realidad de los participantes, su significado.

Ejemplo

Énfasis cualitativo

La percepción de los padres respecto a la educación sexual de sus hijos

Álvarez-Gayou (2005) realizó un estudio en el cual, mediante un cuestionario con preguntas básicamente cualitativas (con un leve "toque" cuantitativo), recolectó datos de una muestra sorprendente para una investigación de su tipo: 15 mil padres de familia mexicanos.[21] La parte central del estudio fue el análisis de las respuestas a preguntas abiertas (temas y categorías emergentes). Es decir, la información cuantitativa fue "anidada o incrustada" dentro de la cualitativa.

La primera pregunta del cuestionario fue la siguiente:

1. ¿A usted le gustaría que sus hijos o hijas recibieran educación sexual en la escuela?

Si contesta SÍ o NO, por favor explique por qué.

Tratando de desentrañar posibles opciones para aquellos padres o madres que hubieran contestado que "no", la segunda pregunta era:

2. Si hubiera profesores preparados profesionalmente para enseñar educación sexual, ¿aceptaría usted que la impartieran en la escuela? Por favor, comente libremente su respuesta.

Considerando la posibilidad de que el obstáculo fuera el temor a que se le impusieran a sus hijos e hijas valores diferentes a los familiares, la tercera pregunta fue:

3. Si se garantizara el respeto a los valores que existen en su familia, ¿estaría de acuerdo en que se impartiera educación sexual en la escuela de sus hijos?

Después de estos cuestionamientos se dejaron espacios para que los padres y madres tuvieran libertad de expresarse con mayor amplitud.

También se preguntó:

- ¿Tiene usted alguna preocupación en cuanto a que se le(s) dé a su(s) hijo(s) educación sexual en la escuela?
- ¿Existen temas que a usted no le gustaría que se abordaran con sus hijos o hijas?

[21] A pesar del tamaño, no se trató de una muestra probabilística (aunque sí representativa), porque la mecánica de selección de los casos no fue aleatoria, sino que para incluir a los padres de familia se solicitó la colaboración de alumnos de los posgrados del Instituto Mexicano de Sexología, A.C., ya que eran profesores o funcionarios de escuelas públicas y privadas, y en algunos casos, simplemente tenían contacto con alguna escuela. Se eligieron unidades de varias ciudades de México.

Algunos de los resultados demográficos fueron los que a continuación se señalan (Álvarez-Gayou, 2005, pp. 5-8).

El género de los participantes que respondieron fue:

- Masculino: 25.4%
- Femenino: 61.8%
- No contestaron: 12.8%

La edad promedio fue de 31 años, con una mínima de 20 y máxima de 71 años.
El nivel de ingreso familiar fue:[22]

- Un salario mínimo: 30.7%
- Entre dos y cinco salarios mínimos: 46.1%
- Entre cinco y 10 salarios mínimos: 13.4%
- Más de 10 salarios mínimos: 4.8%
- No contestaron: 4.9%

La escolaridad de los padres participantes se distribuyó así:

- Preescolar: 5.8%
- Primaria: 14.9%
- Secundaria: 26.7%
- Preparatoria: 13.6%
- Carrera técnica terminada: 21.3%
- Carrera universitaria terminada: 15.7%
- No contestaron: 2%

El género de los hijos se distribuyó en:

- Femenino 50.1%
- Masculino 48.6%
- No respondieron 1.3%

La edad de los hijos e hijas fue en promedio de 9.7 años con una mínima de tres años.
Los niveles que estudian los hijos de estos padres resultaron de la siguiente manera:

- Preescolar: 46%
- Primaria: 38.9%
- Secundaria: 10.8%
- Preparatoria: 3%
- No contestó: 1.3 %

Los resultados cuantitativos (de tendencias) a las preguntas fueron básicamente los siguientes:

A la pregunta uno (aceptar la educación de la sexualidad en la escuela), 94.68% contestaron que "sí" y 5.32% que "no" (o no respondieron).

A la pregunta dos (si fueran profesionales los maestros que la impartieran), las cifras se modificaron hacia una mayor aceptación de la educación sexual y contestaron, 98.0% con un "sí" y 2% que no (o no respondieron).

Ahora veamos los principales resultados del análisis cualitativo.

La voz de los padres y las madres que aceptan la educación de la sexualidad se refleja en los siguientes temas y categorías (se incluyen "códigos en vivo" para estas últimas):

Tema: La educación como protección para sus hijos

- Por el peligro de las enfermedades venéreas.
- Para un mejor progreso sexual y prevenir muchas enfermedades.
- Para que ella aprendiera sexualidad y a cuidarse mucho.
- Así aprenden a cuidarse.
- Para que les explicaran de las enfermedades venéreas y cómo prevenirlas.
- Porque los adolescentes estarían más orientados sobre estos temas y no habría tantas enfermedades de transmisión sexual.
- Sí, porque es necesario que hoy en día los jóvenes estén orientados y sepan a lo que se arriesgan, si no son precavidos en lo que a su sexualidad se refiere.

[22] Son datos de 2004 que deben contextualizarse, de acuerdo con el Servicio de Administración Tributaria de la Secretaría de Hacienda, el promedio nacional del valor del salario mínimo diario era de 43.69 pesos mexicanos (SAT, 2008).

- Porque les serviría para estar preparados (en general), y en el caso de las niñas, para convertirse en toda una mujer y estar protegida contra cualquier enfermedad.
- Necesitan mayor información para evitar enfermedades e hijos no deseados.

Tema: Ven la educación sexual como una fuente de bienestar para el futuro de sus hijos

- Para que estén orientados en su futura vida sexual.
- Para que vean con más naturalidad lo que es el sexo.
- Es una forma para que se preparen como personas y profesionales.
- Para que mis hijos estén más preparados sexualmente por los tiempos que estamos viviendo, sobre todo por tantas enfermedades sexuales.
- Porque estamos viviendo en un mundo en el cual no podemos cerrarle los ojos a los niños.

Tema: De manera por demás relevante los padres aceptan, porque reconocen su incapacidad y limitaciones en el campo:

- Sí, me gustaría mucho, para que sepa lo que yo no le puedo explicar.
- Porque muchas de las veces no sabemos cómo abordar el tema con nuestros hijos.
- Como padres de familia no hallamos la manera de explicar a nuestros hijos lo que es la sexualidad.
- Habemos (*sic*) padres que no estamos preparados para hacerlo (porque a veces se le hace difícil a uno explicarles ciertas cosas, sobre todo porque tienen preguntas que a veces no sabemos cómo contestarles).
- Sí, porque a veces uno como padre no sabe explicarle a los hijos.
- Porque prefiero que les enseñen en la escuela y no en la calle.
- Porque nos ayudarían a los padres a entender sus inquietudes, ya que muchas veces no estamos preparados para contestarlas.
- Porque pienso que uno no está preparado para explicarles adecuadamente ese tema.

Tema: La educación sexual es considerada como una defensa contra el abuso sexual y la violación

- Para cualquier abuso al que estén expuestos ellos comprenderán que deben cuidarse y saber valorarse ante esta situación, saber que nadie tiene derecho a obligarlos a nada.
- Para que el hombre respete a la mujer en cuestión de sexualidad y la mujer se dé a respetar.
- Para que se sepa defender de los mayores.
- Porque así desde pequeños se dan cuenta de que los niños y las niñas son diferentes y para que empiecen a cuidarse de que nadie los debe tocar.
- Sí, porque es una manera de prevenirlos contra el abuso sexual y puedan defenderse o retirarse del peligro.

Otros temas emergentes fueron

- Las mamás y los papás demandan que se hagan cargo de esta educación profesionales preparados.
- Los padres reconocen que los niños están preparados para recibirla.
- Algunos padres refieren no tener tiempo para educar a sus hijos en cuestiones de sexualidad por su trabajo.

En general se podría resumir lo que estos padres expresan con el siguiente segmento: "...porque el saber siempre será mejor que la ignorancia...".

Los padres que manifestaron su negativa a la educación de la sexualidad en la escuela fueron cinco de cada 100 y también comentaron sus razones:

Tema: Desconfianza en docentes

- No, porque me gustaría estar segura de qué personas le impartirían a mis hijas dicha información y recibiendo un programa por escrito de dicha información.
- No han demostrado tener capacidad para hacerlo en algo tan importante y muy delicado.
- No, porque no sabemos si realmente serán profesores profesionales los que impartan la educación sexual.
- No, por la nula preparación que tienen los profesores para tratar con seriedad y de manera explícita un tema tan importante como es la sexualidad.
- No, porque considero que los maestros aún no están capacitados para abordar ampliamente el tema.
- No, porque no sabemos qué clase de profesorado imparta esos cursos sexuales.
- No, porque los maestros necesitan recibir primero esos cursos.

Tema: Es responsabilidad única de los padres de familia

- No, a mí nada me gusta que a mis hijos les enseñen de esas cosas, no me parece bien, solamente los padres de familia.
- Los padres deberían de prepararse para ser ellos los que educaran gradualmente a sus hijos en estos temas.
- No, porque sólo compete a los padres su formación y a Dios.

Otros temas de quienes no aceptan la educación sexual son:

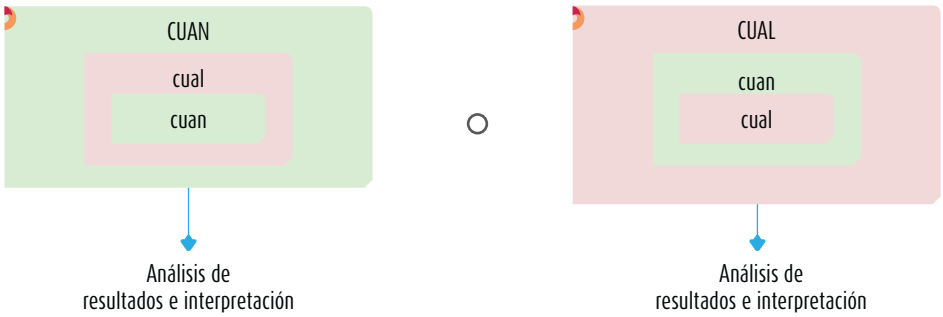
- Depende de los planes de estudio.
- Temor al choque de valores.
- Consideran que sus hijos son demasiado pequeños.

6. Diseño anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV)

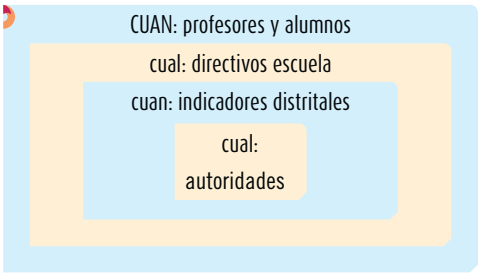
En esta modalidad se recolectan datos cuantitativos y cualitativos en diferentes niveles, pero los análisis pueden variar en cada uno de éstos. O bien, en un nivel se recolectan y analizan datos cuantitativos; en otro, datos cualitativos y así sucesivamente. Otro objetivo de este diseño podría ser buscar información en diferentes grupos o niveles de análisis. Tal sería el caso de estudiar la calidad en el soporte y servicio que se ofrece a los pacientes de un hospital, a quienes se les podría administrar un instrumento estandarizado para medir su nivel de satisfacción sobre el servicio que se les brinda y el grado en que perciben apoyo físico y emocional (CUAN); mientras que a los familiares de los pacientes se les entrevistaría en profundidad (CUAL); y todavía podríamos ampliar el número de métodos incrustados: medir en los médicos, las enfermeras y otros empleados la autopercepción de la calidad del servicio y el soporte ofrecido a los pacientes por observación conductual cerrada y con indicadores (CUAN) y entrevistar a los directivos sobre el problema de estudio en cuestión (CUAL), además de observaciones en campo más abiertas (CUAL).

Las ventajas y desventajas son las mismas que se presentaron en el diseño anterior. Su formato se muestra en la figura 17.16.

Figura 17.16 Diseño anidado concurrente de varios niveles (multiniveles).



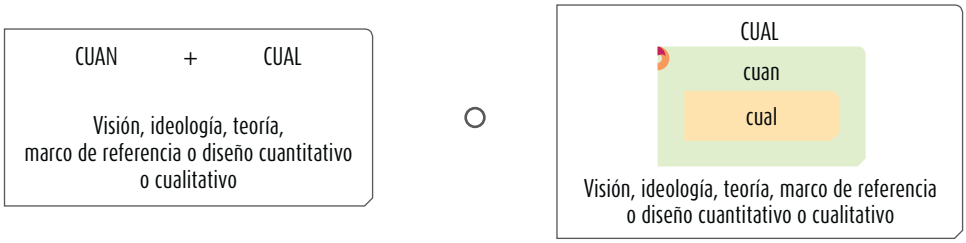
Otro ejemplo de este diseño sería un análisis de las posturas de la comunidad educativa ante la posibilidad de un cambio en el currículum relativo a la enseñanza computacional que se brinda a los estudiantes adolescentes en un distrito escolar, donde se tomaran datos cuantitativos de los profesores y alumnos (cuestionario estandarizado, resultados de exámenes e indicadores como uso de internet y los equipos), datos cualitativos de las autoridades de las escuelas (entrevistas), datos cuantitativos del distrito (indicadores estadísticos y resultados de exámenes generalizados a los estudiantes de todas las escuelas sobre el uso de la tecnología, certificaciones en la materia, uso de internet, etc.) y datos cualitativos de parte de las autoridades distritales. Este diseño se representaría de la siguiente manera:



7. Diseño transformativo concurrente (DISTRAC)

Este diseño conjunta varios elementos de los modelos previos: se recolectan datos cuantitativos y cualitativos en un mismo momento (concurrente) y puede darse o no mayor peso a uno u otro método, pero al igual que el diseño transformativo secuencial, la recolección y el análisis son guiados por una teoría, visión, ideología o perspectiva, incluso un diseño cuantitativo o cualitativo (por ejemplo, un experimento o un ejercicio participativo). Una vez más, este armazón teórico o metodológico se refleja desde el planteamiento del problema y se convierte en el fundamento de las elecciones que tome el investigador respecto al diseño mixto, las fuentes de datos y el análisis, interpretación y reporte de los resultados. Puede adquirir el formato anidado o el de triangulación (O'Brien, 2013). Su finalidad es hacer converger la información cuantitativa y cualitativa, ya sea anidándola, conectándola o haciéndola confluir. Por tanto, sus fortalezas y debilidades son las mismas que las del diseño de triangulación o el diseño anidado. Creswell *et al.* (2008) lo esquematizan de la forma como se puede observar en la figura 17.17.

Figura 17.17 Diseños transformativos concurrentes.



8. Diseño de integración múltiple (DIM)

Este diseño ya fue comentado e ilustrado. Recordemos que implica la mezcla más completa entre los métodos cuantitativo y cualitativo, y es sumamente itinerante.

Ejemplo

Un estudio pionero sobre el sida y mixto (Hernández Galicia, 1989)

Inicio: exploración (1984)

El estudio se inició de manera inductiva y exploratoria: se detectaron casos positivos de virus de inmunodeficiencia humana (VIH); entonces, la pregunta fue: ¿qué sucede, cómo se contagian? (recuerde que a principios de 1984 se sabía mucho menos que hoy lo que conocemos sobre el sida). Y el primer paso fue analizar caso por caso, a cada persona que presentaba VIH. La muestra era la población misma de enfermos.

En esta primera etapa se obtuvieron datos de las personas mediante: entrevistas al individuo enfermo y documentos (expediente médico: datos cualitativos y cuantitativos). Se encontró un patrón como resultado de considerar ambos tipos de información: una gran parte de los enfermos habían recibido transfusión de sangre o derivados de un laboratorio privado dedicado a ello (Transfusiones y Hematología, S.A.). Cabe resaltar que en esa época, en México, no había control ni evaluaciones de la sangre ni de sus derivados comercializados por empresas particulares, mucho menos existía una legislación al respecto.

Segunda fase: se juntan ambos enfoques con un objetivo

Una vez encontrado este patrón, la investigación se trazó un objetivo:

> Conocer la evolución y evaluar la situación actual de los individuos y sus contactos, que recibieron sangre o derivados adquiridos de "Transfusiones y Hematología, S.A.", con la posibilidad de estar contaminados (factor de riesgo), a fin de tomar las medidas preventivas necesarias para interrumpir la cadena de transmisión y propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), así como fundamentar el manejo administrativo y laboral en los casos de trabajadores que hubieran resultado afectados (Hernández Galicia, 1989, p. 5).[23]

[23] Se usó la infraestructura de la entonces Gerencia de Servicios Médicos de PEMEX.

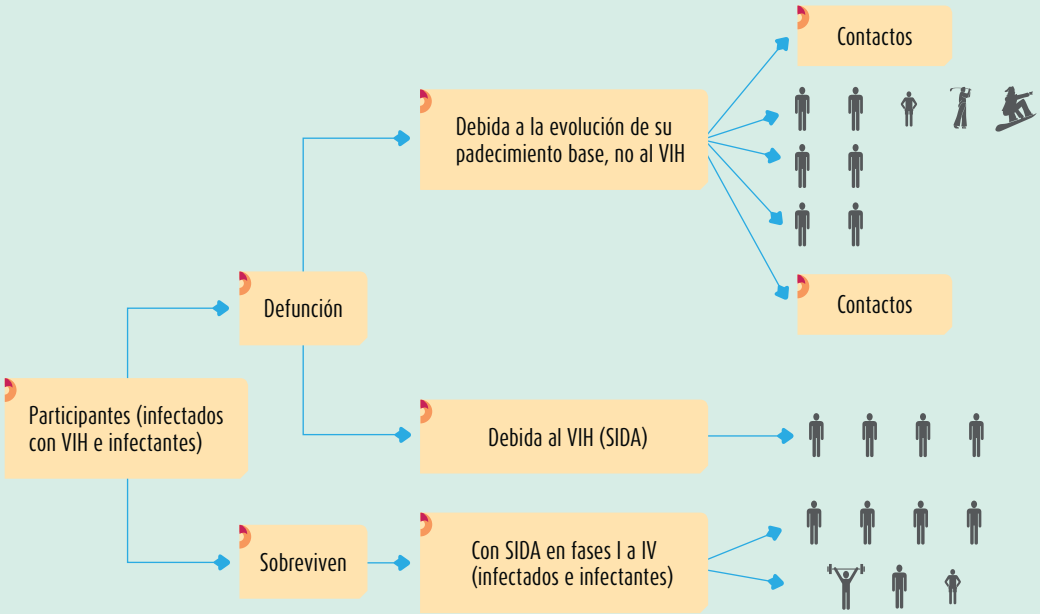
El contexto, muy complejo por los nuevos retos que presentaba el VIH, descubierto recientemente, fue dar seguimiento a los individuos que se detectaron con VIH y/o aquellos que recibieron transfusiones de sangre o derivados del laboratorio en cuestión. La muestra inicial fue la siguiente:

> Un número por determinar de pacientes atendidos entre enero de 1984 y mayo de 1987, en las unidades hospitalarias de Petróleos Mexicanos, así como sus contactos directos, son portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) debido a que por requerimientos propios de su padecimiento recibieron transfusiones de sangre o sus derivados, posiblemente contaminados, provenientes del banco particular Transfusiones y Hematología, S.A.; por tanto, se analizarán todos los casos (Hernández Galicia, 1989, p. 4).

El resto del muestreo fue en "cadena" o "bola de nieve" (no probabilístico, sino dirigido por teoría).

El tiempo del estudio abarcó tres años y medio, antes de que fuera promulgada la legislación que prohibía la comercialización de la sangre y sus derivados por empresas particulares y que introducía sistemas sólidos de control a las transfusiones (en 1987). De hecho, este estudio contribuyó significativamente a impulsar tal legislación y al uso de reactivos y generación de infraestructura apropiada para ejercer un control adecuado. El esquema de recolección de datos se muestra en la figura 17.18.

Figura 17.18 Esquema de recolección de datos del estudio pionero sobre el SIDA.



Es decir, se estudiaron los casos (hubieran fallecido o no) y sus contactos: familiares directos —especialmente la esposa—, amistades, compañeros de trabajo, etc. Se tuvieron que detectar relaciones extramaritales (amantes y personas que podían haber acudido a centros de prostitución). Todos los contactos tenían que ser ubicados y evaluados.

La recolección de los datos abarcó: 1) expedientes médicos de cada persona (infectado-infectante y contactos), 2) entrevistas con sobrevivientes (infectados-infectantes y contactos) y familiares, incluyendo hijos que hubieran nacido durante el estudio, así como contactos de quienes habían fallecido; 3) actas de defunción, 4) análisis de laboratorio y 5) reconocimientos médicos y presentación de sintomatología. Las entrevistas tenían una parte estructurada y otra abierta. Además se requirió de cierta labor detectivesca. Como puede verse, se utilizaron datos cuantitativos y cualitativos de diferente naturaleza, a veces induciendo, otras deduciendo.

En total se analizaron 2 842 pacientes que recibieron transfusiones de sangre o sus derivados de Transfusiones y Hematología, S.A., de los cuales 44 eran casos positivos; incluso, se detectaron cinco más que habían recibido transfusiones de otras instituciones (49, en total; 18 fallecidos y 31 seguían vivos; 24 mujeres y 25 hombres; la edad de los afectados oscilaba entre los dos y los 74 años —el promedio, 37 años—; 25 eran trabajadores de Petróleos Mexicanos y 24 familiares de ellos). En grado I había 0 pacientes; en grado II, 6; en grado III, 16, y en grado IV, 9; además de los 18 fallecidos).

Otras estadísticas descriptivas de la muestra fueron las que se presentan en la tabla 17.4.

Tabla 17.4 Relación con Petróleos Mexicanos (Pemex)

Categoría	Frecuencia
Jubilados (pensionados)	6
Trabajadores de planta	11
Trabajadores transitorios (eventuales)	8
Familiares de trabajadores de planta	16
Familiares de trabajadores transitorios	8

La labor fue titánica. Algunos se negaron a participar y hubo que convencerlos con argumentos para que firmaran la hoja de consentimiento; además, varios no querían revelar información sobre sus contactos sexuales. El rango de contactos estudiados por caso varió de cinco a 32.

Una de las primeras hipótesis emergentes y que se probaron fue: "el tiempo que tardan en desarrollar sida las personas contagiadas por transfusión sanguínea es menor que el tiempo de quienes adquieren el VIH por transmisión sexual".

Se mezclaron análisis cuantitativos y cualitativos y se demostró la necesidad de establecer un estricto control sobre las transfusiones de sangre y sus derivados. En el estudio, fueron realizadas varias de las actividades propias de los métodos mixtos. Por ejemplo, se convirtieron datos cualitativos en datos cuantitativos (frecuencias y datos nominales y ordinales), se analizaron datos CUAL y CUAN para determinar el comportamiento de las personas en cuanto a sus costumbres sexuales y su historial de transfusiones, etcétera.

El lector encontrará más ejemplos de los diferentes diseños de investigación en los métodos mixtos en diferentes áreas del conocimiento en el capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

Muestreo

Como recordamos, "muestrear" es el acto de seleccionar un subconjunto de un conjunto mayor, universo o población de interés para recolectar datos a fin de responder a un planteamiento de un problema de investigación. Asimismo, cuando se determina la muestra en una investigación se toman dos decisiones fundamentales: la manera cómo van a seleccionarse los casos (participantes, eventos, episodios, organizaciones, productos, etc.) y el número de casos a incluir (tamaño de muestra); y obviamente, el muestreo se torna más complejo en un estudio mixto porque deben elegirse al menos una muestra para cada aproximación (cuantitativa y cualitativa) y tales decisiones afectan la calidad de las metainferencias y el grado en que los resultados pueden generalizarse o transferir al universo o a otros contextos y casos.

El muestreo mixto implica un intercambio entre las posibilidades de generalización externa y transferencia (Plowright, 2011 y Collins, 2010). Normalmente la muestra pretende lograr un equilibrio entre la "saturación de categorías" y la "representatividad".

Para la elección de las muestras mixtas hay dos cuestiones que debemos considerar: 1) tradicionalmente los esquemas para elegir las muestras se han asociado con determinado enfoque (el muestreo probabilístico con la aproximación cuantitativa y el muestreo guiado por razones con la aproximación cualitativa), pero tales vínculos no siempre reflejan la práctica empírica (Collins, 2010 y Guest, Bunce y Johnson, 2006) y 2) la realidad es que en diversas ocasiones se toman las decisiones de muestreo con base en los recursos disponibles, la oportunidad y el tiempo.

Con las salvedades de esos dos puntos, lo adecuado metodológicamente hablando es que, una vez más, el planteamiento nos dirija hacia cierto tipo de muestra y su tamaño. En la parte cuantitativa, las muestras pequeñas reducen nuestro poder para establecer inferencias estadísticas, entonces se limita

el número de relaciones y diferencias significativas que pueden identificarse. En la fase cualitativa, una muestra inadecuada restringe el grado en que pueden generarse metainferencias apropiadas (basadas en la mezcla de resultados cuantitativos y cualitativos). Asimismo, en los diseños secuenciales (particularmente en el exploratorio), la muestra cualitativa influye en los tipos de análisis que pueden llevarse a cabo en la etapa cuantitativa (análisis de varianza, de correspondencia, de conglomerados, etcétera).

En la actualidad se han desarrollado diversos modelos para tomar decisiones de muestreo, que en este apartado no podemos profundizar por cuestión de espacio y complejidad para el estudiante promedio universitario o incluso de posgrado. En el ya mencionado capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", del centro de recursos en línea, se presentan algunos modelos de decisión con sus respectivos criterios para determinar y seleccionar muestras mixtas.

Por ahora, diremos que son dos las consideraciones que debemos tomar en cuenta para definir las muestras en un estudio mixto. La primera es el factor temporal o secuencia del diseño (concurrente o secuencial) y la segunda la prioridad del estudio (dominante en una de las ramas, ligeramente dominante o mismo peso). Esta última se fundamenta en la relación entre las muestras cuantitativa y cualitativa, la cual representa el factor central que influye en la decisión primaria: la elección de la unidad de muestreo y/o análisis por fase del estudio (Sharp *et al.*, 2012). Tal relación puede ser idéntica, paralela, anidada o multiniveles.

Una relación idéntica significa que la misma muestra participa en ambas ramas (cuantitativa y cualitativa), se trata de una sola muestra. Una paralela indica que las muestras de las fases son diferentes pero fueron seleccionadas de la misma población (igual tipo de casos o unidades). En las muestras anidadas se especifica que la muestra que participa en una fase representa un subconjunto de la muestra de la otra fase; por ejemplo, tener una muestra de 160 enfermeras para la vertiente cuantitativa (a las cuales se les administra un cuestionario estandarizado), elegidas por propósito (supongamos porque tienen 10 o más años de práctica) y de ellas elegir al azar 20 para efectuarles una entrevista en profundidad.

Las estrategias multiniveles implican que las muestras de las dos o más fases son extraídas de diferentes poblaciones o estratos de un mismo universo dependiendo de cómo se les visualice; por ejemplo, profesores, estudiantes y directivos. Si el estudio se refiere a valores son poblaciones distintas, pero si es sobre la cultura organizacional de la institución son estratos del mismo universo, y estas selecciones pueden reflejar distintos niveles de interacción con las variables de interés (como el aprovechamiento escolar). Desde luego, como señalan Teddlie y Yu (2007), en cualquier diseño mixto, las muestras involucradas pueden provenir de diferentes poblaciones y ser elegidas por distintas estrategias (probabilísticas o por propósitos).

Creswell (2013a), Morgan (2013), Onwuegbuzie y Collins (2007), y sobre todo, Teddlie y Yu (2007), han identificado cuatro estrategias de muestreo mixto esenciales:

1. Muestreo básico para métodos mixtos
2. Muestreo secuencial para métodos mixtos (para diseños secuenciales)
3. Muestreo concurrente para métodos mixtos (para diseños en paralelo)
4. Muestreo por multiniveles para métodos mixtos (para diseños anidados)

Asimismo, otra alternativa, particularmente en los diseños de integración múltiple, es basar el muestreo en más de una de las estrategias anteriores. Una de las características de los métodos híbridos es la habilidad del investigador para combinar creativamente las distintas técnicas con el fin de resolver el planteamiento del problema.

Por cuestiones de espacio, estas estrategias de muestreo no se comentan ahora, sino que se explican con ejemplos en el capítulo 12, "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos", del centro de recursos en línea, junto con otros temas sobre las muestras para estudios mixtos y ejemplos para diferentes clases de diseños.

A quien realiza por primera vez un estudio mixto se le recomienda, por facilidad, que delimite el planteamiento y elija una muestra aleatoria de tamaño razonable y una pequeña muestra por propósito.

Recolección de los datos

El investigador debe decidir los tipos específicos de datos cuantitativos y cualitativos que habrán de ser recolectados, esto se prefigura y plasma en la propuesta, aunque sabemos que tratándose de los datos CUAL no puede precisarse de antemano cuántos casos y datos se recabarán (recordemos los criterios de *saturación* y *entendimiento* del problema); y desde luego, en el reporte se debe especificar la clase de datos que fueron recopilados y a través de qué instrumentos. Una tabla que puede ser útil para visualizar lo anterior es la 17.5.

Tabla 17.5 Tipos de datos en la investigación y los análisis pertinentes a realizar [24]

Datos y análisis cuantitativos	Datos y análisis mixtos	Datos y análisis cualitativos
• Predeterminados	• Tanto predeterminados como emergentes	• Emergentes
• Estandarizados	• Tanto estandarizados como no estandarizados	• No estandarizados
• Medibles u observables	• Tanto medibles u observables como inferidos y extraídos de todo tipo de lenguaje	• Inferidos y extraídos del lenguaje verbal, no verbal, visual y escrito de los participantes
• Categorías preestablecidas y cerradas	• Categorías de diferente naturaleza y mezcla de éstas	• Categoías emergentes y abiertas
• Información numérica	• Formas múltiples de datos obtenidos de todas las posibilidades	• Información narrativa y visual
• Resumidos en una matriz de datos numéricos	• Resumidos en matrices de datos numéricos y bases de datos audiovisuales y de texto, así como presentaciones combinadas	• Resumidos en bases de datos audiovisuales y de texto
• Análisis estadístico	• Análisis estadístico y de textos e imagen (y combinados)	• Análisis de textos y elementos audiovisuales
• Interpretación estadística	• Interpretación a través de cruzar y/o mezclar las bases de datos	• Interpretación de categorías, temas, patrones y vínculos

Gracias al desarrollo de los métodos mixtos y la ahora posibilidad de hacer compatibles los programas de análisis cuantitativo y cualitativo (por ejemplo, SPSS y Atlas.ti), muchos de los datos recolectados por los instrumentos más comunes pueden ser codificados como números y también analizados como texto o ser transformados de cuantitativos a cualitativos y viceversa (Fakis, Hilliam, Stoneley y Townend, 2013 y Axinn y Pearce, 2006).

Veamos algunos ejemplos en la tabla 17.6.

Tabla 17.6 Ejemplos de datos cuyos métodos de recolección permiten que puedan ser codificados numéricamente y analizados como texto

Método de recolección de datos	Posibilidad de codificación numérica	Posibilidad de análisis como texto
Encuestas (cuestionarios con preguntas abiertas)	✓	✓
Entrevistas semiestructuradas o no estructuradas	✓	✓
Grupos de enfoque	✓	✓
Observación	✓	✓
Registros históricos y documentos	✓	✓

[24] Adaptada de Creswell (2009).

Por ejemplo, en una pregunta hecha a jóvenes universitarias solteras durante una entrevista o grupo de enfoque: ¿consideran que el matrimonio es para "siempre", es decir, "hasta que la muerte los separe"? Podríamos obtener las siguientes respuestas de dos participantes (Lupita y Paulina):

> Lupita: "Me parece que definitivamente es para siempre. Cuando yo me case será para toda la vida, una sola vez. No importa lo que pase, mantendré mi matrimonio a toda costa, así lo manda Dios y así lo creo. En los 'Devotos de María Magdalena', a donde voy por lo menos cuatro veces a la semana, lo discutimos una y otra vez, el divorcio no es aceptable. Lo mismo he escuchado muchas veces en que voy a misa, a la cual asisto mínimo una vez a la semana".
>
> Paulina: "No lo sé con certeza, creo que una se casa pensando y deseando que el matrimonio funcione y dure para siempre, y hace todo lo posible porque así sea; pero puede suceder que una se equivoque y tu pareja no sea lo que querías, incluso puede resultar que sea un monstruo celoso, que *me ponga el cuerno* una y otra vez (que sea infiel), que se aleje psicológicamente de mí, y así no, no, no; en este caso me divorciaría. A veces es para siempre y a veces no, depende de las circunstancias. No creo ciegamente todo lo que la Iglesia dice, soy creyente pero no fanática".

Estas respuestas podrían codificarse como números y también de éstas pueden emerger categorías, tal y como se muestra en la tabla 17.7.

Tabla 17.7 Ejemplos de codificaciones cuantitativas y generación de categorías, simultáneamente

Como números (CUAN)	Variable: Religiosidad de la participante	En una escala que tuviera como categorías: 3 (elevada religiosidad) 2 (mediana religiosidad) 1 (baja religiosidad) 0 (nula religiosidad) A Lupita se le podría asignar un "3" (elevada) y a Paulina un "2" (mediana).
	Variable: Actitud conservadora/ liberal hacia el matrimonio	Con una escala cuyas categorías fueran: 3 (conservadora) 2 (ni conservadora ni liberal) 1 (liberal) A Lupita se le otorgaría un "3" y a Paulina un "2".
Como categorías emergentes (CUAL)	Categoría: Religiosidad	Ejemplo de citas o segmentos: *"En los 'Devotos de María Magdalena' a donde voy por lo menos cuatro veces a la semana, lo discutimos una y otra vez, el divorcio no es aceptable, lo mismo he escuchado muchas veces en que voy a misa, a la cual asisto mínimo una vez a la semana" (Lupita).* *"No creo ciegamente todo lo que la Iglesia dice, soy creyente pero no fanática" (Paulina).*
	Categoría: Postura respecto al matrimonio	"Me parece que definitivamente es para siempre" (Lupita). "No lo sé con certeza..., una se casa pensando y deseando que el matrimonio funcione y dure para siempre... pero puede suceder que una se equivoque y tu pareja no sea lo que querías...; en este caso me divorciaría" (Paulina).

También se puede codificar por el número de frecuencias que mencionan favorablemente cada categoría emergente (nivel ordinal).

Asimismo, podríamos administrar pruebas estandarizadas sobre el nivel de religiosidad y conservadurismo respecto al matrimonio y correlacionar ambas variables, así como vincular los resultados de estas pruebas con los obtenidos mediante entrevistas muy profundas para conocer su verdadera ideología subyacente (cualitativas).

La elección de los instrumentos y el tipo de datos a recolectar dependerá del planteamiento de la investigación y pueden usarse todas las técnicas vistas en este libro.

Y hay herramientas que recolectan simultáneamente datos CUAN y CUAL. El siguiente es un ejemplo desarrollado por Ana Cuevas Romo para este libro; póngale al restaurante, estimado lector, el nombre que desee.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Ejemplo

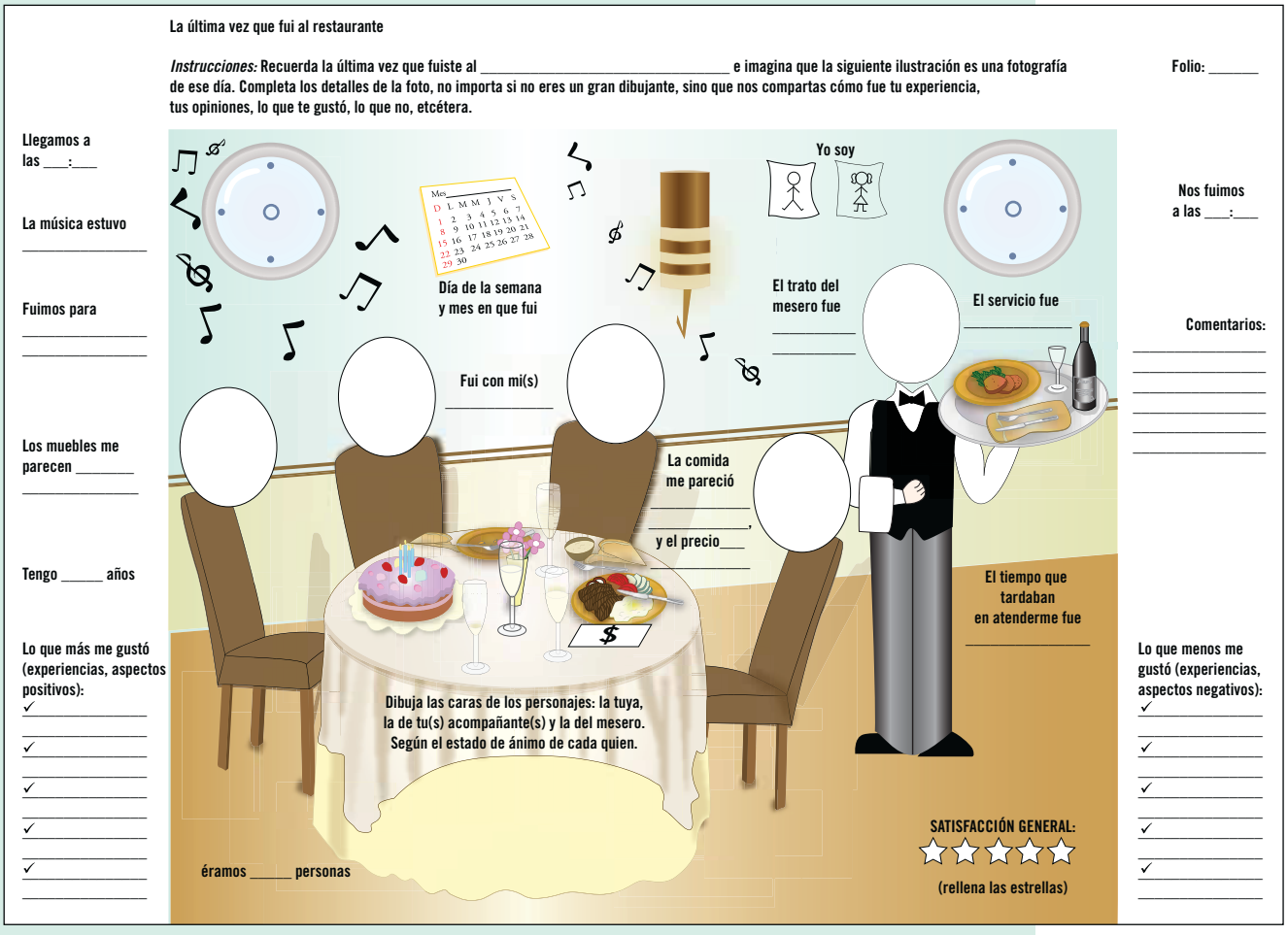
Percepción del cliente en un restaurante

Una cadena de restaurantes había emprendido cambios y necesitaba hacer un diagnóstico para tomar decisiones con base en información actual y relevante, específicamente sobre las siguientes variables:

- Comportamiento del consumidor (días, horarios y ocasiones en que acude al lugar, acompañantes, etcétera)
- Trato del personal (amabilidad)
- Rapidez en el servicio
- Opinión respecto al servicio
- Música
- Mobiliario
- Alimentos y bebidas
- Precios
- Ambiente
- Entretenimiento
- Satisfacción del cliente
- Comparación con los principales competidores

Con la finalidad de llevar a cabo dicho diagnóstico y evaluar las variables anteriores, se desarrollaron dos instrumentos para documentar experiencias y la percepción que tienen los clientes respecto al establecimiento, su personal, servicio y productos (que fueron sometidos a una prueba piloto y corregidos): el "mantelito" y la "tabla o cuadro". Para su aplicación, se le solicitó al cliente que recordara la última vez que acudió al lugar y que plasmara los detalles de esa última visita a través de dibujos y completara las frases en el "mantelito" (figura 17.19). Al terminar esto, se le solicitó que llenara la "tabla" (figura 17.20).

Figura 17.19 Mantelito para evaluar la experiencia.[25]



[25] Las instrucciones se dieron verbalmente, es por ello que no se incluyen en ambas herramientas.

Figura 17.20 Tabla para evaluar la experiencia.

RESTAURANTE

Instrucciones: Marca con una **X** la casilla que mejor refleje tu opinión.

Mi opinión acerca del servicio en el restaurante-bar:

	5	4	3	2	1	
1. Servicio rápido						Servicio lento
2. Personal amable						Personal descortés
3. Personal respetuoso						Personal irrespetuoso
4. Servicio y atención constante						Servicio y atención interrumpida
5. Buena presentación (uniforme)						Mala presentación (uniforme)
6. Buena calidad de los alimentos						Mala calidad de los alimentos
7. Bebidas bien preparadas						Bebidas mal preparadas
8. El volumen de la música es cómodo						El volumen de la música no es cómodo
9. Me gusta el tipo de música						No me gusta el tipo de música
10. La música es variada						Falta variedad en la música
11. Los videos son congruentes con la música						Los videos son incongruentes con la música
12. Los videos son congruentes con el momento						Los videos son incongruentes con el momento
13. Show entretenido e interesante						Show aburrido
14. El cantante es bueno						El cantante es malo
15. Los bailes de los meseros me parecen bien						Los bailes de los meseros me parecen groseros
16. El mobiliario es adecuado						El mobiliario es inadecuado
17. Me gusta la decoración						No me gusta la decoración
18. El lugar está muy limpio						El lugar está muy sucio
19. Los baños están en muy buenas condiciones						Los baños están en muy malas condiciones
20. Los precios son accesibles						Los precios son altos
21. Compraría *souvenirs* del restaurante-bar						No compraría *souvenirs* del restaurante-bar
22. La imagen del restaurante-bar es muy buena						La imagen del restaurante-bar es muy mala
23. Los precios corresponden con el lugar, el servicio y los productos						Los precios no corresponden con el lugar, el servicio y los productos
24. Opinión general: MUY BUENA						Opinión general: MUY MALA

(*continúa*)

Figura 17.20 (*continuación*)

Comparando con otros restaurantes o bares (marca con una **X** tu respuesta):

	Restaurante-bar	Nombre del restaurante que es competencia directa	Nombre de otro restaurante que es competencia directa
25. Voy más seguido al:			
26. Me gusta más ir al:			
27. Prefiero la comida de:			
28. Prefiero las bebidas de:			
29. Prefiero el ambiente en el:			

Me gusta más ir al _____ porque: _____

El análisis se realizó con base en la naturaleza de los datos recolectados:

- Del "mantelito" se efectuó tanto un análisis cuantitativo (conteo de categorías), como un análisis interpretativo (de lo plasmado en los dibujos).
- De la "tabla" se llevó a cabo un análisis cuantitativo para integrar y resumir las respuestas de los clientes seleccionados en la muestra.
- De las experiencias se hizo análisis CUAN y CUAL.

Los resultados reflejaron la percepción de los clientes respecto a las variables mencionadas.

Además, para complementar el estudio se efectuaron 12 visitas de "clientes misteriosos" (técnica que ya comentamos), desde luego, con diferentes papeles (familia tranquila, jóvenes supuestamente bajo el influjo del alcohol, matrimonio exigente, etc.). Las visitas actuadas fueron grabadas utilizando teléfono celular o móvil y se buscaba analizar la respuesta conductual del personal de servicio (entre otras variables).[26] Una de las simulaciones era un grupo de jóvenes atractivas que iban a celebrar el cumpleaños de una de ellas. Cabe señalar que los meseros "enloquecieron", intentaron coquetear o flirtear con las damas e incluso les bailaron demasiado cerca (podían bailar pero no cerca de ningún cliente, se excedieron notoriamente en su deber). En la figura 17.21 resulta evidente esto (datos visuales).

Figura 17.21 Ejemplos de imágenes de los videos grabados en las visitas de clientes misteriosos.

[26] Los empleados no sabían que los estaban grabando y no se tuvo que pedir su consentimiento, dado que estaba en su contrato tal posibilidad y se trata de comportamientos públicos.

Análisis de los datos

Para analizar los datos, en los métodos mixtos el investigador confía en los procedimientos estandarizados y cuantitativos (estadística descriptiva e inferencial), así como en los cualitativos (codificación y evaluación temática), además de análisis combinados. La selección de técnicas y modelos de análisis también se relaciona con el planteamiento del problema, el tipo de diseño y estrategias elegidas para los procedimientos; y tal como hemos comentado, el análisis puede ser sobre los datos originales (datos directos) o puede requerir de su transformación. La diversidad de posibilidades de análisis es considerable en los métodos mixtos, además de las alternativas conocidas que ofrecen la estadística y el análisis temático. Algunos ejemplos se muestran en la tabla 17.8.

Tabla 17.8 Ejemplos de diseños mixtos y posibles procedimientos de análisis e interpretación de los datos[27]

Diseños	Ejemplos de procedimientos analíticos
Concurrentes (triangulación, anidados, transformativos)	Cuantificar datos cualitativos: se codifican datos cualitativos, se les asignan números a los códigos y se registra su incidencia (las categorías emergentes se consideran variables o categorías cuantitativas), se efectúa análisis estadístico descriptivo de frecuencias. También se pueden comparar los dos conjuntos de datos (CUAL y CUAN).
	Cualificar datos cuantitativos: los datos numéricos son examinados y se considera su significado y sentido (lo que nos "dicen"), de este significado se conciben temas que pudieran reflejar tales datos y se visualizan como categorías. Posteriormente, se incluyen para los análisis temáticos y de patrones correspondientes. Por ejemplo: llevar a cabo un análisis de factores con los datos cuantitativos (escalas). Los factores que surjan se consideran como "temas cualitativos". Se comparan estos factores con los temas que emergieron del análisis cualitativo.
	Comparar directamente resultados provenientes de la recolección de datos cuantitativos con resultados de la recolección de datos cualitativos (soportar el análisis estadístico de tendencias en los temas cualitativos o viceversa). Es muy común comparar bases de datos. Por ejemplo, en un diseño concurrente, se podría efectuar una encuesta con consumidores de un producto, digamos ensaladas, para analizar "calidad percibida en el producto", "sabor", "frescura", etc.). Simultáneamente, entrevistar en profundidad a los responsables del departamento de verduras de tiendas y supermercados, con la finalidad de obtener datos cualitativos, y comparar ambas bases de datos. Esto se ilustra más adelante.
	Consolidar datos: combinar datos cuantitativos y cualitativos para formar nuevas variables o conjuntos de datos (por ejemplo, comparar las variables cuantitativas originales con los temas cualitativos y así generar nuevas variables cuantitativas).
	Crear una matriz: combinar datos cuantitativos y cualitativos en una misma matriz. Los ejes horizontales pueden ser variables cuantitativas categóricas [por ejemplo, en una investigación sobre el cuidado que se brinda a los pacientes en un hospital: *proveedor del servicio* (variable): médico, enfermera, administrativo, asistente médico (categorías)]; y los ejes verticales categorías o temas emergentes sobre dicho cuidado –CUAL– (por ejemplo: *empatía, compasión, interés por el paciente, trato humanitario*, etc.). La información en las celdas puede ser tanto "pasajes o citas" como códigos de categorías (CUAL) y se puede agregar la frecuencia de incidencia de los códigos (CUAN). La matriz combina datos cualitativos y cuantitativos, y pueden usarse diferentes programas para el análisis (por ejemplo, interfases Atlas.ti y SPSS). También, matrices con variables cuantitativas y cualitativas cuantificadas (transformadas a datos nominales u ordinales) (columnas) y casos (filas).
Secuenciales (exploratorio, explicativo, transformativos)	Explicar resultados (profundizar): llevar a cabo una encuesta (CUAN) y efectuar comparaciones entre grupos de la muestra; más adelante, conducir entrevistas para explorar las razones de las diferencias o no diferencias encontradas entre éstos.

(*continúa*)

[27] Adaptado de Creswell *et al.* (2008, pp. 188-189).

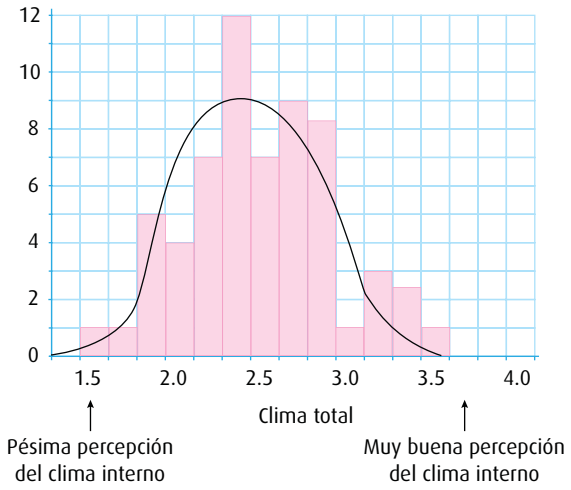
www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Tabla 17.8 (*continuación*)

Diseños	Ejemplos de procedimientos analíticos
	Desarrollo de tipologías: el análisis de un tipo de datos produce una tipología (un conjunto de categorías sustantivas), que luego es usada como marco de referencia para aplicarlo en el análisis de contraste de datos. Por ejemplo, realizar una encuesta (CUAN) y generar dimensiones mediante el análisis de factores, las cuales se utilizan como tipologías para identificar temas en datos cualitativos producto, digamos, de observaciones y entrevistas.
	Localizar instrumentos de recolección de los datos: recolectar datos cualitativos e identificar temas y categorías. Posteriormente, éstas se usan como base para ubicar instrumentos estandarizados que contienen conceptos o variables paralelas a las categorías cualitativas.
	Formar datos categóricos: situar y contextualizar características obtenidas en una inducción etnográfica (por ejemplo, grupo étnico, ocupación, etc.) y éstas se convierten en variables categóricas durante una fase cuantitativa posterior.
	Examinar multiniveles secuencialmente. Por ejemplo, para analizar el involucramiento e identificación por parte de estudiantes con su universidad: efectuar una encuesta (CUAN) con ellos, reunir datos CUAL mediante grupos de enfoque al nivel de la clase, analizar indicadores CUAN al nivel de la escuela, y recolectar datos cualitativos mediante entrevistas con directivos. Los resultados obtenidos de un nivel nos ayudan a desarrollar la recolección y análisis del siguiente.
	Analizar casos extremos: los casos de este tipo identificados a través de una clase de análisis (CUAN o CUAL), son vueltos a analizar vía el otro método (CUAL o CUAN) con la finalidad de profundizar la explicación inicial de éstos, e incluso pueden recolectarse datos adicionales para refinar el análisis. Por ejemplo, casos que son extremos en un análisis cualitativo comparativo, son agrupados y se les efectúan mediciones para ahondar en las diferencias. Tal sería el caso de un psicólogo que detecta niños con muy alta y muy baja autoestima y les administra pruebas estandarizadas sobre variables que considera inciden en ésta.

Otro ejemplo de análisis de casos extremos es el siguiente: a casos cuantitativos de esta naturaleza, ya sea en la distribución de una variable o en la forma de residuales con altas puntuaciones producto del análisis de regresión, se les da seguimiento mediante la recolección de otros datos y análisis cualitativos, lo que incrementa el sentido de entendimiento del fenómeno. Un ejemplo lo constituyó el estudio de Hernández-Sampieri (2009), en el cual se midieron las percepciones del clima interno de trabajo por parte de los empleados de una empresa transportista, obteniéndose la distribución que se muestra en la figura 17.22.

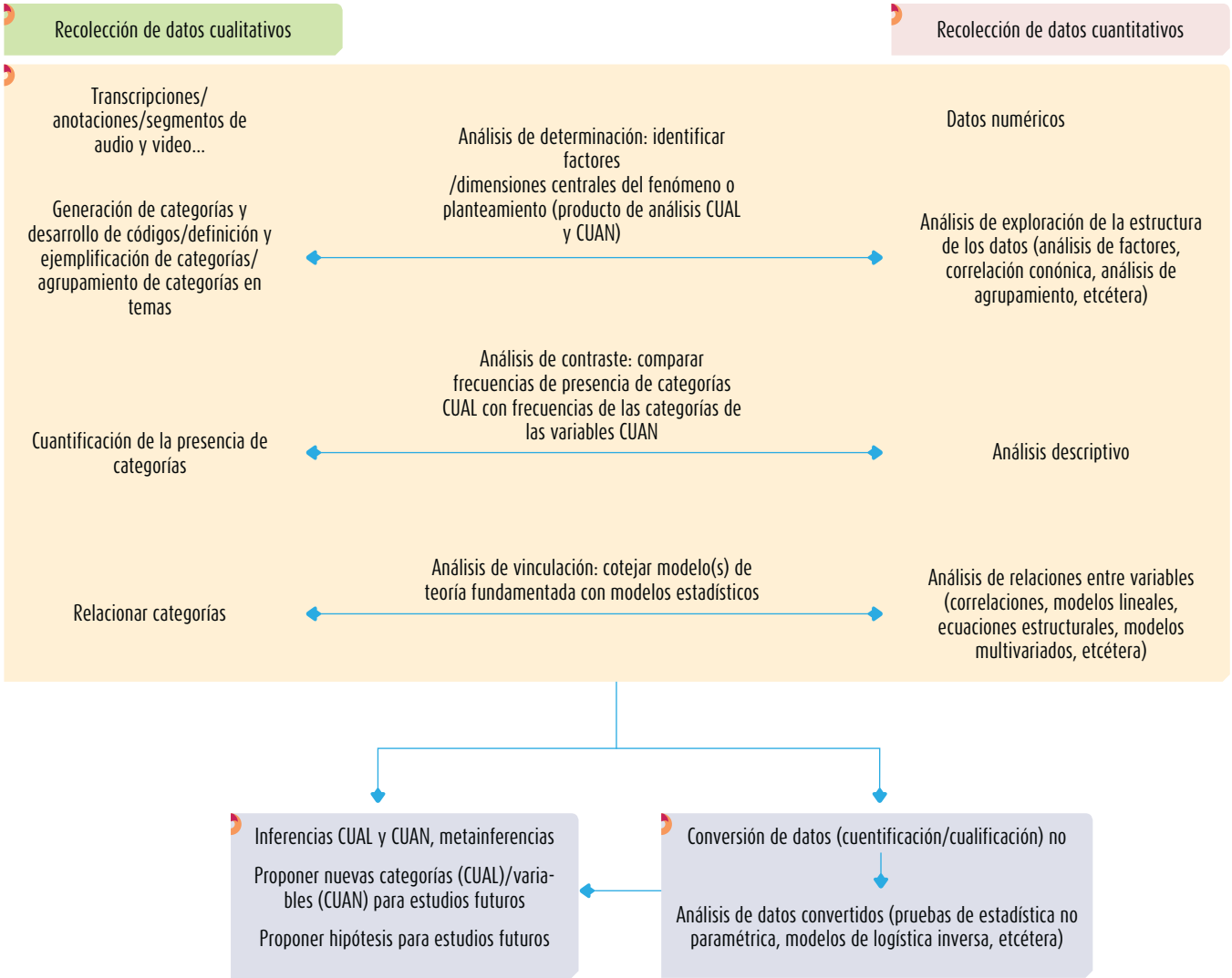
Figura 17.22 Análisis de casos extremos a partir de una distribución del clima organizacional en una empresa transportista.



Los casos extremos fueron detectados y entrevistados para profundizar en las fortalezas y debilidades del clima organizacional, mediante análisis cualitativo

Una secuencia muy común y completa de análisis en los estudios mixtos es la que se presenta en la figura 17.23, que comprende análisis de determinación, de contraste, de vinculación y de conversión, que constituyen los más regulares.

Figura 17.23 Una secuencia habitual de análisis en los estudios mixtos.[28]



Las herramientas computacionales que asisten al investigador mixto pueden ser clasificadas en cuatro grupos: 1) bases de datos y hojas de cálculo generales, 2) paquetes estadísticos con módulos para análisis de textos (SPSS y WordStat, por ejemplo), 3) programas diseñados fundamentalmente para análisis cualitativo, pero con posibilidades para combinar o convertir datos (NVivo, Atlas.ti, MAXQDA, QDA, NUD.IST, Etnograph, etc.) y 4) programas para análisis mixtos (de redes como UNICET y Pajek, u otros como VERBI, Dedoose y EthnoNotes). Las posibilidades se expanden muy aceleradamente.

Cada estudio mixto, como cualquier investigación, requiere una coreografía para el análisis.

Esta parte se irá ampliando y renovando en el centro de recursos en línea, donde el lector podrá consultar las actualizaciones.

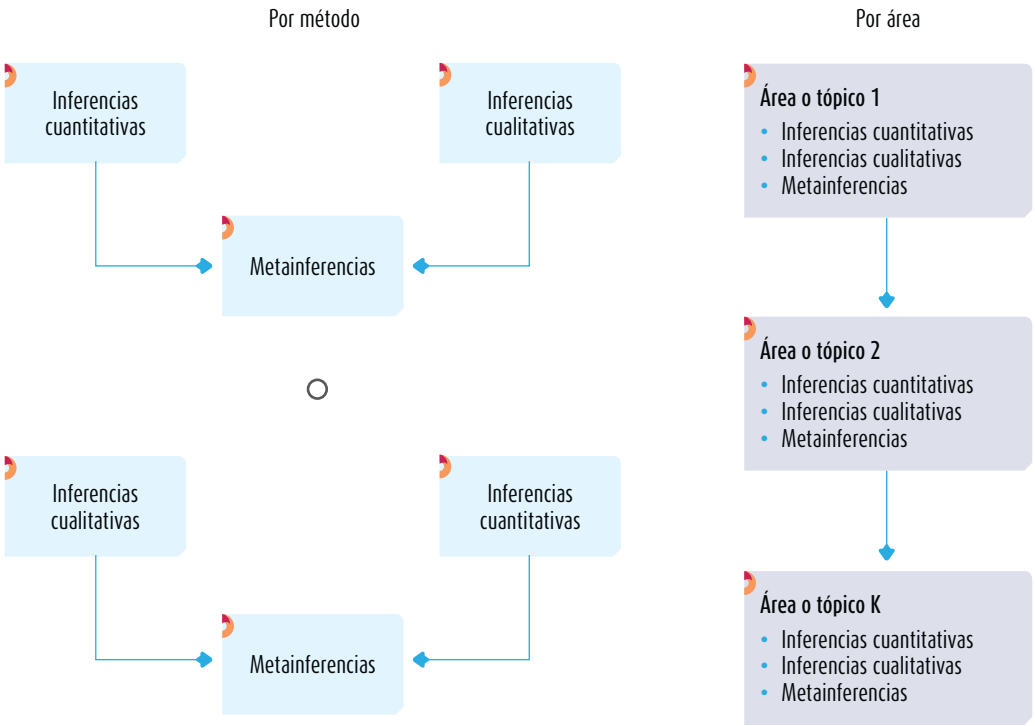
[28] Hernández-Sampieri y Mendoza (2012) con algunas ideas de Lieber y Weisner (2010) y Onwuegbuzie y Combs (2010).

Resultados e inferencias

Una vez que se obtienen los resultados de los análisis cuantitativos, cualitativos y mixtos, los investigadores o investigadoras proceden a desarrollar las inferencias, comentarios y conclusiones en la discusión.

Normalmente se tienen tres tipos de inferencias: las propiamente cuantitativas, las cualitativas y las mixtas, a estas últimas se les denomina metainferencias. El reporte puede presentar primero las de cada método y luego las conjuntas; o bien presentar por áreas de resultados las tres clases de inferencias, estos esquemas se ilustran en la figura 17.24. En el primer caso, en los diseños concurrentes pueden mostrarse primero las cuantitativas o las cualitativas, dependiendo del propio criterio del investigador o por el peso de cada enfoque, y en los diseños secuenciales y de conversión suelen incluirse las inferencias de acuerdo con el orden seguido (por ejemplo, si la primera etapa fue cuantitativa, sus inferencias se exhiben primero). En el segundo caso (por áreas) el orden puede ser por pregunta de investigación, por importancia de los descubrimientos o cualquier otro criterio.

Figura 17.24 Orden de presentación de las inferencias, conclusiones y comentarios en la investigación mixta.



De acuerdo con Tashakkori y Teddlie (2008b), las inferencias deben alcanzar consistencia interpretativa: congruencia entre sí y entre éstas y los resultados del análisis de los datos. Un ejemplo de inconsistencia en la parte cuantitativa sería inferir causalidad sobre la base de resultados únicamente correlacionales; o bien, para la vertiente cualitativa, inferir que una categoría es la central en un esquema de teoría fundamentada, cuando no resultó que era la que más se vinculaba al resto de categorías. Las inferencias tendrán que ser congruentes con el tipo de evidencia presentado, y el nivel de intensidad reportado debe corresponder con la magnitud de los eventos o los efectos descubiertos. Asimismo, las inferencias y metainferencias deben ser consistentes con las teorías prevalecientes con mayor soporte empírico o los descubrimientos de otros estudios (*no* que se obtengan los mismos resultados, sino que sean congruentes). De no ser así, resulta pertinente revisar de nuevo los resultados.

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Centro de recursos en línea

El lector puede profundizar en el tema de las inferencias en los métodos mixtos, en el capítulo 12 del centro de recursos en línea: "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos".

Retos de los diseños mixtos

Los diseños mixtos enfrentan diversos retos; por ejemplo, resultados contradictorios entre ambos métodos, posible introducción de sesgos de un método a otro, diferencias entre los tamaños de muestra de las dos ramas, la decisión de qué resultados de una etapa deben guiar a la otra, etc. ¿De qué manera se deben enfrentar estos retos y qué estrategias pueden seguirse para ello? Este tema se trata en el capítulo 12 del centro de recursos en línea: "Ampliación y fundamentación de los métodos mixtos".

Centro de recursos en línea

Reportes mixtos

¿Cómo debe reportarse un estudio mixto de manera que sea aceptado para publicarse en una revista académica arbitrada, como disertación doctoral o libro? Al respecto, cabe señalar que aún hay dudas y no se tienen reglas tan precisas como en el caso de las investigaciones cuantitativas, ni siquiera un acercamiento, como en las cualitativas. Sin embargo, gracias a la publicación de revistas como el *Journal of Mixed Methods Research* y el trabajo de diversos autores, se han generado algunas directrices. A continuación damos varias recomendaciones:

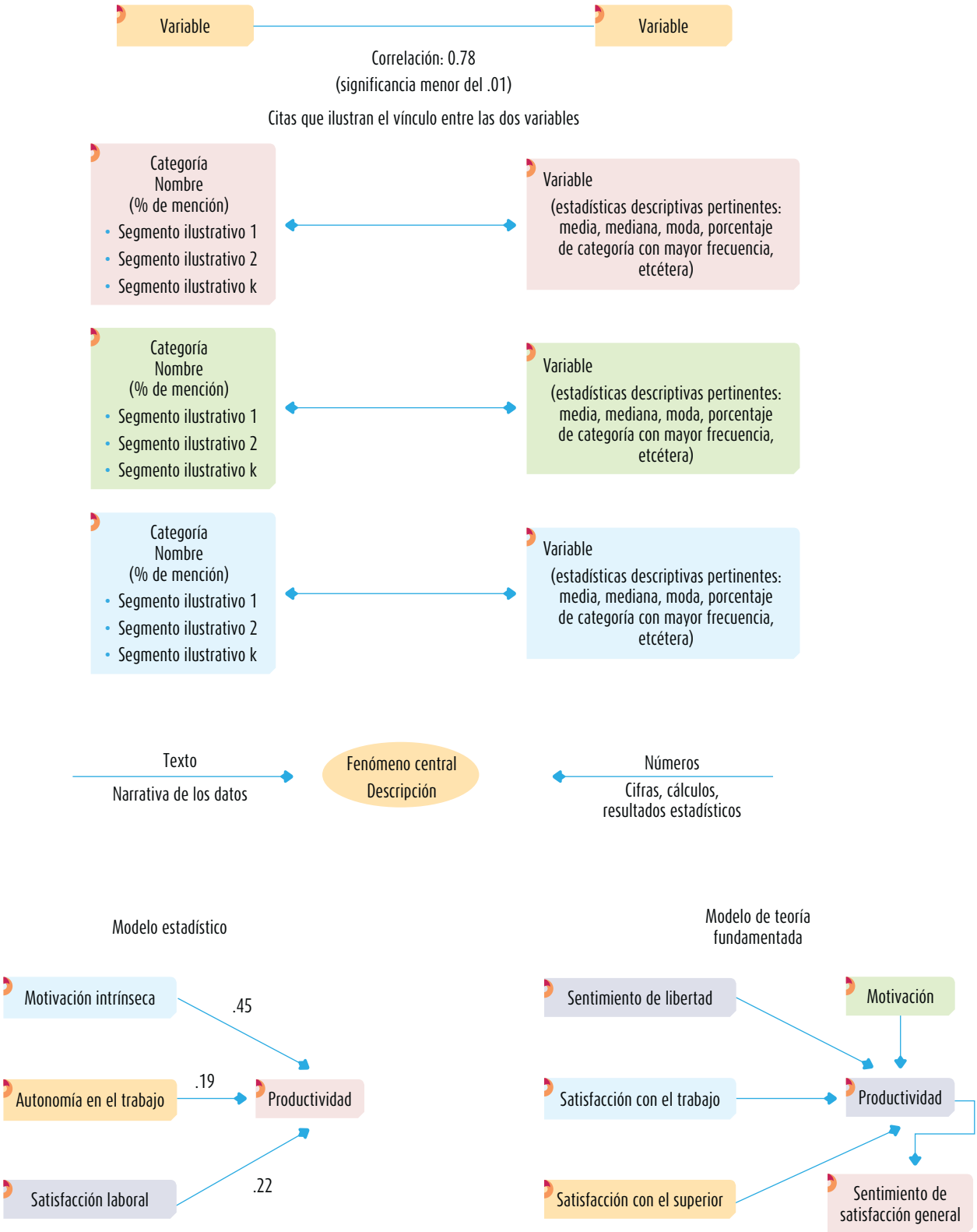
- El reporte debe abarcar tanto la investigación cuantitativa como la cualitativa, es decir, tienen que incluirse ambas aproximaciones en la recolección, análisis e integración de datos, así como las inferencias derivadas de los resultados (Mertens, 2010 y Creswell y Tashakkori, 2007).
- El manuscrito tendrá que explicitar un avance en el contenido del campo donde se inserta el estudio, lo que significa que deberá agregar a la discusión actual en la literatura un tema o identificar alguna cuestión que haya sido "pasada por alto" (Creswell y Tashakkori, 2007).
- El reporte debe incluir los procedimientos de validación cuantitativos, cualitativos y mixtos (triangulación, amenazas a la validez interna, chequeo con participantes, auditorías, etcétera).[29]
- Los estudios mixtos son mucho más que reportar dos "ramas" de la indagación (cuantitativa y cualitativa), deben, además, vincularlas y conectarlas analíticamente (Bryman, 2007). La expectativa es que al final del manuscrito, las conclusiones obtenidas de ambos métodos sean integradas para proveer de una mayor comprensión del planteamiento bajo estudio (Hesse-Biber, 2010a y Creswell y Tashakkori, 2007). La integración debe presentarse en la forma de comparar, contrastar, construir sobre, o anidar cada conclusión e inferencia dentro de la otra. Aun en investigaciones donde se generan instrumentos, en las cuales una rama cualitativa inicial provee de temas para desarrollar variables y baterías de ítems, el reporte tiene que presentar los descubrimientos e inferencias cualitativas, antes de mostrar los procedimientos para la segunda rama (construcción de reactivos).
- Otro atributo del informe mixto es que incluya componentes de ambos métodos que cubran "huecos de conocimiento" y agreguen nuevas perspectivas a la literatura sobre la investigación mixta dentro del campo donde se está trabajando (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008). Idealmente, el estudio debe aportar ideas sobre cómo los investigadores deben conducir estudios mixtos, replicar y refinar planteamientos y expandir el alcance y la generalización de teorías.
- Algunos autores recomiendan, como parte de la justificación para las investigaciones mixtas en ciencias sociales, que también se provea de un abordaje diferente o se facilite la práctica de ciertas políticas ("dar voz a los no representados, favorecer la justicia social, informar de acciones que transformen la sociedad"…) (Creswell, 2013a). Lo que sí resulta necesario para reportes mixtos es que proporcionen una comprensión más creíble y detallada del significado del fenómeno, y en ocasiones esto implica una nueva visión de éste (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2008).

  En los reportes mixtos es común ver gráficas como las de la figura 17.25.

Centro de recursos en línea

[29] Recuerde el lector que estos procedimientos se ampliarán en los capítulos 10 y 12 del centro de recursos en línea.

Figura 17.25 Ejemplos de figuras en reportes mixtos.



El rigor de los estudios mixtos

El rigor (para algunos, la validez) de los métodos mixtos ha sido abordado desde diversas perspectivas. En los primeros estudios de esta naturaleza y aun hoy en día, en varias investigaciones dicho rigor se trabaja de manera independiente para los enfoques cuantitativo y cualitativo, buscando validez interna y externa para el primero, y la dependencia y otros criterios para el segundo. Sin embargo, recientemente han surgido propuestas de autores como Creswell (2013a), Johnson y Christensen (2012), Hernández-Sampieri y Mendoza (2012), O'Cathain (2010), Morse (2010), Teddlie y Tashakkori (2009) y Onwuegbuzie y Johnson (2006), entre otros, que incorporan varios elementos para el rigor y la calidad de los diseños mixtos, sus procedimientos y resultados, de los cuales destacan: 1) rigor interpretativo, 2) calidad en el diseño y 3) legitimidad. Éstos y otros indicadores para evaluar una investigación mixta se incluyen en el capítulo 10, "Parámetros, criterios, indicadores o cuestionamientos para evaluar la calidad de una investigación", del centro de recursos en línea.

Centro de recursos en línea

Resumen

- Los métodos mixtos o híbridos han tenido un crecimiento vertiginoso en la última década.
- Los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.
- Los métodos mixtos son una vía adicional a los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación.
- En el siglo xx se dio una controversia entre los dos enfoques para la investigación: el cuantitativo y el cualitativo, la cual está siendo superada porque se ha demostrado que ambos son formas muy útiles en el desarrollo del conocimiento científico y ninguna es intrínsecamente mejor que la otra. Así, los métodos mixtos han terminado con la "guerra de los paradigmas".
- La investigación mixta se utiliza y ha avanzado debido a que los fenómenos y problemas que enfrentan actualmente las ciencias son tan complejos y diversos que el uso de un enfoque único, tanto cuantitativo como cualitativo, es insuficiente para lidiar con esta complejidad.
- El enfoque mixto, entre otros aspectos, logra una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno, ayuda a formular el planteamiento del problema con mayor claridad, produce datos más "ricos" y variados, potencia la creatividad teórica, apoya con mayor solidez las inferencias científicas y permite una mejor "exploración y explotación" de los datos.
- Las pretensiones más destacadas de la investigación mixta son: triangulación, complementación, visión holística, desarrollo, iniciación, expansión, compensación y diversidad.
- Centro de recursos en línea El sustento filosófico de los métodos mixtos es el *pragmatismo*, el cual sugiere usar el método más apropiado para un estudio específico, y constituye una orientación filosófica y metodológica (éste se revisa en el capítulo 12 del centro de recursos en línea).
- Realmente no hay un único proceso mixto, sino que en un estudio híbrido concurren diversos procesos.
- Un estudio mixto comienza con un planteamiento del problema que demanda claramente el uso e integración de los enfoques cuantitativo y cualitativo.
- En los estudios mixtos se realiza una revisión exhaustiva y completa de la literatura de la misma forma como se hace en investigaciones cuantitativas y cualitativas.
- Cada estudio mixto implica un trabajo único y un diseño propio, sin embargo, podemos identificar modelos generales de diseños que combinan los métodos cuantitativo y cualitativo.
- Para escoger el diseño mixto apropiado, el investigador toma en cuenta: prioridad de cada enfoque (igual o distinta), secuencia o tiempos de los métodos (concurrente o secuencial), propósito esencial de la integración de los datos (incluyendo transformación) y etapas del proceso investigativo en las cuales se integrarán los enfoques.
- Los diseños mixtos específicos más comunes son: diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS), diseño explicativo secuencial (DEXPLIS), diseño transformativo secuencial (DITRAS), diseño de triangulación concurrente (DITRIAC), diseño anidado o incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC), diseño anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV), diseño transformativo concurrente (DISTRAC) y diseño de integración múltiple (DIM).
- Los métodos mixtos utilizan estrategias de muestreo que combinan muestras probabilísticas y muestras propositivas (CUAN y CUAL).
- Los principales autores sobre investigación mixta han identificado cuatro estrategias de muestreo mixto esenciales: muestreo básico, muestreo secuencial, muestreo concurrente y muestreo por multiniveles. También se pueden combinar éstas.
- Gracias al desarrollo de los métodos mixtos y ahora la posibilidad de hacer compatibles los programas de análisis cuantitativo y cualitativo (por ejemplo, SPSS y Atlas.ti), muchos de los datos recolectados por los instrumentos más comunes

pueden ser codificados como números y también analizados como texto.
- Para analizar los datos en los métodos mixtos el investigador confía en los procedimientos estandarizados cuantitativos (estadística descriptiva e inferencial) y cualitativos (codificación y evaluación temática), además de análisis combinados.
- El análisis de los datos en los métodos mixtos se relaciona con el planteamiento, tipo de diseño y estrategias elegidas para los procedimientos.
- Una vez que se obtienen los resultados de los análisis cuantitativos, cualitativos y mixtos, los investigadores proceden a efectuar las inferencias, comentarios y conclusiones en la discusión.
- Normalmente se tienen tres tipos de inferencias en la discusión de un reporte de investigación mixta: las propiamente cuantitativas, las cualitativas y las mixtas, a estas últimas se les denomina metainferencias.

Conceptos básicos

- Análisis cualitativo
- Análisis cuantitativo
- Análisis mixto
- Datos cualitativos
- Datos cuantitativos
- Diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC)
- Diseño anidado concurrente de varios niveles (DIACNIV)
- Diseño de integración múltiple (DIM)
- Diseño de triangulación concurrente (DITRIAC)
- Diseño explicativo secuencial (DEXPLIS)
- Diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS)
- Diseño mixto
- Diseño transformativo concurrente (DISTRAC)
- Diseño transformativo secuencial (DITRAS)
- Enfoque cualitativo
- Enfoque cuantitativo
- Enfoque mixto
- Estrategia de muestreo mixto
- Inferencia
- Metainferencia
- Muestra probabilística
- Muestra propositiva
- Pragmatismo
- Triangulación

Ejercicios

1. Plantee en equipo un estudio mixto con un diseño secuencial en dos etapas (la primera etapa puede ser cuantitativa o cualitativa, a su elección).

Planteamiento	Etapa 1	Etapa 2
Objetivo(s) y pregunta(s) cuantitativa(s):	Diseño:	Diseño:
Objetivo(s) y pregunta(s) cualitativa(s):	Muestra:	Muestra:
Objetivo(s) y pregunta(s) mixta(s) (de integración de métodos):	Herramienta para recolectar datos:	Herramienta para recolectar datos:

- ¿Qué análisis cuantitativos, cualitativos y mixtos se podrían prefigurar? Recuerde que estos últimos dependen de las pretensiones del investigador (triangulación, complementación, corroboración, etcétera).
- ¿Podrían o no mezclarse los datos en algunos análisis? En caso afirmativo, ¿de qué manera?
- ¿Cómo reportaría los datos? Tanto conjuntamente como por separado.

2. Colgan Air Vuelo 3407.

El 12 de febrero de 2009, el vuelo 3407 de la compañía Colgan Air que partió de Newark, Nueva Jersey hacia Búfalo, Nueva York, desapareció de las pantallas del radar aproximadamente a las 22:20 horas. Poco después de la última comunicación de la tripulación, el avión cayó en un suburbio de la ciudad de Búfalo. Murieron 50 personas (44 pasajeros, dos pilotos, dos azafatas, otro piloto fuera de servicio y un residente en tierra). La aeronave era un Bombardier Dash 8 Q400. CNN mostró imágenes de la secuela del accidente. Cuando el avión se estrelló, con el impacto se convirtió en una bola de fuego que desató un incendio tan intenso que las llamas impidieron el acceso inmediato de los equipos de rescate (United Press International, 2009 y Cable News Network, 2009).

Como ocurre en estos siniestros, al día siguiente arribaron al lugar del suceso los investigadores de varias organizaciones para efectuar el estudio de las causas del accidente: la Junta Nacional para la Seguridad del Transporte (quien dirige la indagación), Policía del estado de Nueva York, oficina del Sheriff de Erie y la Autoridad de Transportes Fronterizos de Niágara, así como personal de la empresa constructora.

Por necesidad, estas investigaciones son siempre mixtas. Se busca la "caja negra" para analizar la información de vuelo, tal como la velocidad de la aeronave, rumbo, altitud, parámetros del motor, estado del tren de aterrizaje, sistema hidráulico, etc. (da-

tos cuantitativos); pero también se evalúan las grabaciones de la cabina como las conversaciones de los pilotos, el sonido ambiental, las comunicaciones hechas a través de los micrófonos del avión, ruidos de los motores, avisos de los sistemas del aparato y otros (datos narrativos y auditivos).

Además, se analizan las grabaciones de voz de la torre de control y las biografías de los pilotos, incluyendo experiencia, valoraciones de superiores, horas de vuelo, etc. (datos cualitativos y cuantitativos).

Asimismo, se toman videos y fotografías del accidente (datos mixtos). Se entrevista en profundidad a testigos (si los hay, como en este caso). Se recolecta todo tipo de evidencia (entre ésta, artefactos), se efectúa inspección visual de las piezas (por ejemplo, motores) y con equipos sofisticados (datos cualitativos y cuantitativos). Se experimenta y simula, y los expertos se reúnen para compartir y analizar conjuntamente información (grupos analíticos de enfoque). Incluso, frecuentemente se intenta reconstruir el avión.

Claramente desde el inicio (planteamiento del problema) prevalece un enfoque mixto. Y, por ejemplo, no se desdeña ni la información y el análisis cuantitativo ni la evidencia cualitativa. Es un proceso iterativo. Nadie se pone a pensar "como soy cuantitativo" desecharé datos cualitativos como las entrevistas a testigos. Y el abordaje incluye cuestiones de ingeniería, comunicación, psicología, etc. (multidisciplinario).

En el caso del vuelo que nos ocupa y abreviando, la causa no fue un problema mecánico ni la acumulación de hielo en las alas (que fue una hipótesis inicial emergente) se debió a un error humano: el capitán no se dio cuenta de que la velocidad del avión había disminuido a niveles peligrosamente bajos y cuando se percató, empujó la palanca hacia atrás en lugar de adelante, con lo que perdió aún más velocidad y la nave se desplomó. Nadie lo entendía, era una maniobra inusual, "no fue una cuestión de segundos, creo que hubo tiempo para evaluar la situación e iniciar una recuperación", señaló el investigador Roger Cox (United Press International, 2009 y Cable News Network, 2009).

Lo que provocó tal equivocación se explicó gracias a evidencia cualitativa: los dos pilotos del vuelo Colgan Air habían viajado desde Seattle, Washington y Tampa, Florida, a Newark, Nueva Jersey, antes del vuelo. Y debido a restricciones presupuestales, no recibieron viáticos para un hotel y sus salarios eran bajos, por lo que durmieron en salas del aeropuerto, sin poder descansar apropiadamente (testigos lo confirmaron en ambos casos). Fue el cansancio fisiológico lo que les impidió reaccionar y aterrizar en Búfalo (Lanning y Higgins, 2011).

Tomando este ejemplo, el profesor de metodología y sus alumnos pueden ver (o descargar de internet) un documental sobre un desastre aéreo, de ferrocarril, de un barco, etc. (o una investigación criminalística) y analizar cómo desde el inicio, en la indagación se sigue un diseño de integración múltiple. Este caso de Colgan Air se proyectó en 2011 en un capítulo de la serie *Mayday*: *Catástrofes Aéreas* de *National Geographic*.

Es importante comentar qué datos cuantitativos y cualitativos se recolectaron y cómo se integró la información para responder al planteamiento del problema.

3. Piense en sus cinco mejores amigos o amigas. ¿Quiénes son? Enlístelos con sus nombres, iniciales, sobrenombres o números.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

- A continuación, descríbalos. La descripción es libre, incluya los aspectos de sus amigas o amigos que usted prefiera.
- Compare en parejas a sus amigos utilizando adjetivos calificativos (1 y 2, 1 y 3, 1 y 4, 1 y 5, 2 y 3, 2 y 4, 2 y 5, 3 y 4, 3 y 5, 4 y 5). Por ejemplo: sensible, creativo, imaginativo, tímido, extravertido, extravagante, sonriente, enojón, gritón, presumido, platicador, deportista, inteligente, travieso, platicador, leal, y demás adjetivos que los definan (hay cientos de calificativos que puede emplear).

Pareja comparada	Se parecen en (adjetivos calificativos):	No se parecen en (adjetivos calificativos):
1 y 2		
1 y 3		
1 y 4		
1 y 5		
2 y 3		
Etcétera		

- Una vez comparadas todas las posibles parejas, agrupe los adjetivos que sean sinónimos (y desde luego, los que se repiten se consideran una sola vez) y haga una lista, agregando también los que no se repiten o agrupan. Los adjetivos que obtuvo son como "categorías" cualitativas, no se predeterminaron, los que se presentaron son únicamente ejemplos, usted definió cuáles aplicaban a sus amigos. Los construyó induciéndolos. Sus segmentos fueron las parejas comparadas. Así es la experiencia cualitativa de análisis (simplificada, por supuesto).
- Ahora, utilice los adjetivos que se repitieron más o que considere más relevantes como ítems y califique a cada amigo en todos los reactivos en una escala que usted defina (0 al 10, donde "0" es que no posee ese adjetivo o calificativo y "10" que lo posee totalmente; del 1 al 5, diferencial semántico, o cualquier otro). Por ejemplo:

Amigo(a)	1	2	3	4	5
Ruidoso(a)					
Atlético(a)					
Aburrido(a)					
Etcétera					

Así es la experiencia cuantitativa (una vez más, simplificada y perceptual). Usted generó un instrumento cuantitativo sobre bases cualitativas. Evalúe ambas experiencias.

4. De los planteamientos que a lo largo de los ejercicios del libro se fueron desarrollando (el cuantitativo y el cualitativo), piense: ¿podrían o no integrarse en un solo estudio mixto? ¿Por qué? ¿Cómo?

Ejemplos desarrollados[2]

Ejemplo de diseño de integración múltiple: la moda y la mujer mexicana

Esta investigación se comentó en la tercera parte del libro y se mostró la faceta cualitativa, pero ahora profundizaremos en el estudio, que fue mixto e implicó un diseño de integración múltiple.[30]

Primera parte: inmersión en el campo, observación inicial, observación enfocada y entrevistas cualitativas

Un grupo de mercadólogos fue contratado por una empresa para realizar un estudio sobre las tendencias de la moda entre las mujeres mexicanas. Básicamente, la organización (una gran cadena de tiendas departamentales con un área dedicada a ropa para mujeres adolescentes y adultas) deseaba conocer cómo define la moda la mujer mexicana, qué elementos implica la moda desde su perspectiva, cómo evalúan las secciones del departamento de ropa para damas y qué es importante que la tienda haga por sus clientas.

Los investigadores, con un conocimiento mínimo sobre la moda femenina, decidieron iniciar la investigación de manera inductiva y cualitativa; sin un planteamiento tan definido o estructurado, y mucho menos con hipótesis. Lo primero fue invitar a dos investigadoras (una mujer adulta joven de 28 años, con entrenamiento básicamente cuantitativo y una mujer adulta de 40 años con experiencia en el área cualitativa).

La inmersión en el ambiente (en este caso, los departamentos, áreas o secciones de ropa para damas adultas y jóvenes adolescentes de la cadena en cuestión) implicó que las dos investigadoras y uno de los investigadores fueran a observar abiertamente tales departamentos de cinco tiendas. Se tomaron anotaciones y posteriormente decidieron enviar a un grupo de mujeres entrenadas para observar de manera no intrusiva a las personas que llegaban al departamento de ropa para damas (las observadoras se hicieron pasar por clientas). No se estructuró una guía de observación, tan sólo se les indicó que registraran el comportamiento que percibieran de las clientas (lo que ellas vieran). Las observadoras tomaron nota de una amplia variedad de comportamientos verbales y no verbales. El registro fue desde el tiempo que permanecían en dicho departamento, hasta qué objetos, tipo de ropa, partes o secciones del área les llamaban más la atención; qué les emocionaba; los colores y modelos que se probaban y compraban; los perfiles manifiestos (aproximadamente de qué edades, tipo de vestimenta, si venían solas o acompañadas y, en este último caso, por quién). La observación se prolongó durante una semana.

Tales registros y observaciones les sirvieron a los investigadores para comenzar a definir las áreas temáticas que podía contener el estudio y para elaborar una guía de observación, y así continuar con más observaciones (enfocadas) durante una semana adicional. Esta guía se presentó como un ejemplo en el capítulo 14, "Guía de observación para el inicio del estudio sobre la moda y la mujer mexicana".

Posteriormente, el grupo de observadoras capacitadas realizó entrevistas semiestructuradas a clientas (no se definió ningún tipo o tamaño de muestra, ni siquiera perfiles) en el momento en que abandonaban la tienda (un día en cada una de las cinco tiendas, cinco días de entrevistas). La guía general de entrevistas incluyó preguntas tan amplias como, entre otras, las siguientes: ¿qué es la moda? ¿Cómo se define estar a la moda? ¿Qué es lo más importante para ser una mujer que se vista a la moda? La entrevista duraba de 10 a 15 minutos. Un día, las observadoras se hicieron pasar por vendedoras de una de las tiendas. Finalmente se llevaron a cabo 213 entrevistas.

Después se realizaron entrevistas en profundidad con mujeres de diferentes edades (desde los 14 hasta los 65 años) en sus propios hogares, para conversar sobre moda, gustos, marcas favoritas y, de manera general, sobre cómo percibían a la tienda, entre otras cuestiones (50 entrevistas en total).

En primera instancia, todo el cúmulo de información obtenido se analizó de forma individual, por cada investigador, y después en grupo (material producto de observaciones, entrevistas y pláticas que tuvo el personal de campo). Tal análisis siguió las técnicas cualitativas. Los temas emergentes se convirtieron en tópicos para grupos de enfoque y variables para una encuesta.

[30] Costa y Hernández-Sampieri (2002).

También, a raíz de dichas experiencias, se planteó un problema de investigación más delimitado, aunque todavía no completamente acotado. Los principales objetivos fueron:

1. Obtener las definiciones y percepciones de la moda para las mujeres mexicanas.
2. Determinar qué factores componen la definición de moda para las mujeres mexicanas.
3. Conocer el significado de "estar a la moda" entre las mujeres mexicanas, que a su vez implica:
   - Precisar qué características tienen las prendas y los accesorios que se consideran "a la moda" para dichas mujeres.
   - Evaluar qué comportamientos de compra manifiestan tales mujeres al adquirir ropa.
   - Obtener un perfil ideal (naturaleza, características y atributos) de un departamento o una tienda de ropa femenina.
   - Conocer qué tiendas prefieren las mujeres mexicanas para comprar ropa.
   - Evaluar el departamento de damas de las tiendas de la cadena (incluyendo sus secciones).

Entre las preguntas de investigación que se establecieron estaban: ¿qué es la moda para las mujeres mexicanas? ¿Qué significa "estar a la moda" para ellas? ¿Qué dimensiones integran dicho concepto de moda? ¿Qué marcas, tipo de prendas, colores y estilos prefieren las mexicanas? ¿Qué atributos debe tener un departamento o una tienda de ropa para damas? ¿Cómo evalúan al departamento de ropa para damas?

La justificación incluyó la necesidad que tenía la cadena de tiendas departamentales de conocer mejor el pensamiento de sus clientes femeninos y así mantenerse a la vanguardia, ante la creciente competencia local e internacional en el mercado de ropa para mujer.

Así, se planteó un estudio con dos vertientes en paralelo: cuantitativa y cualitativa.

Segunda parte: encuesta y grupos de enfoque

Encuesta

La encuesta fue realizada en seis ciudades de la República Mexicana: Ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, Mérida, Villahermosa y Cancún. Un total de 1 400 encuestas entre mujeres mayores de 18 años (damas) y 700 jóvenes entre los 15 y los 17 años de edad (*juniors*). El número de encuestas se muestran en la tabla 17.9.

Tabla 17.9 Distribución de la muestra en las diferentes ciudades

Ciudad	Muestra de damas	Muestra de juniors
México, D.F.	300	150
Guadalajara	250	125
Monterrey	250	125
Mérida	200	100
Cancún	200	100
Villahermosa	200	100
Total	1 400	700

Las principales variables del cuestionario fueron:

- Definición de la moda
- Asistencia a tiendas departamentales, tiendas de ropa y boutiques
- Preferencia de tiendas departamentales, tiendas de ropa y boutiques
- Conducta de compras en tiendas departamentales o tiendas de ropa
- Atributos de una tienda departamental
- Atributos de una tienda departamental ideal
- Asociación de conceptos y apelaciones con tiendas departamentales y tiendas de ropa
- Relación de tiendas departamentales y de ropa con moda
- Marcas preferidas y su relación con "estar a la moda"
- Prendas y artículos adquiridos recientemente
- Influencia de las vendedoras en la decisión de compra de prendas, artículos y marcas
- Evaluación de las tiendas departamentales
- Percepción de distintas dimensiones relacionadas con el departamento de mujeres y jóvenes
- Evaluación del departamento de mujeres y jóvenes

Grupos de enfoque

Se efectuaron grupos focales en las mismas localidades que la encuesta y en dos ciudades más: Toluca y Veracruz. En cada una se realizaron cinco sesiones, que duraron entre tres y cuatro horas (el tema les apasionó a las participantes). Las *características* fundamentales de éstas se muestran en la tabla 17.10.

Tabla 17.10 Perfiles de sesiones[31]

Número de sesión	Rango de edad	Nivel socioeconómico
1	Damas 18-25 años	A y B (alto y medio alto)
2	Damas 18-25 años	C+ (medio)
3	Damas 26-45 años	A y B (alto y medio alto)
4	Damas 26-45 años	C+ (medio)
5	Juniors 15-17 años	B y C+ (medio alto y medio)

La guía de tópicos se presentó en el capítulo 14 (Ejemplo: "Guía de tópicos para la moda y la mujer mexicana").

Resultados

Se elaboró *un reporte por ciudad* (con los resultados cuantitativos y cualitativos separados; sin embargo, se compararon ambos y en las conclusiones se obtuvieron inferencias de las dos vertientes) *y uno general* (donde se mezclaron datos estadísticos agregados de todas las ciudades y las categorías y temas cualitativos comunes que emergieron en la mayoría de las ciudades). Como el lector podrá imaginar, se incluyeron cientos de gráficas y las transcripciones fueron muy voluminosas. No tendríamos espacio para presentar tantos resultados. A manera de muestra, vemos un par de ejemplos.

[31] El límite máximo de edad fue establecido por la empresa propietaria de las tiendas, que es líder absoluto en edades mayores. Las letras A, B y C+ indican los niveles que se usan por lo regular en la investigación de mercados, que lo hemos traducido simplificándolo.

La gráfica de la figura 17.26 señala que las temporadas (otoño, invierno, verano y primavera) y la "comodidad" son los factores más importantes que impactan la moda.

Con respecto a las categorías cualitativas y temas, mostramos algunos resultados generales:

Algunos comentarios de mujeres mexicanas sobre la moda

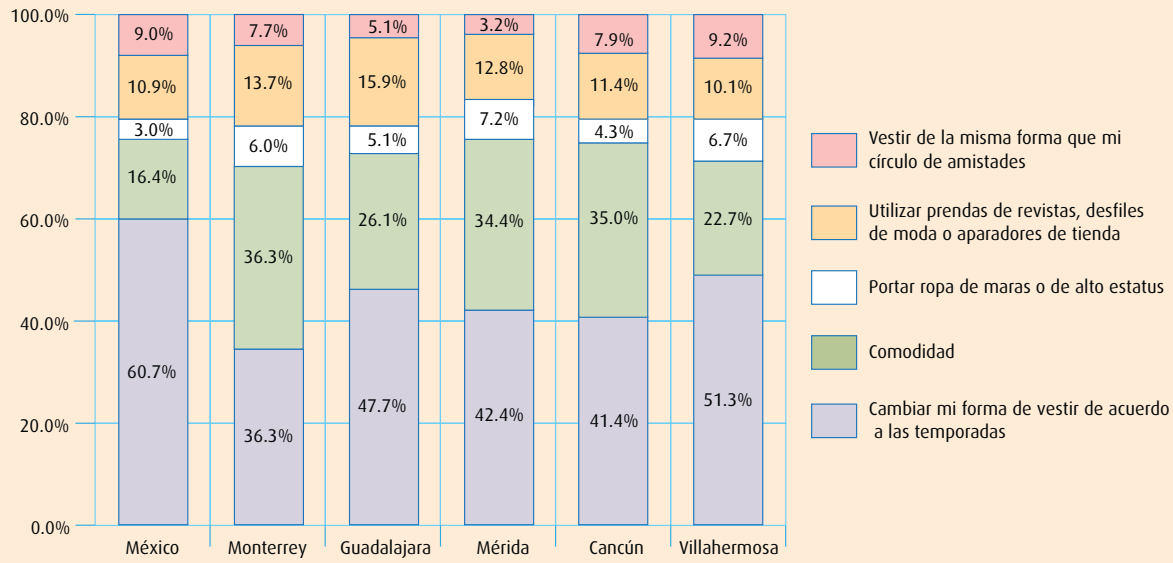
Mujeres mayores de 18 años

- La mayoría de los segmentos de todas las ciudades coinciden en que hablar de moda es muy relativo, pero señalaron que para ellas significa vestirse de acuerdo con su personalidad, buscando comodidad y usando los colores de temporada.
- Lo importante es que los diseños se adecuen a ellas y que se sientan "a gusto" con la ropa.
- Demandaron que la ropa se ajuste a la complexión de las mujeres mexicanas, ya que la confeccionada para damas "más llenitas" (rollizas) opacan su belleza pues los colores son oscuros y no existen ni variedad ni buenos estilos.
- Respecto de las tallas, manifestaron no encontrar ropa acorde con su cuerpo, señalando que en general "vienen muy estrechas" y les ocasiona problemas en la zona de las caderas y las piernas. Asimismo, opinaron que en ocasiones el largo del pantalón no es suficiente.
- La percepción en los segmentos de mujeres jóvenes es que "almacenes XXXX no cuenta con marcas de moda". Recomiendan incorporar marcas exclusivas como XXXX, dirigidas al público femenino joven, preocupado por estar a la moda.
- Solicitan que ellas mismas puedan formar sus coordinados y que hubiera tallas intercambiables.
- En el interior (provincia), recomendaron que en el departamento se disponga un área para que los niños se entretengan mientras ellas se prueban modelos y compran.

Jóvenes de 15 a 17 años

- La mayoría de las jóvenes compran su ropa en tiendas juveniles (llamadas por los adultos boutiques, término que a muchas de ellas les hace gracia).
- Las tiendas preferidas son XXXX, XXXX y boutiques locales.
- En segundo término, acuden a tiendas departamentales, principalmente...
- Fundamentalmente compran por impulso, es decir, no planean sus compras.
- Solamente planean sus compras cuando tienen un evento social.
- Se guían por sus sentidos al ver las prendas, más que por una marca.
- Acuden a las tiendas departamentales y si les gusta una prenda, normalmente regresan con sus padres para adquirirla.

Figura 17.26 ¿Qué es la moda para la mujer mexicana?



Tercera parte: estudios adicionales

Después, como complemento, para clarificar algunos puntos, se realizó otra encuesta con la mitad de casos de la efectuada primero (n = 700 mujeres y 350 jóvenes) para comparar a la tienda con su competidora más cercana en la Ciudad de México, Monterrey y Guadalajara.

Asimismo, el departamento de ropa para damas de una tienda fue remodelado de acuerdo con los resultados de todo el proceso y se condujo un grupo de enfoque con mujeres y otro con jóvenes, para evaluar las remodelaciones.

En el estudio se transitó por ambos caminos: el cuantitativo y el cualitativo. La experiencia fue muy enriquecedora.

Los investigadores opinan

De la concepción tradicional de investigación en psicología a la concepción actual

En las décadas de 1960 y 1970, se consolidó la tradición investigativa en psicología, caracterizada por tres grandes enfoques: clínico, psicométrico y experimental. Esta concepción tradicional fundamentada en el positivismo (sobre todo en los dos últimos enfoques) se concibe la realidad en términos independientes del pensamiento, una realidad objetiva, ordenada por leyes y mecanismos de la naturaleza que poseen regularidades que se pueden explicitar. Para estudiar esa realidad, hay una preocupación por construir instrumentos para estudiar al individuo separado de su contexto. Por tanto se le dio importancia a las medidas estandarizadas de inteligencia, de aptitudes y de conocimientos, y del sujeto en el laboratorio. En una búsqueda de la objetividad como característica de las pruebas, mediante la medida y cuantificación de los datos, que implica la neutralidad del investigador**,** que adopta una postura distante, no interactiva, como condición de rigor, para excluir juicios valorativos, e influencias en la observación, en el experimento, en la aplicación de las pruebas y en la recolección de la información.

En la década de 1980 se presenta la llamada investigación cualitativa como un concepto alternativo a las formas de cuantificación que habían predominado sobre todo en los enfoques psicométrico y experimental. Se dan cambios en las concepciones ontológicas, de la naturaleza humana, epistemológicas y metodológicas, que tienen que ver con el análisis de las interrelaciones entre los individuos, el estudio de la subjetividad del observado y del observador, de lo particular y del sentido, la historia de las personas y la complejidad de los fenómenos.

La investigación cualitativa que aparece en la década de los ochenta del siglo xx, cambia las relaciones entre los sujetos y el objeto de estudio, donde el conocimiento es una creación compartida en la interacción investigador-investigado; enfatiza en la complejidad de los procesos psicosociales, involucra a los investigadores que interactúan con otros actores sociales y posibilita la construcción de teorías fundamentadas en la dinámica cultural. Se recupera la subjetividad como espacio de construcción de la vida humana, y se reivindica la vida cotidiana como escenario de comprensión de la realidad sociocultural.

La perspectiva cualitativa está interesada por el estudio de los procesos complejos subjetividad, y su significación, a diferencia de la perspectiva cuantitativa que está interesada por la descripción, el control y la predicción, es inductiva porque se interesa por el descubrimiento y el hallazgo, más que por la comprobación y la verificación; es holística porque se ve a las personas y al escenario en una perspectiva de totalidad; y es interactiva del individuo con su entorno, de visión ecológica y reflexiva de la complejidad de las relaciones humanas. Aumentan las investigaciones sobre las actitudes, los valores, las opiniones de las personas, las creencias, percepciones y preferencias de las personas, incrementándose por tanto, los análisis de contenido de los testimonios de los sujetos, lo mismo que el empleo de las técnicas históricas y etnobiográficas. Se introduce el concepto de la observación participante que implica tener en cuenta la existencia del observador, su subjetividad y reciprocidad en el acto de observar.

El énfasis en estos momentos se pone a la diferencia, sujetos de diferentes ambientes o estratos sociales son también capaces de tener sensaciones, manifestar sentimientos, formular argumentaciones lógicas y comunicarse. Hay diferencias entre los grupos, entre las culturas, diversidad de historias, y también hay un interés por la búsqueda del sentido, que se presenta en las experiencias subjetivas y afectivas de las personas. Predomina la comprensión de la complejidad de los fenómenos, en una aproximación hermenéutica y no su explicación causal. Teniendo en cuenta la diversidad de componentes de la realidad y de sus interacciones. La comprensión analiza los procesos psicosociales desde el interior.

La perspectiva actual en este siglo xxi, se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Hay mayor tendencia a analizar las interrelaciones en función de la situación en la cual se encuentran los individuos, el tipo de interlocutor con el cual se comunica. La investigación está dependiendo de la sociedad en la cual se realiza, de la cultura y la ecología específicas; no hay forma humana definitiva, todo puede cambiar o estar sujeto a cambio.
- Se tiende a rechazar la dicotomía artificial entre sujeto y su contexto social, hay que renunciar a la creencia de la pureza de los géneros, de los conceptos, es evidente que hay cuantitativo dentro de lo cualitativo y viceversa; lo cuantitativo y lo cualitativo como calificativos de técnicas no proporcionan la unidad más relevante para dilucidar los problemas metodológicos en ciencias sociales.
- Existe la tendencia de aliar la explicación causal con la búsqueda de la comprensión, combinar la explicación causal con una aproximación más hermenéutica, más interpretativa. Se conjuga la explicación causal con la interpretación para aumentar la inteligibilidad multirreferencial, que tiene en cuenta la multiplicidad de significados e interacciones.
- Hay una ampliación en la naturaleza de los datos observados. No se ha abandonado la evaluación de tipo cuantitativo, los tests siguen siendo una técnica muy utilizada, pero los investigadores se han abierto al mundo de la subjetividad y de la afectividad de las personas, se interesan por la manera en que los sujetos describen y experimentan los acontecimientos, y las distintas formas de aprender la realidad.
- Se articula la aproximación cualitativa a los fenómenos psicosociales con la aproximación cuantitativa. Se posibilita el uso separado o conjunto de la totalidad de métodos y técnicas disponibles en ciencias sociales.
- Para descubrir permanencias, identificar contradicciones, estados inestables, se utiliza más a menudo el método de la triangulación donde se obtiene información de diferentes fuentes, y se emplean diferentes teorías y técnicas para recolectar y analizar la información.

- Se han desarrollado programas informáticos orientados a la recolección y al análisis de la información que se obtienen mediante la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas.
- Lo interdisciplinario es una zona de producción de conocimientos, que presupone la consolidación del lenguaje disciplinario, capaz de articularse a la interdisciplina, no sustituyéndolo sino integrándolo en otro nivel de significaciones. El trabajo interdisciplinario no supone una yuxtaposición de datos, sino un nuevo momento de construcción teórica.

Ciro Hernando León Pardo
Psicólogo
Universidad Javeriana

Los métodos mixtos y la docencia en investigación

El quehacer de la investigación, como bien dice el connotado patólogo mexicano Ruy Pérez Tamayo, es servir para algo. Con su peculiar estilo el maestro Pérez Tamayo dice que igual que el teléfono o el servicio de limpia, su tarea es "servir para algo".

Así, si bien la investigación cuantitativa desde el paradigma positivista nos ha brindado indudables conocimientos, los investigadores e investigadoras sociales trabajando con comunidades y con personas empezaron a darse cuenta que la subjetividad, la esencia de lo humano, difícilmente se encasillaba en los números y las cifras. Nace así el paradigma cualitativo que en un principio fue visto por la "investigación oficial" como un paradigma alejado del tradicional método científico y fue en un principio rechazado con el argumento de no ser científico.

Ha pasado tiempo desde esas épocas y en la actualidad ambos paradigmas han dejado de ser vistos como antagónicos; de hecho muchos investigadores e investigadoras los ven como complementarios y es así que surgen y se desarrollan con gran fortaleza las investigaciones mixtas que se fortalecen mutuamente desde sus potencialidades y a la vez complementan mutuamente las limitaciones de cada uno.

Desde mi visión se cumple mejor la tarea de "servir para algo" cuando podemos desarrollar métodos mixtos. Claro todo dependerá siempre de cuáles son las preguntas que se haga el o la investigador(a) y cuál sea su campo concreto de la investigación.

Ciencias exactas como son la física o la química obtendrán gran riqueza a partir del paradigma cuantitativo y las ciencias del comportamiento, de lo humano ampliamente, se enriquecen enormemente bajo el paradigma cualitativo.

Sé que existen centros académicos que aún se resisten a la incorporación del paradigma cualitativo a la investigación, afortunadamente cada día son menos y veo un futuro prometedor de esta conjunción de paradigmas.

Unas líneas sobre la docencia y los docentes que desarrollan materias de investigación: a través del contacto con muchas y muchos alumnos de posgrado he recibido testimonios vívidos de cómo varios docentes de investigación se han encargado de hacer que sus alumnos(as) aborrezcan la investigación o en el menor de los casos le tengan temor.

Esto es especialmente cierto cuando hablamos del paradigma cuantitativo que se sustenta de manera importante en la estadística. Pocos profesores y profesoras centran su enseñanza en el "para qué nos sirve la estadística" y se vuelcan a la demanda de que el alumnado siga y cumpla con interminables fórmulas. Yo hago el símil con los teléfonos móviles que muchas y muchos utilizamos pero son pocos aquellos que pueden reparar o desarmar un móvil y volverlo a armar. La estadística es el móvil y en nuestra experiencia ha sido muy enriquecedor al enseñar la estadística desde su utilidad y no desde las fórmulas. Esta visión ha reconciliado a muchos alumnos y alumnas con la investigación científica cuantitativa. Un fenómeno similar sucede con la enseñanza de la investigación cualitativa. Aquí los talones de Aquiles de su enseñanza los encontramos en los marcos teóricos referenciales y en el análisis de los datos. Siempre será más complicado analizar textos que analizar números y lo que se requiere es que el alumno adquiera mucha práctica en la generación de las categorías bajo las cuales se agrupan los discursos de los participantes.

En suma y sobre todo con el advenimiento de los métodos mixtos creo que es imperioso que los centros académicos se aboquen a la formación de docentes en investigación que, parafraseando de nuevo a Pérez Tamayo, "sirvan para algo". Que sean creativos para la enseñanza de las metodologías y en suma coadyuven a que sus alumnos y alumnas se enamoren de la investigación.

Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson
Presidente y fundador del Instituto Mexicano de Sexología, A. C.
Autor de obras de investigación cualitativa y sexualidad.
Editor de Archivos Hispanoamericanos de Sexología

Los profesionales y el desarrollo de competencias para la investigación

Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto,
y pensar lo que nadie más ha pensado.

Albert Szent Gyorgi

En ocasiones algunos estudiantes que no planean dedicarse a la investigación científica se preguntan: ¿por qué necesito aprender Metodología de la Investigación si yo no voy a dedicarme a la academia ni a desarrollarme en el campo científico? Porque cualquier egresado de universidad necesita desarrollar las habilidades, conocimientos y actitudes para hacer investigación.

Un profesional de cualquier disciplina requiere contar con las competencias básicas para buscar, seleccionar, procesar, analizar y comunicar datos, información y conocimiento; para lo cual, aprender métodos de investigación científica es un punto clave.

En el diseño curricular con enfoque en competencias en educación superior, se consideran tanto las competencias genéricas (las que identifican elementos compartidos en cualquier programa de estudios) como las específicas (que son aquellas necesarias en cada campo de estudios). En las competencias genéricas enlistadas por el proyecto Tuning América Latina se incluyen varias competencias genéricas directamente relacionadas con materias de investigación, como: capacidad de investigación; capacidad de aprender y actualizarse permanentemente; habilidades para buscar, procesar y analizar información procedente de fuentes diversas; capacidad para identificar, plantear y resolver problemas; capacidad de trabajo en equipo; compromiso con la calidad; compromiso ético. Adicionalmente, las competencias genéricas restantes también están estrechamente vinculadas y se refuerzan en las materias de investigación, como ejemplo se mencionan las siguientes: capacidad creativa; capacidad para tomar decisiones; capacidad de motivar y conducir hacia metas comunes; capacidad de abstracción, análisis y síntesis; por mencionar algunas. De igual manera, de las competencias específicas que el proyecto Tuning señala para cada área temática hay varias que están vinculadas con competencias para la investigación.

Otro motivo por el cual es importante aprender a investigar es la necesidad de actualización permanente de los profesionales, ya que en todos los campos disciplinares se generan avances en el conocimiento. Un profesionista que como estudiante universitario aprendió los fundamentos de los métodos de investigación, tendrá la habilidad para identificar, comprender y evaluar el rigor científico de las innovaciones en su especialidad.

Nuestra realidad es compleja, y para comprenderla y explicarla, desde cualquier perspectiva, la investigación —entre otras— es una herramienta excepcional. Entonces, incluso los estudiantes que no tienen contemplado seguir una carrera científica, requieren reforzar competencias para la investigación que serán indispensables para su desarrollo profesional y personal. Al hacerlo, serán profesionales y personas más integrales y preparadas para adaptarse al entorno en permanente cambio, resolviendo los problemas a los que se enfrenten y logrando las metas que se propongan.

Dra. Ana Cuevas Romo
Coordinadora del Centro de Investigación
de la Universidad de Celaya

Índice analítico

La n después de un número de página indica que la referencia se encuentra en las notas.

A

Abordaje principal, 514
Abreviación, 438
Accesibilidad del ambiente, 366
Acceso al ambiente, 366
Acciones
  e interacciones, 474
  para efectuar un estudio narrativo, 490
  para elegir la muestra, 384
  para implementar un diseño fenomenológico, 495
Acercamientos al análisis cualitativo, 419
Acopio de las referencias, 61
Actitud(es)
  concepto de, 237
  de las propiedades, 237
  del investigador en la recolección de datos, 398
Actividades
  asociadas, 420
  de la codificación abierta, 427
  individuales y colectivas, 400
  que realiza un investigador durante la inmersión inicial, 375
Adecuación referencial, 456
Adecuada delimitación del universo o población, 175
Adjetivos bipolares, 247
Administración
  de pruebas controlada, 145
  del tratamiento, 141
Afirmación(es), 240
  de un hecho, 105
  desfavorable o negativa, 240
  favorable o positiva, 240
  general de causa y efecto, 51
  univariadas, 108n
Alcance
  de la investigación, 90
  final de los estudios cualitativos, 18
  inicial del estudio, 104
Alcances del proceso de la investigación cuantitativa, 99
Ambiente
  de la investigación cualitativa, 365
  en el cual se lleva a cabo el estudio, 361
  físico, 399
  social y humano, 399
Amenazas a la credibilidad del estudio, 456
Amplitud exagerada, 206
Análisis, 396
  cuantitativo de los datos, 272
  de contenido cuantitativo, 251
  de correspondencia, 440
  de covarianza, 304
  de factores, 209
  de Hoyt, 296
  de los datos, 418
  de primera mano, 422
  de redes, 253
  de varianza factorial, 304
  de varianza unidireccional, 304
  detallado de los datos, 422
  discriminante, 209
  estadístico, 150
    inferencial, 189
  exhaustivo del lenguaje, 422
  no paramétricos, 304
  paramétricos, 304
Analizar
  el significado e implicaciones de un problema de investigación, 43
  la certeza de las hipótesis, 128
  las referencias, 67
Analogías, 437
Anhedonia, 480
Anotaciones, 370
  ampliadas, 455
  condensadas, 455
  de cada sesión, 415
  de la observación directa, 371
  de la reactividad de los participantes, 373
  interpretativas, 371
  personales, 372
  sobre el método utilizado, 425
  temáticas, 372
Antónimos, 438
APA (*American Psychological Association*), 348
Apéndices, 346
Aplicabilidad de resultados, 458
Aplicación
  de un cuestionario por entrevista, 233
  del diferencial semántico, 250
Apoyo bibliográfico, 67
Apoyos gráficos, 520
Aproximación, 470
  cualitativa, 9
Aproximaciones cuantitativa y cualitativa, 15
Archivos de las solicitudes de empleo, 186
Artefactos personales e históricos, 416
Artículos periodísticos, 340
Asignación
  al azar, 138
  aleatoria de los participantes, 138
  de códigos, 429
Asignar distintos valores a la variable independiente, 130
Aspectos
  a considerar para desarrollar una investigación, 28
  éticos para la guía de entrevista, 407
  importantes en la presentación de los resultados, 508, 515
  prácticos para la guía de entrevista, 407
  teóricos para la guía de entrevista, 407
Atributos, 438
  a medir, 198
Auditoría
  en comunicación, 253
  externa, 457
Autoevaluación del reporte, 523

B

Baja dependencia, 454
Bancos de datos, 64
Barómetros, 187n
  de opinión, 187
Barrido de los datos, 434
Base de las conclusiones que se desprenden del análisis, 442
Bases para elaborar el reporte, 339
Batería de preguntas, 222
Bibliografía, 523
Biografía(s), 416, 488
Bitácora, 370
  analítica, 426, 520
  de análisis, 422, 425
  de campo, 420, 426
  de la sesión, 411
  de recolección de datos, 520
Bola de nieve, 388
Brevedad de la guía temática, 411
Buen observador cualitativo, 403
Buenas ideas de investigación, 27
Buscar lazos perdidos, 447
Búsqueda
  cuantitativa, 6
  del conocimiento, 4

C

Cadenas de evidencia, 455
Cálculo
  de la confiabilidad de un instrumento de medición, 207
  de la validez de contenido, 208
  de profecía Spearman-Brown, 296n
Calendarios, 447
Calidad de una investigación, 128
Cambios en el tono de voz, 437
Campos en donde se emplean los métodos cualitativo y cuantitativo, 16
Capacidad
  de autocrítica, 459
  de otorgar significado, 459
  operativa de recolección y análisis, 384
Capacitación de entrevistadores, 234
Característica(s), 288
  de la entrevista cuantitativa, 234
  de las entrevistas cualitativas, 403
  de las guías temáticas, 411
  de las hipótesis, 104, 106
  de las investigaciones exploratorias, 91
  de los grupos estudiados en diseños etnográficos, 485
  del análisis cualitativo, 8, 395, 418
  del enfoque cuantitativo, 4
  del entrevistador, 233
  que deben cubrirse al plantear las preguntas, 224
Características de la investigación
  -acción, 497
  cualitativa, 362
  etnográfica, 482
Carta introductoria, 228
Carteles, 340
Casos extremos opuestos, 389
Categoría
  central, 474
  eje, 474
Categorías, 394, 426, 429
  compartidas, 483
  de cultura material, 483
  de expresión cultural, 483
  de las distribuciones de frecuencias, 282
  de muestras, 175
  de necesidades de supervivencia y desarrollo humano, 483
  de respuesta, 239
  de tecnología, 483
  de valores perdidos, 254
  del ambiente, 475
  del entorno físico, 483
  del sistema cultural, 483
  emergentes, 432
  en datos perdidos o ausentes, 438
  históricas, 483
  individuales, 483
  inusuales, 433
  relacionales, 483
  taxonómicas, 438
  teóricas, 433
Categorización de los datos, 425
Causalidad, 111
Causas
  antecedentes, 129
  del comportamiento humano, 397
Censo, 172
Centro de la investigación, 364
Ceremonias religiosas o paganas, 400
Chequeos cruzados, 455
Chi cuadrada, 318
Cibercultura, 398
Ciclos repetidos de análisis, 497
Circularidad, 438
Clases de
  anotaciones, 371
  categorías, 433
  dependencia, 454
  mapas conceptuales, 445
Clasificación
  de hipótesis nulas, 114
  de las hipótesis, 107
  de las preguntas, 404
  de los diseños etnográficos, 485
  del diseño de investigación, 129
Clasificar, 439
Clientes misteriosos, 366
Clima
  de confianza entre los participantes, 410
  organizacional, 50
Codificación, 427
  abierta, 426, 450, 473n, 476
  axial, 442, 450, 473n
  cualitativa, 429
    abierta, 426
  cuantitativa, 426
  de alto nivel de abstracción, 485
  de las categorías de la escala, 248
  de los datos, 213, 394, 426
  de nivel poco abstracto, 485
  de preguntas abiertas, 231
  en el primer nivel, 427
  en primer plano, 484
  en segundo plano, 440, 484
  en varios niveles, 470
  física de los datos, 256
  selectiva, 441, 443, 450
Codificar las respuestas de los participantes, 223
Código que indique dimensión y categoría, 433
Códigos, 426, 437
  anidados, 431
  en vivo, 434
  numéricos, 213
  simbólicos, 213
Coeficiente
  alfa de Cronbach, 208, 295
  alfa estratificado, 296
  asimétrico, 324
  de Angoff-Feldt, 296
  de confiabilidad máxima, 296
  de correlación de Pearson, 304, 322
  de determinación, 306
  de Feldt-Gilmer, 296
  de fiabilidad, 294n
  de Kristof, 296
  de Pearson al cuadrado, 306
  de Raju, 296
  Eta, 324
  Guttman λ_2, 296
  producto-momento, 304
  r de Pearson, 324
  rho de Spearman, 322
  tau de Kendall, 322
  λ_4 maximizado, 296
Coeficientes
  de concordancia de Kendall, 323
  de correlación e independencia, 320
  de fiabilidad, 207
  KR-20 y KR-21 de Kuder y Richardson, 295
Cohortes, 160
Coincidencia de los datos entre distintas fuentes, 455
Colectividades de estudio, 172
Colocación, 439
Comentarios de ampliación, 406
Comparación
  constante, 426
  entre unidades, 431
  múltiple, 442
Comparaciones, 438

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Comparar
con la teoría, 458
entre grupos, 50
grupos o categorías, 43
Compenetración, 367
Complejidad de la categorización, 431
Complemento del error máximo aceptable, 179
Componentes del dominio de contenido de una variable, 201
Comprensión profunda del fenómeno estudiado, 397
Comunicación no verbal, 234
Comunidades, 398
Concepto de
actitud, 237
confiabilidad, 200
constructo, 203
cualitativo, 4n
cuantitativo, 4n
cuestionario, 217
diferencial semántico, 247
diseño, 128
escala, 219
estabilidad, 453
experimento, 129
hipótesis, 104
ítem, 208n
muestra, 173
perspectiva, 27
población, 174
precedente, 43
teoría, 69
transcripción, 425
validez, 201
variable, 105
de la matriz de datos, 277
Concepto variable de la investigación, 277
Conceptos clave del mapa, 77
Conclusiones, 522
Condensación de datos, 439
Condensar los resultados, 521
Condición antecedente, 130
Condiciones
causales, 474
contextuales, 474
intervinientes, 474
Conectar experiencias personales con la idea de investigación, 28
Conectores lingüísticos, 438
Confiabilidad
concepto de, 200
cualitativa, 453
de un instrumento de medición, 200
por test-retest, 208
Confianza en los resultados, 148
Confidencialidad absoluta de la investigación, 511
Confirmación, 459
Conformación
de los grupos, 410
del portafolio de evidencias, 483
Congruencia entre todas las diferentes partes que integran el documento, 345
Conjunto de procesos, 4
Conocer
la diversidad de idiosincrasias, 364
las cualidades únicas de los participantes, 364
Conocimiento
actual del tema de investigación, 98
disponible, 74
Consecuencias, 474
del estudio, 42
Consistencia
de los resultados, 453
lógica, 453
Construcción
de una escala de Likert, 244
del marco teórico, 76
cuando no hay estudios previos, 74
Construcciones hipotéticas, 105
Constructivismo, 4, 7
Constructo(s), 105
concepto de, 203
Consulta de las referencias, 65
Contexto(s), 514
de campo, 150
de la investigación, 513
cualitativa, 365
de laboratorio, 150
de un diseño experimental, 150
geográfico de los participantes, 488
histórico de los participantes, 488
relacional, 494
social de los participantes, 488
Contextualización de las experiencias, 494
Contextualizar la definición conceptual, 119
Contingencias, 438
negativas en la categorización, 435
Contradicciones lógicas, 72
Contraste del reporte con el protocolo de la investigación, 525
Controladores de ingreso a un lugar, 366
Conveniencia
de la investigación, 40
del ambiente, 366
Coocurrencia de palabras, 440
Coreografía del análisis, 419, 420
Correlación, 111
espuria, 95
negativa entre variables, 94
positiva entre variables, 94
Correlacionales
causales, 191
espurias, 306
Corrientes de pensamiento, 4
Corroboración estructural, 456
Cortar o editar, 439
Crear lazos de amistad con los participantes, 398
Credibilidad del
estudio, 456
método de análisis, 426
Criterio
cronológico, 424
de Cohen, 189n
externo, 209
por grupo o participante, 424
por importancia del participante, 424
por sucesión de eventos, 424
por tema, 424
por tipo de datos, 424
por ubicación del ambiente, 424
Criterios
cruzados, 425
explícitos, 43
para evaluar una definición operacional, 121
para evaluar una teoría, 72
para generar ideas de investigación productivas, 27
para organizar los datos, 424
para plantear un problema de investigación cuantitativa, 36
progresivos para organizar datos, 425
Críticas a los enfoques cuantitativo y cualitativo, 16
Cronología de experiencias y hechos, 490
Cualitativo, concepto de, 4n
Cuantitativo, concepto de, 4n
Cuasiexperimentos, 129, 140
Cuestionamientos múltiples, 222
Cuestionario(s), 217
administrados usando dispositivos electrónicos, 235
autoadministrado, 233
concepto de, 217
de motivación intrínseca, 122
para autoadministración, 233
por entrevista, 234
Cultivar
informantes clave, 367
la empatía, 405
Cultura(s), 482
organizacional, 50
Curva normal, 301

D

Datos
cualitativos, 9
definición de los, 9
del reporte de la sesión, 410
describir los, 282
en bruto, 426
no estructurados, 418
que interesan de los seres humanos, 396
repetitivos o redundantes, 435
secundarios, 252
Decisión del número de casos que conformen la muestra, 385
Deficiencias en el conocimiento del problema, 360, 364

Definición
conceptual, 119
del tipo de reporte, 338
general de trabajo sobre el fenómeno, 359
operacional, 120
real, 119
Definición de
estudios de caso, 164
evento, 199
hipótesis, 104
la entrevista cualitativa, 403
la muestra inicial, 396
la unidad de muestreo/análisis, 173
las variables, 119
los datos cualitativos, 9
media, 287
medición, 199
objeto, 199
variable, 105
Definiciones operacionales, 198, 438
Definir las variables de la hipótesis, 118
Delimitación de
la población, 174
las características de la población, 174
Delimitar, 36
Demostración de la dependencia, 454
Demostrar interés en las reacciones del entrevistado, 405
Denotar la estrategia de investigación, 359
Dependencia
del estudio, 453
externa, 454
interna, 454
Derivación del escalamiento clásico de Likert, 246
Desarrollo
de la investigación, 514
de la perspectiva teórica, 60
del análisis cualitativo, 419
del modelo, 474
Describir los datos, 282
Descripción
completa de cada categoría, 443
de un contexto, 368
del ambiente, 368
Descripciones profundas y completas del contexto, 511
Descriptores, 62
Descubrimientos producto de los datos emergentes, 513
Deseabilidad social, 205, 225
Desempeño de los participantes, 475
Desesperanza, 480
Desestimar casos, 175
Destilación de datos, 439
Desventaja(s) de las
encuestas telefónicas, 235
preguntas abiertas, 221
preguntas cerradas, 221
Desviación estándar, 288
Detección de personas del tipo elegido, 410
Detector de mentiras o polígrafo, 253
Determinación del tamaño de la muestra, 187
Díadas, 397
Diagrama(s)
causa-efecto, 499
de conjuntos, 445
de toma de decisiones respecto de la muestra inicial, 390
Diario de campo, 370
Diferencia
entre diseños de investigación, 503
entre el diseño narrativo y el fenomenológico, 493
significativa, 142n
Diferencial semántico, 238
concepto de, 247
Diferencias entre
enfoque cualitativo y enfoque cuantitativo, 10
investigación experimental y no experimental, 153
Diferentes
tamaños de muestra, 181
tipos de datos, 397
Dimensiones
apropiadas de las variables del estudio, 206
del significado, 247
Dinámicas grupales, 409
Dirección de las afirmaciones, 240
Diseño, 514
con posprueba y grupo de control, 142
con preprueba-posprueba y grupo de control, 145
concepto de, 128
constructivista de la teoría fundamentada, 476
correlacional-causal, 158
de cuatro grupos de Solomon, 147
de estudio de caso cualitativo, 470
de investigación-acción, 496
de investigación fenomenológico, 493
de preprueba-posprueba con grupos distribuidos aleatoriamente, 146
de teoría fundamentada, 472
emergente de la teoría fundamentada, 476
en la investigación cualitativa, 470
longitudinal, 154
sistemático de la teoría fundamentada, 473
transversal o transeccional, 154
Diseños
críticos, 485
cuasiexperimentales, 151
de causalidad múltiple, 159
etnográficos, 482
experimentales, 130
de series cronológicas múltiples, 147
factoriales, 148
genéricos, 470
macroetnográficos, 485
microetnográficos, 485
mixtos, 500
narrativos, 487
no experimentales, 154
preexperimentales, 141
prospectivos, 159
retrospectivos, 159
transversales, 129
Diseños de investigación
acción participativa, 501
cualitativa, 129
transeccional o transversal, 154
Diseños longitudinales, 129, 159, 162
de evolución de grupo, 160
de tendencia, 160
panel, 161
Diseños transeccionales
correlacionales-causales, 157, 158
descriptivos, 155
exploratorios, 155
Disforia, 480
Distorsiones de los participantes, 456
Distribución(es)
de frecuencias, 282
de una muestra, 300n
muestral, 300n
no normales, 318
normal, 301
División de los
diseños transeccionales, 155
estudios narrativos, 490
Dobles negaciones, 225
Documentos, materiales y artefactos diversos, 415
Dominio de contenido de una variable, 201
Duplicar muestras, 455

E

Ecuación de regresión lineal, 308
Efecto(s)
consecuentes, 129
de la manipulación de más de una variable independiente sobre las variables dependientes, 148
supuesto, 130
Ejemplo de
agenda, 411
guía de temas, 411
Ejemplos de
apéndices, 346, 523
estudios descriptivos, 93
investigación-acción participativa, 502
limitaciones, 523
perfiles, 410
unidad constante, 428
uso del diseño de investigación-acción, 500
variables, 105
Ejemplos de fuentes primarias, 61n
Ejercicios escritos, 415
Elaboración del plan, 499

Elaborar
un mapa del ambiente, 399
una historia o guión sobre la investigación, 367
Elección
de una unidad constante, 427
del diseño cualitativo, 470
Elemento
central del proceso de muestreo, 391
clave de los datos narrativos, 490
Elementos
comunes de un plan, 500
de un libro de códigos, 255
de un reporte no académico, 346
del desarrollo de la idea, 36
importantes para la observación, 399
más comunes del reporte, 512
para plantear un problema, 36
paralingüísticos, 424
que forman la parte de discusión, 522
que obstruyen la conversación, 405
Empirismo, 4
Encuadre, 27
Encuentros, 397
Encuestas
de opinión, 152, 159, 177
nacionales de opinión, 156
Enfoque
cualitativo, 4, 4n, 7, 9
de la investigación, 26
cuantitativo, 4, 4n
Ensamblaje de las narrativas individuales, 490
Entender a los participantes, 368
Entendimiento
del fenómeno, 384
emergente, 364
Entorno, 399
Entrevista, 394
cualitativa, 403
definición de la, 403
cuantitativa, 234
personal, 233, 234
semiestructurada, 480
Entrevistas, 233
abiertas, 9, 403
estructuradas, 403
no estructuradas, 403
semiestructuradas, 403
telefónicas, 235
Episodios, 397
Equivalencia inicial de los grupos, 138
Error
alfa, 303
beta, 303
del Tipo I, 303
del Tipo II, 303
en el muestreo, 177
estándar, 177, 189
máximo aceptable, 178
Errores
al seleccionar la muestra, 175
de comprensión, 405
en la medición, 205
Esbozar un perfil de las unidades o casos que se van a analizar, 39
Escala(s)
aditiva, 242
concepto de, 219
de actitud, 224
de Guttman, 238
de Likert, 216n
de medición ordinal, 251
por objeto, 244
Escalograma de Guttman, 238, 251
Escáner, 253
Escritos para presentarse como ponencias, 340
Escrutinio empírico de la hipótesis, 117
Escuchar activamente, 405
Esencia del
muestreo cualitativo, 386
muestreo cuantitativo, 173
proceso de recolección y análisis, 396
Espiral sucesiva de ciclos, 498
Esquema
de categorización, 431
de organización del proceso de codificación, 515
final de codificación, 427
Estabilidad, concepto de, 453
Establecer influencias, 130
Establecimiento de
causalidad, 111
jerarquías, 447
relaciones causales, 141
Estadística inferencial, 189
Estado del conocimiento sobre el problema de investigación, 90
Estancias prolongadas en el campo, 456
Estándares, 339
Estandarización de la entrevista, 234
Estilo de
investigación de un proyecto, 417
publicación APA, 348
Estilos de publicación
Chicago, 349
Harvard, 349
Vancouver, 349
Estilos de vida, 398
Estimaciones de variables en la población, 177
Estimar efectos causales, 151
Estímulo experimental, 132
Estímulos, 129
Estrategia de
indagación, 470
investigación, 90
muestreo mixta, 390
muestreo pertinente, 384
Estrategias, 474
Estratificación de la muestra, 181
Estratos de la muestra, 187
Estrechez del contenido, 206
Estructura
problema-solución, 491
tridimensional, 491
Estructuralismo, 4
Estructurar más formalmente la idea de investigación, 26, 36
Estudio
con alcance descriptivo y pronóstico, 104
conducido con la comunidad, 501
cualitativo, 10
de papeles, 397
cuantitativo, 10
de cuestiones éticas o morales, 42
en una muestra, 172
etnográfico, 422
exploratorio, 116
fenomenológico, 422
Estudios
autobiográficos, 490
biográficos, 490
con perspectiva fenomenológica, 387
correlacionales, 93
cualitativos, 7, 104
cuantitativos exploratorios, 387
de clientes misteriosos, 366
de intervención, 129
de investigación-acción, 525
de opinión y mercadotecnia, 387
de seguimiento, 159
de tópicos, 490
descriptivos, 90, 92
dispersos, 46
ex post-facto retrospectivos y prospectivos, 152
explicativos, 90, 150
exploratorios, 90
motivacionales, 387
preexperimentales, 164
puramente descriptivos, 155
Estudio(s) de caso, 129n, 164, 422
con una sola medición, 141
definición de, 164
experimental, 141
Etapas
de la validez de constructo, 203
del desarrollo de la perspectiva teórica, 61
del proceso cualitativo, 396
Etnografía en las organizaciones, 487n
Etnometodología, 7n
Eurobarómetro, 187
Evaluación de las deficiencias en el conocimiento del problema, 42
Evaluar
la evolución del efecto, 147
las observaciones desde diversos ángulos, 368
los resultados de nuestra investigación, 119
Evento(s)
definición de, 199
e historias, 400
traumáticos, 397

Evidencia
empírica en el enfoque cuantitativo, 69n
sobre el rigor del estudio, 519
sobre la validez del constructo, 203
Evolución
de acontecimientos hasta el presente, 490
del trabajo con el grupo, 409
Experiencia(s)
de los participantes, 438
en el campo, 483
Experimentación, 5
Experimento(s)
con validez externa, 149
concepto de, 129
de campo, 150
de laboratorio, 150
puros, 129, 140, 141
Explicaciones rivales de la explicación, 136
Exposición del reporte con el equipo de investigación, 523
Expresiones
no verbales, 418
significativas, 424
verbales, 418
vivas de los individuos, 476
Extensión
de un marco teórico, 81
del reporte, 339

F

Face validity, 204
Factores
para lograr el control y la validez interna, 137, 139
que determinan el alcance de una investigación, 98
que determinan la muestra, 384
Factor temporal en la investigación, 41
Falta de
autenticidad, 456
estandarización, 206
honestidad, 456
Familiarizarse con el campo de conocimiento, 25
Fases
de los diseños de investigación-acción, 497
del proceso investigativo, 376
Fenómeno
clave, 474
de interés, 364
Fenomenología, 4, 493
empírica, 494
como un diseño, 493
hermenéutica, 494
psicológica, 494
trascendental, 494
Finalidad de
la investigación-acción, 496
los estudios correlacionales, 93
Forma
de enfocar el fenómeno de interés, 470
gráfica para plantear problemas cualitativos, 364
Formas
de administración de cuestionarios, 236
de aplicar un cuestionario, 233
de incluir las referencias, 525
de nombrar a las categorías, 436
de presentación de las distribuciones de frecuencias, 284
de recolección de datos, 401, 483
narrativas, 488
Formato
horizontal del cuestionario, 231
para evaluar las entrevistas, 408
Formatos de
observación, 401
presentación de un reporte, 338
Formulación de las hipótesis, 105
Formular el problema, 36
Fotografía participativa, 416
Fotografías, 418
Fotovoz, 415
Fragmentación de una categoría, 432
Fuente de
anulación del experimento, 152
datos cualitativos, 415
invalidación interna, 152
Fuentes
de datos, 490
de información, 417
que pueden generar ideas de investigación, 24
Fuentes de invalidación
de historias, 492
externa, 149
interna, 136, 139, 141, 145n
Fuentes primarias, 61
consultadas, 523
más consultadas, 65
utilizadas por el investigador, 346
Funciones, 438
de la perspectiva teórica en una investigación, 60
de las hipótesis, 117
Fundador de la investigación-acción, 497
Fundamentación del estudio, 459
Fundamento del
diseño fenomenológico, 493
planteamiento, 365

G

Garantes del acceso, 366
Gatekeepers, 366
Generalización(es) empírica(s), 69n, 72, 106
Generar ideas de investigación, 24
Gestos en una entrevista, 418
Grabaciones, 418
Grabar cada sesión, 410
Grado(s)
de error en la medición, 207
de manipulación de la variable, 131
en el desarrollo del conocimiento, 69
Gráfica
circular, 285
de barras, 285
Grounded theory. *Véase* Teoría fundamentada
Grupo
de control, 132
experimental, 131
testigo, 132
Grupos, 398
de contraste, 141
de crecimiento en el desarrollo humano, 409
de enfoque, 394, 408
de individuos vinculados de alguna manera, 160
intactos, 151
Guía
abierta de los temas, 411
estructurada de los temas, 411
semiestructurada de los temas, 411
Guías del estudio, 37
Guión para la introducción del planteamiento cualitativo, 359

H

Habilidades sociales, 367
Hacer solamente las preguntas necesarias, 222
Hechos relevantes, 400
Herramientas
de análisis cualitativo, 475
de recolección de los datos, 488
para identificar relaciones entre temas, 445
para recolectar datos cualitativos, 403
Hipótesis, 5, 69n
alternativas, 114
científicas, 107
con presencia de variables intervinientes, 112
concepto de, 104
contextualizada, 106
correlacionales, 108
de diferencia de grupos, 116, 142
de investigación, 107, 109, 111, 113, 114, 131
de la diferencia entre grupos, 109
de la teoría Galileo, 106
de trabajo, 107
cualitativas, 365
definición de, 104
direccional de diferencia de grupos, 110
estadísticas, 107
falsas, 118
nula(s), 114, 142, 319
que establecen relaciones de causa-efecto, 110
que niega la relación causal, 114

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

que no recibieron evidencia empírica, 118
simple de diferencia de grupos, 110
sometidas a prueba, 93
Hipótesis causales, 110
bivariadas, 111
multivariadas, 111
Hipótesis descriptivas, 108, 116
de estimación, 116
de pronóstico, 116
Histogramas, 284
Historia(s)
de participantes, 487
de vida, 394, 416
de personas o grupos, 488
Holístico, 9

I

Ideal de la medición, 207
Ideas
con potencial para ser investigadas, 29
de investigación, 24
Identificación
de ambientes propicios, 386
de categorías, 428
de la referencia, 68
de unidades, 427
del fenómeno, 493
Identificar
propiedades de los datos, 427
relaciones entre temas, 445
unidades de significado, 426
Imagen de conceptos, 68
Implementación del plan, 500
Implicación práctica, 41
Improvisación de instrumentos de recolección de los datos, 205
Incertidumbre en la generación de categorías, 435
Inclusión de fragmentos de contenido o testimonios, 510
Inclusiones de clase, 438
Inconsistencia lógica, 454
Indagaciones cualitativas, 9
Indicador de la conducta, 237
Indicadores
empíricos verificables y medibles, 211
específicos, 208
Índice
analítico o de materias, 67
de contenido, 67
Índices, 341, 512
Inducir respuestas, 405
Influencias, 129
Información
del desarrollo de la sesión, 411
faltante, 438
que todo mundo sabe, 438
Informar sobre el propósito de la entrevista, 405
Informes de proyectos en desarrollo, 340
Inicio del proceso cualitativo, 358
Inmersión
en el contexto, 375
inicial, 384, 420
en el campo, 8
profunda, 421
total en el ambiente de la investigación, 367
Instrucciones generales para responder al cuestionario, 228
Instrumento de
medición, 199
recolección de datos, 199, 397
Instrumentos
de recolección de datos, 199, 417
desarrollados en el extranjero, 205
inadecuados, 205
para recolectar datos, 199
Integración de la información recopilada, 76
Integrantes del ambiente, 420
Interacción
e introspección con grupos, 9
entre la recolección y el análisis, 419
Interaccionismo, 7n
simbólico, 472
Interés del estudio, 362
Interjecciones, 424
Interpretación de los resultados de los métodos de análisis cuantitativo, 272
Interpretativo, 9
Intervalo de selección sistemática, 184
Intervalos de las muestras en la investigación cualitativa, 385
Intervención experimental, 132
Intervenciones, 129
de participantes, 428
Introducir auditoría externa, 457
Inventarios, 252
Investigación, 4
acción, 496
aplicada, 42
con alcance correlacional o explicativo, 104
con alcance descriptivo y pronóstico, 104
cualitativa, 8, 9, 16
cuantitativa, 6, 15, 129, 199
etnográfica, 7n, 482
experimental, 129, 162, 163
fenomenológica, 7n
interpretativa, 7n
narrativa, 492
naturalista, 7n
no experimental, 129, 162, 163
cuantitativa, 152
transeccional o transversal, 154
Investigaciones
correlacionales, 90
de tipo cualitativo, 387
interdisciplinarias, 27
no experimentales descriptivas, 191
transeccionales, 177
Investigador, 397
Ítem
codificado *a posteriori*, 214
codificado *a priori*, 213
concepto de, 208n
solitario, 212
Ítems
abiertos, 214
del instrumento de medición, 208

J

Jerarquización de
temas, 499
valores, 216
Justificación de la(s) investigación(es), 37, 40, 360
Justificar el estudio, 40

L

Labor del investigador, 368
Lenguaje
no verbal, 437
verbal, 437
Ley, 69n
Libre flujo de ideas, 425
Libro de códigos, 255
Limitaciones
de la investigación, 513
en relación con el planteamiento del problema, 522
Límites temporales y espaciales del estudio, 39
Listados existentes de una población, 185
Listas *ad hoc*, 186
Literatura extranjera, 68
Lógica, 6
de la prueba de hipótesis, 117n
Logo Test de Lukas, 202
Lograr
control en un experimento, 136
empatía, 399

M

Maneras para definir las unidades de análisis, 427
Manipulación
de la variable independiente, 130, 131
intencional de una acción, 129
intencional de una o más variables, 130
Manipular la variable independiente en varios niveles, 132
Mantenimiento divisorio, 476
Mapa
conceptual, 76
de revisión, 68
Mapas
conceptuales, 445, 499

son muy útiles como marco de referencia, 187
Mapeo del contexto físico, 483
Marcadores de categorías, 437
Marco
de referencia, 74
interpretativo, 470
muestral, 185
teórico, 5, 60, 74
Marcos de interpretación, 9
Material auténtico, 416
Materiales de estímulo, 414
Materialismo dialéctico, 4
Matrices, 446, 499
de coocurrencia, 440
Matrimonio cuantitativo-cualitativo, 18
Matriz
de datos, 272
de similitud, 440
de unidad por tema, 440
o base de datos, 255
Máxima validez, 455
Media, 287
definición de, 287
Mediana, 286
Medición
definición de, 199
ordinal, 243
Mediciones de actitudes, 237
Medida de
congruencia interna, 208
estabilidad, 208
Medidas
de coherencia, 295
de consistencia interna, 208
de tendencia central, 286, 287
de variabilidad, 286, 287
para incrementar la dependencia, 454
Medio de obtención de la información, 397
Medios informales, 27
Memo(s) analítico(s), 425, 476
sobre la regla, 429
Mensajes en redes sociales de internet, 437
Mente del investigador al ingresar al campo, 368
Mesocúrtica, 301
Metacodificación, 440
Metaetnografía, 485
Metáforas, 437, 447
Método
de comparación constante, 439
de consistencia interna, 295
de emparejamiento, 139
de escalamiento de Likert, 238
de formas alternativas, 208
de mapeo para construir el marco teórico, 76
de mitades partidas, 208
gráfico para delimitar el planteamiento del problema, 47
por índices para construir el marco teórico, 76
Métodos
de recolección de datos no estandarizados, 8
para medir las variables que constituyen actitudes, 238
para recolectar datos, 251
Minitab, 275
Minorías de la población o universo, 181
Mitos, 398
Moda, 286
Modelo de valores en competencia (MVC), 50
Moderador de las sesiones, 410
Motores que impulsan ideas, 25
Muestra, 6, 198, 384, 396, 514
al azar, 175
aleatoria, 175
autoseleccionada, 387
concepto de, 173
cualitativa, 388
de casos extremos, 388
de casos tipo, 387
de expertos, 387
inicial, definición de la, 396
polietápica, 191
por cuotas, 387
probabilística, 177
estratificada, 181
proporcionada, 185
que sea representativa del universo o población, 178
representativa, 175
tentativa, 384
Muestras, 172
conceptuales, 389
confirmativas, 389
de casos críticos para el problema analizado, 390
de casos sumamente importantes para el problema analizado, 390
de máxima variación, 387
de participantes voluntarios, 386
de unidades de análisis, 428
dirigidas, 176, 189, 386, 390
diversas, 387
en cadena, 388
flexibles, 386
grandes, 384
guiadas por uno o varios propósitos, 386
homogéneas, 388
intensivas, 388
nacionales, 187
no probabilísticas, 176, 189, 386, 387
por conveniencia, 390
por oportunidad, 389
por redes, 388
probabilísticas, 175, 185
regionales, 188
teóricas, 389
típicas, 388
Muestrear por racimos, 183
Muestreo, 396
adecuado, 384
al azar por marcado telefónico, 190
cualitativo, 384, 386
cuantitativo, 173
dirigido o intencional, 456
no probabilístico, 190
por racimos o clusters, 182, 183
probabilístico, 190
teórico, 476, 476n
Múltiples fuentes de datos, 397
Multirrespuesta, 218
Mundo
conceptual, 199
real, 199
Mystery shoppers, 366

N

Narración
histórica novelada o teórica, 518
por focalización progresiva, 518
Narraciones
de los participantes, 418
del investigador, 418
Narrativa
colectiva, 409
general, 488
individual, 488
Naturaleza del
análisis cualitativo, 418
fenómeno en análisis, 384
proceso cualitativo, 396
Naturalista, 9
Nebulosa unidad social, 398
Negación de la hipótesis de investigación, 114n
Nichos de la población, 180
Nivel
alfa (α), 302
de confianza, 178
de la probabilidad de equivocarse, 302
deseado de confianza, 179
mínimo de manipulación de la variable independiente, 131
Nivel de medición
de las variables, 281
de razón, 216
nominal, 214
ordinal, 215
por intervalos, 216, 284
Nivel de significancia, 302
de 0.01, 302
de 0.05, 302
mínimo aceptable, 302n
Niveles de
codificación, 426
de los datos, 394
medición, 214
participación del observador, 402
Nomenclatura en el muestreo, 178
No representatividad de la muestra, 179
Notas de campo, 370

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

Novedad de la investigación, 26
Número
de casos que compondrán la muestra, 382
de categorías, 429
de subgrupos en una población, 188
manejable de individuos, 409
Números aleatorios, 184

O

Objetividad del instrumento de medición, 206
Objetivo de los diseños transeccionales descriptivos, 155
Objetivos
complementarios, 358
de investigación, 37
Objeto
de actitud, 238, 247
definición de, 199
Observación, 252, 394
cualitativa, 399
directa, 482
en la inmersión inicial, 401
holística o integral, 368
investigativa, 399
no estructurada, 9
Observaciones
del ambiente, 420
del conductor, 411
del investigador, 418
durante la inmersión inicial en el campo, 368
Opciones de respuesta, 239
Operacionalización, 211
Orden
de presentación de los temas, 518
para formular las preguntas, 405
Ordenar la información, 76
Organigramas de la estructura formal, 499
Organizaciones, 398
Organizar
con precisión los datos, 424
los datos recogidos, 394
Origen de las investigaciones, 24
Otros elementos de apoyo, 447

P

Palabras clave, 62
en contexto (PCC), 439
Papel(es)
de las hipótesis en la investigación cualitativa, 365
de los miembros de la población, 501
del marco teórico en el proceso cuantitativo, 75
del observador, 402
o roles, 397
Paradigma codificado, 474
Parámetros muestrales, 174
Párrafos nuevos, 437
Partes
de un cuestionario, 228
que integran el cuerpo del documento, 343
Participantes, 172, 514
Paso de una variable teórica a ítems, 211
Pasos
en el desarrollo de un experimento, 151
para integrar la versión final de la escala, 250
para la codificación de las respuestas a preguntas o afirmaciones, 255
para realizar las sesiones de grupo, 410
Patrones generales de respuesta, 231
Percepciones de
otros seres vivos y objetos, 475
personas, 475
Perfil de los
entrevistadores, 234
individuos adecuados para los grupos, 410
Periodos de la observación cualitativa, 403
Perspectiva(s)
analítica, 368
concepto de, 27
cronológica del marco teórico, 71
de los participantes, 438
de un observador externo, 368
en la investigación-acción, 497
fundamental, 27
principal, 27
que el investigador le dé a su estudio, 99
teórica, 4, 60
única, 27
Pistola láser, 253
Plan
de exploración, 364
para reunir datos, 198
Planos de codificación, 426
Planteamiento
cualitativo del problema de estudio, 358
cuantitativo del problema, 36
del propósito de la investigación, 358
Planteamiento del problema, 48, 401, 513
de estudio, 5
de investigación, 362
Planteamientos
con objetivos imprecisos, 44
correlacionales, 50
etnográficos, 482
explicativos o causales, 49, 50
Plantear el problema, 37
Población
analfabeta, 236
concepto de, 174
de interés, 173
de racimos, 187
Polígonos de frecuencias, 284
Porcentaje
acumulado, 283
de valores perdidos, 294n
estimado de la muestra, 178, 179
Porcentaje en relación con el
total de frecuencias observadas, 321
total marginal de la columna, 321
total marginal del renglón, 321
Porcentajes válidos, 283
Portada, 512
Positivismo, 4, 4n
Posprueba, 140, 141
Posters, 340
Prácticas, 397
Precedente, concepto de, 43
Precisión de
la muestra, 181
las preguntas, 39
Precodificación, 213
Precodificar las opciones de respuesta, 223
Preexperimentos, 129, 140, 141
Pregunta inadecuada, 44
Preguntas
abiertas, 220
actitudinales, 246
breves, 224
cerradas con varias opciones de respuesta, 218
cerradas dicotómicas, 217
con fuerte carga emocional, 225
con varias categorías de respuesta, 225
concretas, 38
de antecedentes, 404
de conocimientos, 404
de expresión de sentimientos, 404
de investigación, 38, 360
de opinión, 404
de simulación, 404
de ubicación del participante, 223
demográficas, 223, 227
difíciles, 224
fáciles de contestar, 227
injustificadas, 231
innecesarias, 231
muy complejas, 225
neutrales, 227
organizadas, 230
prejuiciosas, 405
sensitivas, 404
tienen que ser claras, precisas y comprensibles, 224
Preparación de un diseño factorial, 148
Preprueba, 140, 141
Presentación
de los resultados, 513, 515
por secuencia inductiva, 518
secuencial, 488
Principales
características de la distribución normal, 301
estilos de publicación, 348
herramientas del investigador cualitativo, 399
métodos para recabar datos cualitativos, 394
Principio
básico de las figuras, 344

de confidencialidad, 424
de la validez de criterio, 202
Probabilidad de ocurrencia del fenómeno, 179
Problema
central de interés, 358
de estudio, 358
específico, 36
Procedencia, 438
Procedimiento
de embudo en la presentación de las preguntas, 228
de selección de la muestra, 183
de selección 1/*K*, 185
del diseño narrativo, 488
para cerrar las preguntas abiertas, 231
Procedimientos, 514
básicos del estudio fenomenológico, 494
de análisis, 420
estadístico multivariado, 209
de selección de la muestra, 183
para determinar la confiabilidad, 208
para hacer una muestra probabilística, 177
Proceso
cualitativo, 7, 396
cultural, 482
de afinar la idea, 27
de análisis de los datos, 418
de codificación, 515
de indagación, 9
de inmersión en el conocimiento existente, 60
de la investigación-acción, 498
de una encuesta de opinión, 159
de validación de un constructo, 203
ecléctico, 418
inductivo, 8
iterativo, 422
no lineal, 422
reflexivo, 421
Procesos, 398, 475
Programa
Atlas.ti, 451
Decision Explorer, 452
Ethnograph, 451
HyperQual, 452
HyperRESEARCH, 452
MAXQDA, 452
Nvivo, 452
QUALOG, 452
SISI (Sistema de Información para el Soporte a la Investigación), 349
Programación neurolingüística, 367
Programas auxiliares en el análisis cualitativo, 451
Propiedades de
las actitudes, 237
los informes cualitativos, 510
Proposición única, 72
Propósito
de la indagación cualitativa, 384
de las entrevistas, 405
de los diseños transeccionales exploratorios, 155
de los estudios explicativos, 95
predictivo de los estudios correlacionales, 94
Propósitos
de la observación en la inducción cualitativa, 399
de la revisión de la literatura, 68
del análisis cualitativo, 418
Protocolo de la investigación, 349
Prueba
de contraste de la diferencia de proporciones, 304
de Propósito Vital, 199, 202
empírica, 36
en la realidad, 107
piloto, 415
posterior al estímulo, 141
previa al estímulo, 141
t, 310
Prueba de hipótesis, 117, 117n
en la investigación, 114n
falsas, 118
Pruebas
de causalidad, 5
de correlación, 209n
de estadística inferencial, 189
estadísticas en una muestra, 177
estandarizadas, 206, 252
no paramétricas más utilizadas, 318
paralelas o gemelas, 145n
paramétricas, 304
proyectivas, 206, 252
Punto de partida de una indagación cualitativa, 364
Puntuaciones de las escalas de Likert, 242

R

Racimos, 182
Rango, 287
Rapport, 367, 405
Razonamiento deductivo, 6
Reactividad, 456
Realidad
definida, 9
externa, 6
interna, 6
intersubjetiva, 24
objetiva, 6, 24, 36
subjetiva, 24
Realismo, 4
Rechazar cualquier chantaje, 399
Recolección, 396
de artefactos, 416
de datos, 5, 122, 198, 396, 420
de documentos, 416
y materiales, 394
de los datos cuantitativos, 199
y análisis de los datos, 67
Recomendaciones para
el investigador, 398
elaborar el párrafo introductorio, 48
elaborar informes cualitativos, 510
elaborar la descripción del ambiente, 514
elaborar y optimizar la guía, 413
la transcripción de los datos, 422
las entrevistas telefónicas, 235
redactar un informe de investigación, 347
tener un mayor y mejor acceso al ambiente, 366
Recomendaciones sobre las notas, 371
Recopilación de la literatura, 65
Recorrido, 288
Recuperación de unidades, 436, 441
Recursos disponibles, 198
Redacción del planteamiento del problema, 48
Redactar el marco teórico, 82
Redes personales, 367
Referencias, 61n
Referentes lingüísticos, 397
Reformulación de la muestra, 385
Registros del instrumento de medición, 199
Regla
de probabilidad, 185
en el memo analítico, 429
para elaborar una tabla, 344
Regresión lineal, 304, 307
Regresiones múltiples, 209
Regularidad recurrente, 437
Regularidades que implica un proceso cultural, 482
Relación
entre categorías de conjunto a subconjunto, 444
entre variables propuesta por una hipótesis, 107
temporal entre categorías, 444
Relación causal, 136, 309
entre categorías, 444
entre variables, 130
Relacionar diversas variables, 43
Relaciones, 475
curvilineales, 309
de causalidad, 109
entre categorías, 444
entre conceptos, 394
entre dos o más variables, 105
lineales, 309
Relevancia social de la investigación, 40
Repetición para identificar categorías, 437
Reporte
congruente de principio a fin, 345
de diagnóstico, 525
de investigación, 60
de la sesión, 410
del cuarto ciclo, 525
narrativo, 488
no académico, 346
Reportes
de investigación, 347

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

de resultados del proceso cualitativo, 510
del estudio de investigación-acción, 525
Representatividad de
la muestra, 179
voces, 459
Requisitos
de la variable independiente, 131
de un instrumento de medición, 200, 201, 203, 205
para lograr el control y la validez interna, 141
que deben cumplir las preguntas de investigación, 39
Respaldar todo documento, 425
Responder al planteamiento del problema, 128
Respuestas
culturalmente aceptables, 225
inusuales, 205
orales, 418
similares o comunes, 231
socialmente válidas, 225
Resultados, 420
del análisis, 419
posibles al probar hipótesis, 303
Resumen, 341, 512
Retratos humanos de los participantes, 400
Revisión
analítica de la literatura, 61
de documentos, 9
de la literatura, 513
de los datos, 434
de todos los datos, 424
del proceso completo, 457
del reporte por los participantes, 523
Rho de Spearman, 306
Rigor de la metodología de la investigación, 453
Ritos, 398

S

SAS (Sistema de Análisis Estadístico), 277
Saturación
de categorías, 385, 435
de información, 409, 419, 425, 494
telefónica, 235
Secciones más comunes de los reportes de investigación, 340
Secuencia más común de una entrevista, 406
Segmentos de
datos, 426
significado, 429
Segunda bitácora, 422
Selección
aleatoria de las unidades de muestreo/análisis, 175
de las unidades muestrales, 185
sistemática de elementos muestrales, 184
sistemática de elementos muestrales 1/K, 185
Seleccionar
las fuentes primarias, 67
los elementos muestrales, 180
Serie cronológica, 147
experimental, 145n
Series cronológicas experimentales, 147
Sesgos
de los investigadores, 456
del investigador, 494
que puede introducir el investigador, 454
y tendencias del investigador, 206
Significado de
la categoría para los participantes, 443
un fenómeno para varias personas, 493
Significados, 397
Símbolo de las
hipótesis alternativas, 114
hipótesis nulas, 114
Simbología para diseños experimentales, 140
Similitudes entre pasajes, 437
Sinónimos, 438
Sistemas
de medición por aparatos, 253
sociales, 482
sociométricos, 253
Situaciones vinculadas cronológicamente, 488
Solución con escalas de Likert, 243
Sondeo, 236
Sondeos, 177
Soporte de las categorías, 515, 519
Split-halves, 208
SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales), 273
Subconjunto de elementos, 175
Subculturas, 398
Subgrupo de la población, 175
Sucesos vinculados con el planteamiento, 370
Supuesto de no relación entre variables, 319
Suspender una investigación por ética personal, 42
Sustentar teóricamente el estudio, 60

T

Tabla de
contingencia, 318, 321
frecuencias esperadas, 319
frecuencias observadas, 319
Tabulación cruzada, 318
Tamaño
del cuestionario, 231
del título de la investigación, 341
Tamaño de la muestra, 189, 382
adecuado, 384
representativo de la población, 180
Tamaños mínimos de muestras, 385
Tareas analíticas, 420
Técnica
a la inversa para descubrir categorías, 438
de apareo, 139
Técnicas
de acercamiento, 367
de conteo de palabras, 439
de escrutinio, 436
de procesamiento, 436, 439
de recolección de datos, 9, 14
para generar categorías, 436
Temas, 394
no investigados, 27
ya investigados, estructurados y formalizados, 27
poco investigados y no estructurados, 27
Temporalidad de las experiencias, 494
Tener varias fuentes de datos, 398
Teorema central del límite, 189
Teoría
completamente desarrollada, 69
concepto de, 69
de rango medio, 472
emergente abreviada, 513n
enraizada en los datos, 394
formal, 472
fundamentada, 422, 472
sólida, 69
sustantiva, 472
Términos, 118
de la hipótesis, 106
de la investigación, 513
locales, 437
Términos clave, 342
Tesauro, 62
Test
Celaya, 202
de Rorschach, 252
Textos escritos, 418
Tipo de investigación que habrá de llevarse a cabo, 39
Tipología de
las preguntas en la entrevista, 404
los diseños cualitativos, 470
Tipos
de categorías, 475, 483
que surgen del análisis, 433
de estadísticas que ejecuta Minitab, 276
de evidencia de la validez, 201
de hipótesis, 107
causales, 111
de instrumentos para medir las variables, 217
de memos, 426
de muestra(s), 175, 386
dirigidas, 382
de preguntas, 404
de un cuestionario, 217
ideales, 4n
Tipos de diseños
experimentales, 140
longitudinales, 159
no experimentales, 154, 155, 157, 159, 161
Título de la investigación, 341, 512
Tómbola, 183
Tormenta de ideas, 413
Transcripción
concepto de, 425
de los materiales grabados, 422

Transferencia, 458
de resultados, 390
Transformar la realidad, 496
Tratamiento experimental, 132
Tratamientos, 129
Trato respetuoso a los participantes, 398
Triangulación
de datos, 418, 457
y fuentes, 519
de fuentes, 457
de los datos, 492
de investigadores, 457
de métodos, 457
de teorías, 456
en la investigación cualitativa, 497

U

Unidad(s)
de análisis, 172n, 183, 396, 397, 515
conductual, 397
de significado, 394
muestrales de diferente naturaleza, 386
de muestreo, 172, 172n
de muestreo/análisis, 172
definición de la, 273
muestral, 183
Unimodal, 301
Universo o población, 6, 174
Usar instrumentos inadecuados, 205
Uso de los diseños narrativos, 492
Usuarios
de la investigación, 338
del estudio, 338
Utilidad
de la literatura, 365
de los libros, 67
de los planteamientos, 42
del estudio, 513
metodológica de la investigación, 40
principal de los estudios correlacionales, 94
Utilizar diferentes fuentes y métodos de recolección, 418

V

Validez
concepto de, 201
concurrente, 202
consecuente, 204
de constructo, 203, 209
de contenido, 202, 208
de un instrumento de medición, 201
de criterio, 209
de un instrumento de medición, 202
de expertos, 204
de un experimento, 148
de un instrumento de medición, 200
externa, 148
interna, 148
de un experimento, 136
predictiva, 202
total de un instrumento de medición, 204
y confiabilidad del análisis, 425
Valor
de la investigación correlacional, 94
de las hipótesis para la investigación, 117
de los estudios descriptivos, 92
de los estudios exploratorios, 91
metodológico, 41
teórico, 41
de la investigación, 40
Valores, 398
observados, 207
perdidos, 283
verdaderos, 207
Variable
compuesta, 278
concepto de, 105
de la investigación, 277
de la matriz de datos, 277
concepto de, 277
definición de, 105
dependiente, 131
independiente, 130
Variables, 118
definición de las, 119
del estudio, 281
dependientes, 43, 111, 129
extrañas, 139
independientes, 43, 111, 129
de interés, 136
mediadoras o intervinientes, 43
nominales categóricas, 215
nominales dicotómicas, 215
que constituyen actitudes, 238
Variación inusual en el fenómeno, 388
Varianza, 288
de factores comunes, 306
de la media muestral, 181
verdadera, 294n
Ventaja de una muestra no probabilística, 190
Ventajas de
las muestras probabilísticas, 177
las preguntas abiertas, 221
las preguntas cerradas, 220
realizar prueba previa, 145
Viabilidad
de la investigación, 360
o factibilidad del estudio, 37, 41
Vinculación
de las notas del investigador con los datos, 436
del estudio con la literatura previa, 513
Vínculo entre variables, 51
Vínculos perdidos, 448
Visión
deliberativa, 497
emancipadora, 497
técnico-científica, 497
Voces perdidas o ignoradas, 458

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com

La sexta edición de *Metodología de la investigación*, un clásico en la mayoría de las instituciones de educación superior, se presenta completamente renovada para adaptarse a las necesidades actuales de los profesores y estudiantes de diversas áreas del conocimiento.

La obra conserva su carácter didáctico y multidisciplinario, así como su principal fortaleza: mostrar a la investigación como un proceso sencillo y accesible para cualquier alumno; pero expande sus perspectivas, convirtiéndose en un libro interactivo que vincula el contenido del texto impreso con el material adicional incluido en su centro de recursos en línea: **http://www.mhhe.com/he/hmi6e**; de tal manera que en la parte impresa se incluyen los temas básicos de investigación, mientras que, en el centro de recursos en línea, el lector encontrará otros temas complementarios, además de herramientas para el análisis metodológico. Por ello, puede utilizarse en cursos básicos de investigación, pero también en asignaturas de nivel intermedio y avanzado en licenciatura o pregrado y posgrado.

En realidad, esta nueva edición es más que un texto, ha evolucionado hasta constituirse en una base de datos de métodos de investigación cuantitativa, cualitativa y mixta.

En el centro de recursos en línea el lector podrá encontrar:

- 13 capítulos adicionales con temas relacionados con los tres métodos de investigación: cuantitativo, cualitativo y mixto.
- Ejemplos de documentos, propuestas y reportes sobre diferentes disciplinas como arquitectura, diseño, historia, administración, finanzas, ciencias de la salud, sociología, educación, entre otras disciplinas.
- El software Sistema de Información para el Soporte a la Investigación (SISI)®, para generar, incluir y organizar referencias, basadas en el estilo APA.
- Manuales prácticos de los estilos de publicación APA, Vancouver y la American Medical Association (AMA).
- Manuales sencillos de Atlas.ti®, SPSS® y el manejo del SISI®.
- Glosario de términos de investigación.
- El manual "Indicaciones para la elaboración de un manuscrito original" (sobre investigación académica-científica) para desarrollar artículos, tesis y disertaciones.

Mc Graw Hill Education

978-1-4562-2396-0

EAN 9 781456 223960 00000

el oso panda .com

Síguenos en @MHEducacion

Encuéntranos en McGraw-Hill Educación

Visite nuestra página WEB
www.mcgraw-hill-educacion.com

www.elosopanda.com | jamespoetrodriguez.com